



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ

ÖZEL BİR HASTANEDE ÇALIŞAN PERSONELİN OBEZİTE
ÖNYARGILARI VE ORTOREKTİK DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Pakize Gizem AKGÜL

ANKARA.'423:



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ

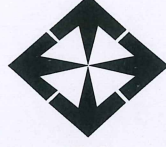
ÖZEL BİR HASTANEDE ÇALIŞAN PERSONELİN OBEZİTE
ÖNYARGILARI VE ORTOREKTİK DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Pakize Gizem AKGÜL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Emine AKSOYDAN

ANKARA.'423:



T.C
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Pakize Gizem Akgül tarafından yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 14/09/2018

Tez Konusu: “Özel Bir hastanede Çalışan personelin Obezite Önyargıları ve Ortorektik Davranışlarının Değerlendirilmesi”

TEZ DANIŞMANI: **Prof. Dr. Emine Aksoydan**

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Emine Aksoydan

Doç. Dr. Aydan Ercan

Doç. Dr. Derya Dikmen

Başkent Üniversitesi

Başkent Üniversitesi

Hacettepe Üniversitesi

[Handwritten signatures in blue ink]

ONAY: Bu tez, Başkent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun 11.8. / 9. / 2018 tarih ve 42-2 Karar Sayısı ile kabul edilmiştir.

[Handwritten signature in blue ink]

Prof. Dr. F. Belgin Ataç
Enstitü Müdürü



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 21 / 09 / 2018

Öğrencinin Adı, Soyadı : Pakize Gizem Akgül

Öğrencinin Numarası : 21320149

Anabilim Dalı : Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Programı : Beslenme ve Diyetetik

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı : Prof.Dr. Emine Aksoydan

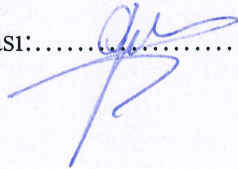
Tez Başlığı: Özel Bir Hastanede Çalışan Personelin Obezite Önyargılarının ve Ortorektik Davranışlarının Değerlendirilmesi Araştırması

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 67 sayfalık kısmına ilişkin, 14 / 09 / 2018 tarihinde tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 9'dur.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:.....

Onay

21 / 09 / 2018


Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad,

Prof. Dr. Emine Aksoydan

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam sürecinde bilgileri ile ufkumu açan ve desteğini her zaman hissettiğim başta değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Emine AKSOYDAN' a ve diğer bölüm hocalarıma,

Bugünlere gelmemi sağlayan güçlerini her zaman yanımda hissettiğim merhum anneme ve babama, desteğı ile her zaman yanımda olan ablam Gözde AKGÜL YENİARAS'a, manevi annem Belgin GÖDE ve manevi babalarım Prof. Dr. Ali Bülent ANTMEN ve Dr. Vedat GÖDE'ye

Çalışma sürecim boyunca desteğini her zaman hissettiğim, Prof. Dr. Nazif ÇALIŞ'a ve Doç.Dr. Efe EFEOĞLU'na

Hayatımın her anında bana manevi desteğini esirgemeyen ablam Dr. Öğr. Üyesi Arzu SEÇER'e, tez sürecinde desteğini her zaman hissettiğim Mutlu BULUT'a, meslektaşım ve can dostum Burcu AKGÜL' e ve bölümümüzün sekreteri Hatice ŞAHİN'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

AKGÜL, P.G. Özel Bir Hastanede Çalışan Personelin Obezite Önyargılarının ve Ortorektik Davranışlarının Değerlendirilmesi Araştırması. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.

Bu çalışma; özel bir hastanede hizmet veren personelin obezite önyargılarının ve ortorektik davranışlarının belirlenmesi amacı ile yapılmıştır. Çalışmaya, 01.06.2017-01.08.2017 tarihleri arasında Adana ilinde bulunan özel bir hastanede görev alan 18-70 yaş aralığında 640 personel arasından gönüllü olarak katılmayı kabul eden, %62,4'ü(319) kadın ve %37,6' sı (192) erkek olmak üzere toplam 511 personel katılmıştır. Çalışmada veriler katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite düzeyleri, beden kütle indeksleri (BKİ), sağlıklı beslenme takıntıları ve obeziteye bakış açlarına ilişkin bilgilerin yer aldığı anket formu aracılığı ile elde edilmiştir. Katılımcıların sağlıklı beslenme takıntılarının belirlenmesi için ORTO-11 ölçeği, obeziteye bakış açlarına ilişkin bilgilerin belirlenmesi için de GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği kullanılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 33,2±8,96 yıldır. Katılımcıların %48,5'i sağlık personeli, %51,5'i sağlık personeli değildir. Kadınların BKİ ortalamaları 23,5 ±3,97, erkeklerin BKİ ortalamaları 26,0±3,11kg/m²'dir. GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği (OÖÖ) ortalama puanları kadınlarda 73,1±10,73, erkeklerde 73,6±11,31'dir. ORTO-11 ortalama puanları kadınlarda 25,7±4,84, erkeklerde ise 26,6±5,50 kg/m²'dir. Sağlık personeli olarak çalışan erkeklerin (%40,6) obezite önyargısı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05). Sağlık personeli olarak çalışan kadın katılımcıların obezite önyargıları ve ortorektik davranışları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(p>0,05). Çalışmaya katılan kadın katılımcılardan sağlıklı beslendiğini düşünen (%44,5), son bir yıl içinde zayıflama girişiminde bulunan (%44,5) ve obez bireylere karşı önyargılı olduğunu beyan eden kadınların(%8,8) ortorektik eğilimlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,05). Bu çalışmada obez bireylere karşı önyargısız olduğunu beyan eden kadınların (%70,5), önyargılı olduğunu beyan eden kadınlara (%8,8) göre daha önyargılı olduğu

saptanmıştır ($p<0,05$). Sonuç olarak obezite önyargısı ile ortorektik davranışlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Obezite önyargısı ve ortorektik davranışlar ile ilgili çalışmaların artması, obez bireylere karşı duyulan önyargının ve bireylerin sağlıklı beslenme takıntısı ile ilgili farkındalığının artmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Ortoreksiya Nervoza, Obezite Önyargısı, Sağlıklı Beslenme Takıntısı, Yeme Bozuklukları, Sağlıklı Beslenme

ABSTRACT

Research on Assessment of Obesity Prejudices and Orthorectic Behaviors of Employees in a Private Hospital. Başkent University Faculty of Health Sciences, Nutrition and Dietetics Master Thesis, Ankara, 2018

The aim of this study is to determine obesity prejudices and orthorectic behaviors of employees serving in a private hospital. The data were obtained from 511 of 640 employees of a private hospital in Adana province with participants whose age range were 18-70, and who agreed to participate voluntarily in the study. The study was conducted between the dates 01.06.2017 and 01.08.2017. 62.4% (319) of the participants were women while 37.6% (192) were men. In the study, the data were obtained via a questionnaire containing information about the socio-demographic characteristics, eating habits, healthy lifestyle behaviors, physical activity levels, body mass indexes (BMI), healthy diet obsession and obesity attitudes of the employees. To identify participants' healthy diet obsession ORTO-11 scale, and to identify their attitudes towards obesity the GAMS-27 Obesity Prejudice Scale were used. The average age of participants is $33,2 \pm 8,96$ years. While 48.5% of the participants are health personnel, 51.5% are not. The average body mass index (BMI) of women is $23,5 \pm 3,97$ kg/m², and men's is $26,0 \pm 3,11$ kg/m². The mean score of obesity prejudice scale (PD) was 73.1 ± 10.73 for women and 73.6 ± 11.31 for men. The ORTO-11 mean score was 25.7 ± 4.84 for women and 26.6 ± 5.50 for men. Obesity prejudice scores of men (40,6%) working as health personnel were found to be higher ($p < 0,05$). There were no significant relationship between obesity prejudice and orthorectic behaviors for women working as a health personnel ($p > 0,05$). Orthorectic tendencies of women who thought they were eating healthy (44.5%), who attempted to lose weight in the last year (44.5%) and who declared prejudice towards obese people (8.8%) were found higher ($p < 0,05$). In this study, it was found that women who stated that they were not prejudiced towards obese individuals (70.5%) were more prejudiced than women who declared prejudice (8.8%) ($p < 0,05$). As a result, there was no significant relationship between obesity prejudice and orthorectic behaviors ($p > 0,05$). The increase in the studies on obesity prejudice and orthorectic

behaviors will contribute to the increase in awareness about healthy eating obsession and prejudice towards obese individuals.

Key Words: OrthorexiaNervosa, Obesity Prejudice, Healthy Eating Obsession, Eating Disorders, Healthy Nutrition

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Obezite	4
2.1.1. Obezitenin tanımı	4
2.1.2. Obezitenin sınıflandırılması	4
2.1.3. Obezite prevalansı	5
2.1.4. Obezitenin önemi ve neden olduğu problemler	6
2.1.4.1. Obezitenin neden olduğu fizyolojik problemler	7
2.1.4.2. Obezitenin neden olduğu psikolojik problemler	7
2.1.4.3. Obezitenin neden olduğu sosyal problemler	7
2.3. Obezite Önyargısı.....	8
2.3.1. Obezite önyargısının tanımı	8
2.3.2. Obezite önyargısının sıklığı	8
2.3.3. Obezite önyargısı ve obez bireylere karşı olumsuz tutum ve davranışlar ..	9
2.3.4. Eğitim alanında obezite önyargısı	9
2.3.5. İstihdam ve iş alanında obezite önyargısı	10
2.3.6. Sağlık hizmeti sistemlerinde obezite önyargısı.....	10
2.3.7. Obezite önyargısı ve diyetetik mesleği	11
2.3.8. Obezite önyargısının azaltılması ve müdahaleler	12
2.3.8.1. Obezitenin nedenleri ve kontrol edilebilirliği hakkındaki inançları yönetme	13
2.3.8.2. Empatiyi, kabul edilmeyi ve beğenmeyi uyarmak	13
2.3.8.3. Toplumsal fikir birliği ve toplumsal kurallar	13

2.3.8.4	Kombine ve çoklu stratejiler	14
2.4.	Yeme Bozuklukları	14
2.4.1.	Yeme bozukluklarının tanımı ve sınıflandırılması.....	14
2.4.1.1.	Anoreksiya Nervoza.....	15
2.4.1.2.	Bulimiya Nervoza	16
2.4.1.3.	Tıkanırmasına Yeme Bozukluğu.....	16
2.4.1.4.	Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları.....	17
2.5.	Ortoreksiya Nervoza	17
2.5.1.	Ortoreksiya Nervoza tanımı	17
2.5.2.	Ortoreksiya Nervoza'nın belirtileri	17
2.5.3.	Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Ortoreksiya Nervoza.....	19
2.5.5.	Ortoreksiya Nervoza tanı kriterleri	21
2.5.6.	Ortoreksiya Nervoza tedavisi	22
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1	Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	23
3.2.	Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	23
3.3.	Anket Formu	23
3.3.1.	Ölçekler.....	24
3.3.3.1	ORTO-11 ölçeği.....	24
3.3.3.2.	GAMS-27 obezite önyargı ölçeği	25
3.4.	Verilerin Analizi.....	25
4.	BULGULAR.....	27
4.1.	Katılımcıların Özellikleri	27
4.2.	Katılımcıların Yaşam Tarzı Bilgileri	31
4.3.	GAMS 27-Obezite Önyargı Ölçeği Değerlendirmesi	36
4.4.	ORTO-11 Ölçeği Karşılaştırmaları	41
4.5.	Değişkenler Arası İlişkiler	46
5.	TARTIŞMA	49
6.	SONUÇ.....	59
7.	ÖNERİLER	65
KAYNAKLAR	67
EKLER.....	81

Ek 1. Proje Onayı	81
Ek 2. Anket Formu	83

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AN	Anoreksiya Nervoza
APA	Amerika Psikiyatri Birliği
BÇ	Bel Çevresi
BKI	Beden Kütle İndeksi
BN	Bulimiya Nervoza
BOT	Bratman's Orthorexia Test
BTA-YB	Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DSM-V	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
ON	Ortoreksiya Nervoza
GAMS-27 OÖÖ	Obezite Önyargı Ölçeği
Kg	Kilogram
m ²	metrekare
MMPI	Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri
NHANES	Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TURDEP	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinoloji Hastalıklar Prevalansı
TYB	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
Santimetre	cm
SS	Standart Sapma

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Yetişkinlerde BKİ' ne göre zayıflık, fazla kiloluk ve obezitenin sınıflandırılması.....	5
Tablo 2.2 Yetişkinlerde Obeziteye Bağlı Hastalık Riski ve Bel Çevresi Ölçümü (cm).....	5
Tablo 3.1. ORTO-11 ölçeği güvenilirlik analizi	24
Tablo 3.2. Obezite Önyargı Ölçek Puanının Değerlendirilmesi	25
Tablo 4.1. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek durumu, çalışma süresi ve gelir durumu dağılımları	28
Tablo 4.2. Katılımcıların cinsiyete göre BKİ dağılımları ve ortalamaları	29
Tablo 4.3. Katılımcıların cinsiyete göre fiziksel görünüşleri ve sağlıklı olmaları hakkındaki düşünceleri	30
Tablo 4.4. Katılımcıların cinsiyet, kendi fiziksel görünüşleri ve BKİ gruplarına göre dağılımları	31
Tablo 4.5. Katılımcıların cinsiyete göre beslenme alışkanlıkları.....	32
Tablo 4.6. Katılımcıların cinsiyete göre yaşam tarzı alışkanlıkları	33
Tablo 4.7. Katılımcıların cinsiyete göre egzersiz alışkanlıkları.....	34
Tablo 4.8. Katılımcıların cinsiyete göre egzersize ayırdıkları zaman dilimi (dk.)	35
Tablo 4.9. Katılımcıların cinsiyete göre son bir yıl içindeki zayıflama yöntemi	36
Tablo 4.10. Katılımcıların cinsiyete göre OÖÖ Puan Dağılımı.....	36
Tablo 4.11. Katılımcıların kendi beyanlarına göre ve OÖÖ Puanlarına göre obeziteye bakışları dağılımı.....	37
Tablo 4.12. Kadın ve erkek çalışanlar açısından yaş, medeni durum, meslek durumu, eğitim durumları, gelir durumları ve çalışma sürelerine göre OÖÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	38
Tablo 4.13. Kadın ve erkek çalışanlar açısından sigara kullanım, düzenli spor yapma, sağlıklı olduğunu düşünme, BKİ grup, fiziksel	

görünüm özelliklere göre OÖÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	40
Tablo 4.14. Katılımcıların cinsiyete göre ORTO-11 testi puan dağılımı.....	41
Tablo 4.15. Katılımcıların meslek grubuna göre ORTO-11 ölçeği puan dağılımı.....	41
Tablo 4.16. Kadın ve erkek çalışanlar açısından yaş, medeni durum, meslek durumu, eğitim durumları, gelir durumları ve çalışma sürelerine göre ORTO-11 puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.17. Kadın ve erkek çalışanlar açısından sigara kullanım, düzenli spor yapma, sağlıklı olduğunu düşünme, BKİ grup, fiziksel görünüm özelliklere göre ORTO-11 puan ortalamalarının karşılaştırılması	45
Tablo 4.18. Tüm çalışanlarda OÖÖ ve ORTO-11 puanları ile bağımsız değişkenler arası korelasyon analizleri.....	46
Tablo 4.19. Sağlık çalışanlarında OÖÖ ve ORTO-11 puanları ile bağımsız değişkenler arası korelasyon analizleri.....	47
Tablo 4.20. OÖÖ ve ORTO-11 puanları arasında ilişki analizi.....	48

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Ortoreksiya nervoza, anoreksiya nervoza ve obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) özgün ve örtüşen özelliklerini gösteren venn şeması.....	20
---	----

1. GİRİŞ

Sağlığın korunması, büyüme ve gelişmenin sağlanabilmesi için; bireyin yaşı, cinsiyeti ve içinde bulunduğu fizyolojik ortama göre ihtiyaç duyulan besin öğeleri ve enerjinin gerekli olan miktar, kalite ve çeşitte, düzenli, sürekli ve ekonomik olarak vücuda sağlanması yeterli ve dengeli beslenme olarak tanımlanmaktadır (1). Aşırı beslenme ise vücudun gereksinim duyduğu besin miktarından daha fazlasının tüketilmesi olarak ifade edilmektedir. Aşırı beslenme obezite, kalp hastalığı, kanser, şeker hastalığı gibi birçok hastalığa sebep olmaktadır (2).

Bir hastalık olarak obezitenin etiolojisinde genetik, çevresel, nörolojik, fizyolojik, biyokimyasal, kültürel ve psikolojik pek çok faktörün birbiri ile ilişkili olarak etkili olması bu hastalığın önlenmesi ve tedavisini son derecede güç ve karışık hale getirmektedir (3). Obezite gelişiminde başlıca risk faktörleri; fiziksel aktivite durumu, beslenme alışkanlıkları, yaş, cinsiyet, doğum sayısı, medeni durum, sigara kullanımı ve alkol tüketimi gelmektedir. Obezitenin ortaya çıkması için enerji alımının enerji harcamasından fazla olması gerekmekte ve eğer enerji alımı ile enerji harcaması denge halinde olursa ağırlıkta belirgin bir değişiklik olmamaktadır (4).

Geçmişte birçok araştırmada obezitenin neden olduğu fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklardan bahsedilmiş olmasına rağmen; damgalama (toplum tarafından alay edilen, aşağılanan), önyargı, sosyal dışlanma ve ayrımcılık gibi sosyal rahatsızlık konuları yeteri kadar araştırılmamıştır. Önyargı, eksik/hatalı bir yargılama süreci sonucunda oluşmuş, bir insan grubuna veya o grubun tekil üyelerine yönelik, genellikle olumsuz bir tutum olarak tanımlanır (5). Obezite önyargısı ise, normalden fazla ağırlığa sahip ve obez bireylere yönelik sıklıkla olumsuz kalıpyargılar ve tutumları içeren, obez fobisi olarak tanımlanmaktadır (6). Obeziteye yönelik olumsuz tutumların obez bireylerde olumsuz psikolojik yansımaları olmaktadır. Obez bireyler toplum içerisinde eğitim ortamı, iş hayatı, sağlık hizmeti ortamı ve hatta aile ortamında bile obezite önyargısıyla sıklıkla karşılaşmaktadırlar (5). Obez bireylerin iş başvurularının kabul edilmediği, işyerlerinde, iş arkadaşları ve işverenleri tarafından fazla kilo olmaları nedeniyle, disiplinsiz tembel olarak tanımlandıkları, çalıştıkları işlerden fazla kiloları nedeniyle terfi ettirilmedikleri veya çıkarıldıkları bildirilmektedir. Eğitim alanında obez öğrencilerin akranları ve eğiticiler tarafından

akılsız, tembel, özbakımı düşük, iradesiz olarak tanıtıldıkları görülmektedir. Medyada obez bireylerin tembel, başarısız, iradesiz rollerde gösterilmesi, zaman içinde bu düşüncelerin bilinçaltına kazınmasına ve normalleştirilmesine katkı sağlamaktadır (7).

Fazla kilolu ve obez bireyler sağlık hizmeti aldıkları sağlık kuruluşlarında belirgin şekilde obezite önyargısıyla karşı karşıya kalmaktadırlar (8).Sağlık sektöründe çalışanlar, kişinin hastaneye başvurusundan tedavi planlanmasına kadar ki süreçte hastayla diyalog halindedirler. Bu nedenle obezite sorunu olan bireylere sağlık çalışanları tarafından uygulanan önyargılı davranışlar kaygı yaratan bir durumdur (3). Ayrıca obez hastaları muayene eden doktorların onlara daha az zaman ayırdığı, daha az diyaloga girdiği, daha az tıbbi müdahalede bulunduğu ve önleyici sağlık taramaları yapmaya gönülsüz oldukları belirtilmiştir (9). Obez bireyler, sağlık profesyonellerinin önyargıları nedeniyle tedaviden kaçınabilir, tıbbi randevularını iptal edebilir ve sağlıkları için önemli koruyucu tedaviyi almakta geç kalabilirler (10).

Obezite ve obezite önyargısının sebep olduğu rahatsızlıklarda görülen belirgin artış ve özellikle Amerika’da bu rahatsızlıkları önlemek adına yapılan çalışmaların artması, sağlıklı yaşamın her yönden sağlanmasının gerekliliğine dikkat çekilmesi ile bireylerde çeşitli yeme bozukluklarının ortaya çıktığı belirtilmiştir (11).

Son yıllarda, sınıflandırılmayan diğer yeme bozuklukları kategorisinde yer alan ve henüz Amerika Psikiyatri Birliği’nin (APA) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-V)’nda (12)yer almayan ortoreksiya nervoza (ON) dikkat çekmeye başlamış ve bu konu ile ilgili çalışmaların sayısı hızla artmaya başlamıştır. ON, araştırmacıların üzerinde durduğu ve bir yeme bozukluğu olup olmadığı üzerine yoğunlaştıkları yeni bir sınıftır. Daha önceleri anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozanın da sınıflandırma sisteminde bulunmadığı gibi, günümüzde ortoreksiya nervozanın da bu sınıflandırma sistemine bozukluğun tanı kriterleri belirlendikten ve araştırmalar arttıktan sonra dâhil olabileceği belirtilmektedir (13).

Ortoreksiya nervoza, ilk kez Steven Bratman tarafından 1997’de AN`yi çeşitlendirmek üzere tanımlanmıştır. “Orto” kelime olarak “doğru”, “gerçek” anlamına geldiği için Bratman uygun, sağlıklı yiyeceğin tüketilmesi ile ilgili patolojik saplantıyı tanımlamak için ortoreksiya nevroza terimini kullanmıştır (11).

ON'nin temelinde öncelikle sađlđđn geliştirilmesi, bir hastalđđn tedavisi veya ađrđlık kaybetme amacı yer alırken sonrasında bu beslenme şekli ortorektik bireylerin hayatlarındaki en önemli bölümü oluşturmaya başlamaktadır. Böylece sađlđđ korumak ve iyileştirmek için sağlıklı beslenme takıntısı yaşamaktadırlar (14). Ortorektik kişiler, doğal yemek yeteneğini (a oldukları zamanı, ne kadar yemeleri gerektiğini) kaybederler. Kendi bilinçaltına benimsettikleri bir diyet sonucunda beslenme problemleriyle karşılaşıp sağlık sorunları yaşayabilirler. Ortorektik bireylerin hayat planı çoğunlukla yiyecekler etrafındadır, bunun sonucu olarak sosyal açıdan izole edilebilmektedirler (15).

ON'de, birey her yediği besini çok aşırı takıntılı şekilde kontrol etmektedir. Ortorektik bireyler satın alacakları ürünlerin ambalajlarını uzun süre inceler ve ürünün içerisinde kanserojen madde, hormon, boya, katkı maddesi olup olmadđđđnı araştırırlar ve yiyeceklerin olabildiğince saf ve katkısız olmasına çok fazla önem verirler. Bu nedenle çoğu yiyeceği çiğ olarak tüketmeyi tercih etmektedirler. Sağlıklı beslenme takıntısı, ortorektik bireyleri psikolojik olarak baskı altına aldığı için pek çok ürünü tüketmekten vazgeçme eğiliminde olurlar (16).

Ortoreksiya nervoza, uzun dönem devam ettiğinde, kalıcı olduğunda ve bu davranışlar bireyin yaşam biçiminde anlamlı şekilde olumsuz etki altına aldığı koşullarda yeme bozukluğu olarak dűřünülebilmektedir. Sağlıklı beslenme takıntısı olan bireylerin obsesif, kompulsif bozukluğu olan hastalar gibi vakitlerinin çoğunu katı kurallar ile ilgili aşırı uğraş içinde geçirdikleri ve zamanla sosyal işlevlerinin bu yüzden zarar görebileceği ifade edilmektedir (17). U durumdaki ortorektik olgular, "saf olmayan" ve sağlıklarına zarar veren besinleri tüketmek yerine kendilerini a bırakmayı tercih ettiklerini ifade etmektedirler (18).

Obezite konusunda çok sayıda çalışma olmasına karşın literatürde henüz obezite önyargısı ile ilgili yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Bu araştırma, sağlık sektöründe hizmet veren sağlık profesyoneli ve yardımcı personelin obezite önyargılarının ve sağlıklı beslenme takıntılarının saptanması amacı ile yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite

2.1.1. Obezitenin tanımı

Dünya Sağlık Örgütü fazla kiloluluk ve obeziteyi sağlığı bozabilecek düzeyde anormal veya aşırı yağ birikmesi olarak tanımlamaktadır. Yağ kütlesi yüzdesi erkeklerde %25, kadınlarda %30'un üzerine çıkması obezite anlamına gelmektedir (19). Obezite, Latince yemek yeme anlamındaki "obesus" kelimesinden gelmektedir (4).

Epidemiyolojik çalışmalar; yaş, cinsiyet gibi demografik faktörlerle, eğitim düzeyi, gelir durumu, medeni durum gibi sosyo-kültürel faktörlerin yanında genetik etmenler, hormonal ve metabolik nedenler gibi biyolojik faktörlerin, aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları, sık aralıklarla çok düşük enerjili diyet uygulamaları, sigara ve alkol tüketimi gibi zararlı madde kullanımı ile fiziksel aktivite azlığı gibi yaşam biçimi davranışlarının, psikolojik sorunların, doğum sayısı ve doğumlar arası sürenin kısalığının obezitenin oluşumundaki risk faktörleri olduğunu göstermektedir (20,21).

2.1.2. Obezitenin sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre beden kütle indeksi (BKİ) değeri 18,50 altındaki bireyler zayıf; 18,50-25,00 arasında normal; 25,00-30,00 arasındakiler fazla kilolu; 30,00 ve üzeri olanlar obez,40 kg/m²'ye eşit veya üzerinde olanlar ise morbid obez olarak sınıflandırılmaktadır (22). Bununla birlikte risk faktörlerinin belirlenmesinde bel çevresi (BÇ) de önemli bir parametredir. DSÖ'de yer alan yetişkinlerde BKİ' ne göre zayıflık, fazla kiloluluk ve obezitenin sınıflandırılması Tablo 2.1.'de sunulmuştur.

Tablo 2.1. Yetişkinlerde BKİ'ne göre zayıflık, fazla kiloluk ve obezitenin sınıflandırılması (22)

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)
Zayıf	<18,5
Normal	18,5-24,9
Pre-obez	25,0-29,9
Şişman (Obez)	≥ 30.00
Şişman I. Derece	30.00-34.99
Şişman II. Derece	35.00-39.99
Şişman III. Derece	≥40

Tablo 2.2 Yetişkinlerde Obeziteye Bağlı Hastalık Riski ve Bel Çevresi Ölçümü (cm) (22)

Cinsiyet	Risk (Uyarı Sınırı) (=BKİ>25)	Yüksek risk (Eylem Sınırı) (=BKİ>30)
Erkek	>94 cm	>102 cm
Kadın	>80 cm	>88 cm

2.1.3. Obezite prevalansı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, obezite prevalansı 1980 yılından bu yana iki kattan daha fazla artmıştır. Buna göre 2014 yılında yaklaşık 2 milyar yetişkin insan fazla kilolu ve bunların 600 milyon kadarı obezdir. Cinsiyete göre bakıldığında, erkeklerin %38'i, kadınların ise %40'ı fazla kiloludur. Erkeklerin %11'i, kadınların ise %15'i obezdir. İki bin dört yılında 5 yaşın altındaki 41 milyon çocuğun aşırı kilolu veya obez olduğu tahmin edilmektedir (22).

Amerika'da 20 yaş üzeri bireyler ile yapılan Üçüncü Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırmasında (NHANES III), toplumun %54,9'unun hafif obez ve %22,5'inin şişman sınıfında olduğu belirtilmiştir. NHANES 2009-2010 verilerinde ise Amerika'da 20 yaş üzeri bireylerde obezite sıklığının %35,7, 2-19 yaş arası bireylerde ise %16,9 olduğu bildirilmiştir (23).

Obezite, gittikçe yaygınlaşan, küresel hale gelen bir epidemidir. Asya, Avrupa ve Afrika'da yapılan, 12 yılda tamamlanan 'Kardiyovasküler Hastalık

Eğilimlerini İzleme (MONICA)' adlı proje sonucunda 10 yıl içerisinde obezite prevalansında %10-30 arasında bir artış saptandığı belirtilmiştir (24).

Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010 çalışmasına göre Türkiye'de obezite sıklığı toplamda % 30,3 (erkeklerde %20,5, kadınlarda %41,0), fazla kiloluluk %34,6, fazla kiloluluk ve obezlik birlikte %64,9 olarak bulunmuştur. Bu durum coğrafi bölgelere göre farklılık göstermekte, obezite görülme sıklığı %20,5 ile %33,1 arasında değişkenlik göstermektedir (25).

15-49 yaş grubu kadınların çalışma kapsamında yer aldığı ülkemizde beş yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasının (TNSA) sonuçları incelendiğinde obezitenin kadın nüfusta giderek arttığı görülmektedir. 1998, 2003, 2008 yıllarında yapılan araştırmanın verilerine bakıldığında sırasıyla fazla kilolu sıklığı %33,4, %34,2, %34,4; obezite sıklığının da yıllara göre sıralaması yapıldığında; %18,8, %22,7, %23,9 giderek yükseldiği görülmüştür. En son 2013 yılı TNSA verileri de diğer yıllara göre obezitenin artmaya devam ettiğini ve bu sıklığın %27'ye ulaştığını göstermektedir (26).

Türkiye'de 1998 ve 2010 yıllarında Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans (TURDEP) çalışmaları yapılmıştır. 12 yıllık süreçte gerçekleştirilen TURDEP 1 ve TURDEP 2 çalışmaları karşılaştırıldığında; ortalama kadın ve erkek boyunun 1'er cm artmış olduğu, kadınlarda ortalama ağırlığın 6 kg, BKİ'nin 1,7 kg/m², bel çevresinin 6 cm ve kalça çevresinde 3 cm artış olduğu görülmüştür. Erkeklerde ise ortalama ağırlığın 8 kg, BKİ'nin 2 kg/m², bel çevresinin 7 cm ve kalça çevresinin 3 cm artmış olduğu ortaya koyulmuştur. Normal ağırlıkta olan bireylerin prevalansı ise % 41'den % 26'ya düşmüştür (27).

2.1.4. Obezitenin önemi ve neden olduğu problemler

Obezite, bireylerin hayatında fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden birçok sorunu tetiklemektedir (22). Obezite günümüzde kronik bir hastalık olarak ele alınmaktadır. Bu kronik hastalığa ayrılan sağlık harcamalarının çoğu obezitenin yol açtığı fiziksel ve psikolojik hastalıkları gidermek için kullanılmaktadır (28).Gelişmiş ülkelerdeki sağlık harcamaların % 2-8'i hatta bazı ülkelerde % 15'i obeziteyle ilgili sorunlara ayrılmıştır. Toplumların obez bireylere yönelik genel olumsuz bakış açıları ve önyargıları obez bireylerin iş bulmada zorluk yaşamalarına ve daha düşük

ücretlerle çalışmak durumunda kalmalarına neden olmakta ve bu durum da obezitenin toplumsal maliyetini artırmaktadır (29).

2.1.4.1. Obezitenin neden olduğu fizyolojik problemler

Obezite, fiziksel sağlık sorunlarına yol açabilen, tek başına hastalık seyri oluşturan ve mevcutta var olan sağlık sorunlarının seyrini daha da olumsuz etkileyen bir durumdur. Bu nedenle obezite bazı sistematik hastalıkların oluşumunda hem risk faktörü iken obez bireylerde mortalite ve morbiditeyi de etkilemektedir (30,31).

2.1.4.2. Obezitenin neden olduğu psikolojik problemler

Obeziteyle ilişkili olduğu kanıtlanan birçok psikiyatrik hastalık bulunmaktadır. Obezitenin vücut ağırlığı ile ilgili memnuniyetsizlik, bozulmuş beden algısı, düşük benlik saygısı, anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıknircasına yeme (binge eating), gece yeme sendromu veya bir şeyi çok fazla yiyerek psikolojik doyum sağlamaya çalışma gibi psikolojik sorunlara yol açtığı bilinmektedir. Obezitenin; majör depresyon, bipolar bozukluk, panik bozukluk/agorafobi prevalansında da artışa neden olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca depresyonun daha ağır seyrettiği ve prognozun daha kötü olduğu da gösterilmiştir (5, 32).

2.1.4.3. Obezitenin neden olduğu sosyal problemler

Son zamanlarda obezitenin hem ulusal hem de küresel boyutta sosyal bir problem olduğu ciddi bir şekilde dile getirilmektedir. Bilim insanlarının yaptıkları araştırma neticesinde obezitenin yol açtığı tıbbi problemler olduğu gibi sosyal problemler de olduğu vurgulanmaktadır (33).

Obez bireyler fazla kiloları nedeniyle toplum içerisinde suçlanmaktadır. Obez bireylerin ağırlık sorunu nedeniyle etiketlenerek ayrımcılığa uğraması, sağlık alanında eşitsizliğe uğramalarına ve obezite tedavisinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (34).

2.3. Obezite Önyargısı

2.3.1. Obezite önyargısının tanımı

Önyargı; bir bireyin diğer bireylere, toplumsal kümelerle karşı sevgi ya da düşmanlık duygusu uyanmasına yol açan, koşullanmış bir duygusal tutumu yansıtan sığ inanç olarak tanımlanmaktadır (35)

Obezite önyargısı, normalden fazla ağırlıktaki ve obez bireylere karşı olumsuz tutum ve kalıp yargılara yol açan obezliğe karşı patolojik korku durumu olarak tanımlanmaktadır (5). Obez bireylerin tembel, motivasyonu düşük, disiplinsiz, daha az yetenekli, uyumlu olmayan ve dağınık olduğu gibi yaygın olumsuz kalıp yargılar sebebiyle aile, eğitim, iş ve sağlık kuruluşlarında haksızlığa uğraması obezite önyargısı olarak da açıklanabilir. Obez bireyler, toplum içerisinde ağırlıklarından dolayı damgalanırlar, sosyal yaşamlarında önyargı ve ayrımcılığın birçok türü ile yüzleşirler. Bu kalıp yargılar gelişmiş ülkelerde son derece yaygındır. Obez bireyler damgalanmanın sonucunda sosyal haksızlığa, yaşam kalitesinin azalmasına ve uygun olmayan tedavilere maruz kalmaktadırlar (34).

Obezite önyargısına ilişkin ilk çalışma 2001 yılında Puhl ve Brownell tarafından yayınlanmıştır. Bu çalışmada iş, eğitim ve sağlık alanlarında fazla kilolu ve obez bireylerin maruz kaldıkları haksız uygulamaların birçok boyutu incelenmiştir. Bu araştırmada yaşamın önemli alanlarında obezite önyargısı ile ilgili olarak birçok delil toplanmış ve araştırmacılar obezite önyargısının niteliği ve kapsamıyla ilgili daha detaylı çalışmalar yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca obezite önyargısının fiziksel ve duygusal sonuçlarına ilişkin çalışmaların azlığına ve negatif davranışların azaltılmasına dair müdahalelerin azlığına değinmişlerdir (36).

2.3.2. Obezite önyargısının sıklığı

Obezite önyargısı, obezite sorunu gibi küresel bir sorun haline gelmektedir. Obez bireylere karşı ayrımcılık Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) son 10 yılda %66 artmıştır. Puhl ve ark. (37) çalışmasında; obezite önyargısının kesin sıklığını belirtmenin zor olmasının yanında bu obezite damgalamanın yaygınlığını vurgulamıştır.

Carr ve Friedman (38) çalışmalarında obez bireylerin günlük yaşamının her anında normal ağırlığa sahip bireylere göre çok daha önemli derecelerde ayrımcılığa maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Örneğin; iş, eğitim ve sağlık hizmetleri ile ilgili ayrımcılık hatta aile içinde dahi ayrımcılığa maruz kalmaktadırlar. Ayrımcılık türleri arasında ağırlık ayrımcılığı görülme sıklığı bakımından cinsiyet, ırk, yaş gibi ayrımcılıklardan sonra dördüncü sırada yer almaktadır (37).

2.3.3. Obezite önyargısı ve obez bireylere karşı olumsuz tutum ve davranışlar

Obez insanlar aşırı ağırlıkları nedeniyle ayrımcılık ve önyargının çok fazla çeşidiyle karşılaşır. Doktorlar, psikologlar, hemşireler ve tıp öğrencileri de obezlere karşı önyargıya sahiptirler. Bireyler ağırlık damgalaması (weight-stigma) ile karşılaşmış olsun ya da olmasın diğer insanların bu konuda olumsuz düşünce ve tavır göstereceklerine dair inançlarının olduğu anlaşılmıştır (39).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkin bireylerin %40'ı fazla ağırlıkları ile ilgili alay konusu olmakta, haksız muameleye uğramakta ve ağırlık ayrımcılığının hedefi olmaktadır (40, 41). Obezite önyargısının önemli etkilerinin olabileceği çeşitli araştırmalarla belgelenmiştir. Obez bireyler arasında yapılan bir araştırmada, bu bireylerin doktorlarının kendilerini eleştireceği düşüncesinden hareket ederek, utanma duygusuyla hastalıklarına karşı koruyucu ve önleyici sağlık bakım hizmetleri alma konusunda isteksiz oldukları belirlenmiştir. Ayrıca bu araştırmadan elde edilen veriler doktorların obez hastalara daha olumsuz davranışlar gösterdikleri ve muayene için yeterli süre ayırmadıklarını göstermektedir (42).

2.3.4. Eğitim alanında obezite önyargısı

2001 yılında gerçekleştirilen bir çalışma fazla kilolu ve obez öğrencilerin eğitim ortamlarında, öğretmenlerinin, akranlarının ve hatta velilerinin ağırlığa dayalı önyargıya maruz kaldıklarını göstermiştir (36). Eğitim alanında yapılan bir çalışma, sağlık ve iş alanından daha az araştırılmış olsa da, obez ve obez olmayan gruplar arasındaki eğitim eşitsizliğini belgelemiştir (7).

Okul öncesi dönem çocukları (3-4 yaş) obez akranlarını tembel, çirkin, istenmeyen oyun arkadaşları olarak görmektedirler. İlköğretimde, obez bir çocuğun, normal ağırlıktaki bir akranı ile karşılaştırıldığında zorbalığa maruz kalma

olasılığının %63 daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Obez gençler yaşlıları tarafından daha az kabullenilmekte ve tembel, dostça olmayan ve dürüst olmayan kişiler şeklinde nitelendirilmektedirler. Ortaokulda, ağırlıkla ilişkili kızdırıcı davranışlar, diğer sataşma nedenleri ile karşılaştırıldığında, en negatif duygusal tepkilerin ortaya çıktığı görülmüştür. Bu tür sataşmaların daha yaygın, daha sık ve daha uzun sürdürüldüğü bildirilmiştir (43).

2.3.5. İstihdam ve iş alanında obezite önyargısı

Obezite önyargısının en sık karşılaşıldığı yerlerden biri de iş sektörüdür. Örneğin; benzer niteliklere sahip iki bireyin iş başvuruları karşılaştırıldığında, obez bireyin işe alınma şansının diğer bireye göre çok daha düşük olduğu belirtilmiştir. Ayrıca işverenler obez bireylerin yüzyüze etkileşim gerektiren işler için uygun olmadıklarını belirtmişlerdir. Bir çalışmada, obez bireylerin yetersiz öz disipline, düşük denetim potansiyeline sahip, daha az hırs ve üretkenliğe sahip bireyler olarak görüldüğü belirtilmektedir (44).

İşverenlerin % 16'sı obez kadınlara iş vermeyi tercih etmediklerini, % 44'ü ise obez bireyleri ancak özel şartlarda çalıştırmayı kabul ettiklerini ifade etmektedirler (8).

Fazla kilolu ve obez bireylerin ağırlıkları nedeniyle iş ortamında; aynı niteliklere sahip olsalar bile işe alımda daha zayıf bireylerin tercih edilmesi, aynı iş için obez bireylere verilen ücretlerin zayıf bireylere göre daha düşük olması (bu durum kadın ve erkek obez çalışan için aynı), işverenler tarafından daha sert muameleye maruz kalma, haksız yere işlerine son verilmesi, daha az üretken, daha tembel, yeteneksiz gibi kalıp yargılara maruz kalma durumları ile karşı karşıya kaldıkları bulunmuştur (45).

2.3.6. Sağlık hizmeti sistemlerinde obezite önyargısı

Obezite ile ilgili önyargılı tutumlar, sağlık sistemi genelinde de yaygındır. Doktorlar, hemşireler, diyetisyenler ve bu alanlarda eğitim alan öğrenciler tarafından obez bireylere karşı önyargılı tutumlar görülmektedir (46). Fazla kilolu ve obez bireyler sağlık hizmeti aldıkları sağlık kuruluşlarında belirgin şekilde obezite

önyargısıyla karşı karşıya kalmaktadırlar. Dört yüz doktorun katıldığı bir çalışmada, doktorlara teşhis ettikleri en kötü hastalıkları listelemeleri istenmiş ve bu listede ilk sıralarda uyuşturucu bağımlılığı, alkol bağımlılığı, zihinsel hastalıklar ve obezite yer almıştır. Katılımcılar obeziteyi uyumsuzluk, düşmanlık, sahtekârlık ve yetersiz hijyenle ilişkilendirmişlerdir (47).

Sağlık sektöründe hizmet veren bireyler ile hasta ilişkisi hastanın hastaneye başvurusu ile başlamakta ve tedavi planlanması ve takibi boyunca devam etmektedir. Bu nedenle obez hastalara karşı sağlık çalışanları tarafından uygulanan önyargılı davranışlar kaygı yaratan bir durumdur (5). Ayrıca obez hastaları muayene eden doktorların onlara daha az zaman ayırdığı, daha az diyaloga girdiği, daha az tıbbi müdahalede bulunduğu ve önleyici sağlık taramaları yapmaya gönülsüz oldukları belirtilmiştir(9).

Obez bireyler, sağlık profesyonellerinin önyargıları nedeniyle tedaviden kaçınabilmekte, tıbbi randevularını iptal edilebilmekte ve sağlıkları için önemli koruyucu tedaviyi almakta geç kalabilmektedirler (10).

2.3.7. Obezite önyargısı ve diyetetik mesleği

Obezite önyargısı ile birlikte obez bireylere karşı negatif tutum ve davranışlar diyetetik eğitimi alan beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileri ve diyetisyenlerde dahi görülmektedir. Diyetetik bölümü öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğu (%71) fazla kilolu ve obez bireyleri, aşırı besin tüketen, hareketsiz, öz güvensiz, çirkin, yavaş, öz saygısı düşük, sabırsız ve iradesiz olarak nitelendirmiştir. Başka bir çalışmada ise diyetetik bölümü öğrencilerinin yarısından fazlası, obez bireylerin çekici olmayan, iradesiz ve tembel olduklarını söylemiştir (48).

Obezite önyargısının, bu alanda incelenmesi beslenme ve diyet sürecinde önemli bir role sahip diyetisyen ve diyetisyen adaylarının bakış açılarının değerlendirilmesi için önemlidir. Çünkü obez bireyler, sağlıklı ağırlık kaybının sağlanabilmesi için beslenme ve diyet uzmanlarına danışmakta ve uygun beslenme programları ile obez bireyin sağlıklı ağırlıklarına ulaşması desteklenmektedir. Bu süreçte diyetisyenler önemli bir yere sahiptirler. Diyetisyenlerin, önyargı içeren

olumsuz davranışlarının, hastaları için planladıkları diyet uygulamalarını planlama sürecinde negatif etkiler görülebilmektedir (5, 48).

Diyetetik öğrencilerinin obezite önyargısına ilişkin tutumlarını inceleyen bir çalışmada öğrencilerin, obez hastaların tedavilerinin gereklerine uyma ihtimalinin obez olmayan hastaların tedavilerinin gereklerine uyma ihtimalinden daha düşük olabileceğini düşündükleri saptanmıştır. Diyetetik öğrencilerinin, obez hastaların sağlıklı bir yaşam sürdürdükleri bilgisini edinseler dahi, bu hastaların diyet uyumunun normal ağırlığa sahip olanlardan daha düşük, fiziksel aktivitelerinin daha az ve genellikle sağlık durumlarının daha kötü olduğu önyargısına sahip oldukları ifade edilmiştir (5).

Diyetisyenlerin obezite önyargısına sahip olması bir endişe kaynağıdır; çünkü bir diyetisyenin rolü kilolu ve obez bireyleri bilgilendirmek, onlara gerçekçi hedefler koymaya yardımcı olmak ve ağırlık kaybı hedeflerine ulaşmaya çalışırken onlara destek olmaktır. Diyetisyenlerin bu önyargılı tutumlarına karşı önlemler alınmalıdır. Bu hususta alınabilecek önlemler; obez hastalarla etkili iletişim kurma, vücut ağırlığı ölçümü yaparken özen gösterme ve güvenli bir ofis ortamı sağlamak olduğu belirtilmiştir. Bir diyetisyenin etkili iletişim sağlayabilmesi için, varsayımlarının ve kalıplaşmış yargılarının, hasta tarafından olumsuz şekilde algılanabilecek sözlü yorumlarla beraber, mimikler ve yüz ifadeleri gibi sözlü olmayan davranışlarla da ifade edebileceğinin farkında olması gerekmektedir. Bunun yanında diyetisyenler, aşırı kilolu danışanların ağırlık kaybı için gerçekçi hedefler belirleyemediklerini ve kilo problemlerine, duygusal stresin de katkıda bulunduğuna inanmaktadır. (5, 49).

2.3.8. Obezite önyargısının azaltılması ve müdahaleler

Obezite önyargısının azaltılması için çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar dört ana başlıkta toplanmıştır. Bunlar:

- a. Obezitenin nedenleri ve kontrol edilebilirliği hakkındaki inançları yönetmek:
- b. Empatiyi, kabul edilmeyi ve beğenmeyi uyarmak
- c. Sosyal mutabakat ve toplumsal normlar
- d. Kombine ve çoklu stratejiler olarak ele alınabilir (31)

2.3.8.1. Obezitenin nedenleri ve kontrol edilebilirliği hakkındaki inançları yönetme

Kontrol edilebilirlik ve obezitenin nedenleri ile ilgili müdahaleler, bireylerin obezitenin nedenlerini anlamalarını ve obeziteden kaynaklanan suçlamaları önlemeyi hedeflemektedir (50).

Obez bireyler, bazı toplumlar tarafından disiplinsiz, gayretsiz ve iş ahlâkına aykırı hareket eden bireyler olarak görüldüğü için pek hoş karşılanmamaktadırlar. Obezitenin nedenleri olarak biyolojik ve çevresel faktörler gibi birçok mekanizmanın etkili olduğu çeşitli çalışmalarla desteklenmiş olsa da, toplum tarafından obezite diyet ve egzersizle kontrol edilebilir bir durum gibi algılanmaktadır. Bu doğrultuda obez olan birey tembel, rahatına düşkün ve mevcut durumundan sadece kendisi sorumluymuş gibi algılanmaktadır (51). Obezitenin genetik, sosyal ve kültürel nedenlerinin obezite önyargısına sahip bireylere anlatıldığında sahip olduğunu önyargıların kırıldığı görülmüştür. Bu yöntem sayesinde bireylerin inançlarının değişmesi sağlanarak obezite önyargısı azaltılmaya çalışılmaktadır (52).

2.3.8.2. Empatiyi, kabul edilmeyi ve beğenmeyi uyarmak

Yapılan çalışmalar empatiyi artırma yönteminin obezite önyargısını azaltmada etkili olamayabileceğini göstermektedir. Bunun nedeni empatiyi arttırmanın, obezitenin negatif yönlerini ortaya çıkarmaktan geçtiği olasılığı olarak ifade edilmiştir. Obezite önyargısının üstesinden gelmek için, eşitlik, saygı, obez bireyleri olduğu gibi kabul etmek gibi duyguları uyarmak, empati ve acıma duygularını uyarmaktan daha etkili bir yol olabileceği düşünülmektedir (30).

2.3.8.3. Toplumsal fikir birliği ve toplumsal kurallar

Daha önce yapılan bir çalışma bu yöntemin obezite önyargısını azaltmada etkili olabilecek bir strateji olduğunu göstermektedir. Topluma ait normların, tutum, davranış ve inançları şekillendirme gücü, birçok alanda gösterilmiştir (30).

İki oturumdan oluşan bir toplumsal fikir birliği müdahale çalışmasında katılımcılara ilk bölümde 10 pozitif ve 10 negatif olmak üzere 20 basmakalıp özellik verilmiş ve verilen her bir özelliğe sahip obez bireylerin sayısını tahmin etmeleri istenmiştir. Bir hafta sonra katılımcılar laboratuvara çağırılarak obezite ile ilgili

olarak olumlu ve olumsuz geri bildirimleri alınmak üzere rastgele gruplara ayrılmışlardır. Olumlu geri dönüş grubuna, olumsuz geri dönüş grubunun obez bireylere karşı tutumlarının daha olumlu olduğu; olumsuz geri dönüş grubuna da olumlu geribildirim grubunun kendilerinden daha olumsuz olduğu bildirilmiştir. Daha sonra her iki gruptaki katılımcılara testler tekrar uygulandığında olumlu geri dönüş grubunun obezite ile ilgili düşünce ve tutumlarının daha da olumlu yönde değiştiği tespit edilmiştir (53).

2.3.8.4 Kombine ve çoklu stratejiler

Obezite nedenleri ve kontrol edilebilirliği, empati ve toplumsal uzlaşma kavramlarının birleşiminden oluşmaktadır. Kombine ve çoklu strateji çalışmalarının amacı; obezite önyargısının azaltılmasıdır

Yaşam tarzı değişikliğinin ve sağlığın güçlendirilmesinin önemi vurgulanmalıdır. Bireyin ağırlığından ziyade ulaşılabilir davranış hedefleri vurgulanmalı ve fazla kiloları ile ilgili suçlama algısına yol açabilecek terimlerden uzak durulmalıdır (50).

2.4. Yeme Bozuklukları

2.4.1. Yeme bozukluklarının tanımı ve sınıflandırılması

Kültürler, alışkanlıklar, günlük yaşantı biçimi ve yeme alışkanlıkları hızla değişim göstermektedir. Bu değişim, şimdiye kadar fark edilmeyen ya da dikkate alınmayan bazı davranış örüntülerinin patolojik sayılıp sayılmayacağı ya da var olan patolojilerden hangisine yakın olabileceği ile ilgili bir dizi araştırma veya tartışmaya zemin oluşturmaktadır (54).

Yeme bozukluklarının tarihçesine bakıldığında, değişik şekillerde yeme bozukluklarının aslında uzun yıllar öncesinden beri var olduğu ancak; anoreksiya nervoza (AN) ve bulimiya nervozanın (BN) resmi sınıflandırma sistemlerine daha yakın tarihlerde girmiş oldukları görülmektedir (54). Bu rahatsızlıklar, hem bedensel hem de psikososyal boyutu olan; kişinin yemek yeme alışkanlığı, vücut ağırlığı ve fiziksel görüntüsü ile ilgili düşünceleri ve yemek yeme davranışındaki bozukluklarla kendini gösteren bir durumdur (55).

Yeme bozukluğu olan bireyler, vücudunu olduğundan daha obez ve biçimsiz bulma, çok az besin tüketimi, yemek tüketiminden hemen sonra kusma veya kendini kusturma, laksatif kullanma ve aşırı egzersiz yapma gibi belirtiler göstermektedirler (56). Yeme bozuklukları, 1980’li yıllardan itibaren ergenlerde ve genç erişkinlerde ruhsal ve bedensel sorunlarla birlikte ölüm oranlarını arttırması nedeniyle erken tanı ve tedaviyi gerektiren bir sağlık sorunudur (57).

Yeme bozukluklarının toplumda görülme sıklığı gün geçtikçe artmakta ve ciddi bir sorun haline gelmektedir. Görülme sıklığındaki bu artış birçok etkene bağlı olabilir. Bu etkenler içerisinde tanı koyma ve değerlendirme araçlarındaki gelişme, hastalığa karşı giderek artan farkındalık düzeyi, tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler ve modern kültürlerde kadına yönelik başarılı ve mutlu hissetmek için ince ve zayıf bedene sahip olma koşulunu ileri süren baskıların artışı sayılabilir. Yeme bozuklukları için belirlenmiş risk faktörlerinden bazıları ise; olumsuz beden imajı algısı, düşük benlik saygısı, obezite korkusu, kronik biçimde diyet yapma ve zayıf olmaya yönelten sosyal baskılar olarak sıralanabilir (58).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM- V)’nda yeme bozuklukları; Anoreksiya Nervosa (AN), Bulimiya Nervosa (BN), Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) ve Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları (BTA-YB) şeklinde sınıflandırılmaktadır (12).

2.4.1.1. Anoreksiya Nervosa

Anoreksiya Nervosa (AN), genellikle ergenlik ve erişkinliğin ilk dönemlerinde başlayan, beden algısı bozukluğu ile ilgili, kişinin sağlığını tehdit edecek şekilde yememesi ve ağırlık kaybetmeye çalışması ile tanımlanan bir yeme bozukluğudur (59). Anoreksiya Nervosa yeme bozukluğunda birey, olması gereken ağırlığının çok altında, aşırı ince olma arzusu içindedir. Düşük vücut ağırlığı, aşırı ve seçici besin kısıtlaması ve aşırı egzersizin bir sonucudur (60). Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığının, olağan en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenenin altında olması olarak tanımlanır (12).

Anoreksiya Nervosa, yaş ve boy uzunluğu için normal sayılan bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme, ağırlık artışından aşırı korkma, beden

imgesinde bozukluk ve kızlardmenstrüasyon döneminin kesilmesi gibi belirtileri içermektedir (61).

2.4.1.2. Bulimiya Nervoza

Bulimia Nervoza, AN'nin seyri sırasında görülebileceği gibi, normal ağırlıktaki ya da normalden fazla ağırlığa sahip kişiler arasında da görülebilir. Eğer bu duruma ağırlık ve beden biçimi ile aşırı uğraşı, enerji alımını engellemek için kusma ve/veya laksatif, diüretik ilaç kullanımı ya da aşırı egzersizler de ekleniyorsa ortaya çıkan hastalık tablosu bulimia nevroza olarak adlandırılır (62).

Bulimia Nervoza, önceleri yalnızca bir seferde ve kısa bir süre içerisinde alınan enerji miktarı ile belirlenirken, son yıllarda alınan enerjinin miktarından çok, yeme üzerinde kontrolü kaybetmiş olma duygusunun belirleyici olması gerektiği vurgulanmaktadır (62).

Bulimiya Nervoza yeme bozukluğunda birey; isteyerek kusma, bağırsak hareketlerini artırıcı ya da idrar söktürücü, yan etki olarak ağırlık kaybını sağlayacak ilaçları kullanır. Yemek yemeyi kendine yasaklayıcı tutumlar, normalden daha çok fiziksel aktivite ya da yoğun kültürfizik hareketleri gibi uygun olmayan telafi edici davranışlar içine girer. Bireye bulimiya nervoza tanısı konması için bireyin tıkanırcasına yemek yeme ve uygun olmayan telafi edici davranışlarını en az 3 ay süre ile ve en az haftada 2 kez tekrarlamış olması gerekmektedir. Bu bozukluğun bulunduğu bireyin kendini tanımasında ve değerlendirmesinde, vücut şekli ve vücut ağırlığının önemli bir yer tuttuğu tespit edilmiştir (63).

2.4.1.3. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkanırcasına yeme bozukluğu, DSM-V kriterlerine göre yineleyici tıkanırcasına yeme dönemleri ile benzer koşullarda, benzer sürede çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman diliminde yeme davranışı ve yemek yemekle ilgili denetimin kaybolması duygusunun eşlik etmesi ile görülmektedir (12). Tıkanırcasına yeme bozukluğu olan bireyler çoğunlukla obezdir. Bu kategori, anoreksiya ve bulimiya nervozadan daha yaygın bir kategori olarak görülmektedir (64).

2.4.1.4. Başka Türli Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları

Bu kategori (eskiden atipik anoreksiya nervoza veya bulimiya nervoza olarak bilinen) anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozanın tüm teşhis kriterlerini göstermeyen fakat önemli yeme tutum ve davranış bozukluğu gösteren bireylerden oluşmaktadır (65). Bazı araştırmacılar başka türlü tanımlanamayan yeme bozukluğu sonrasında anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozanın geliştiğini belirtmiştir (63).

2.5. Ortoreksiya Nervoza

2.5.1. Ortoreksiya Nervoza tanımı

Ortoreksiya Nervoza (ON), bireylerin sağlıklı beslenme konusunda aşırı denilebilecek düzeyde zihinsel uğraş içinde olması ve davranışlarının normal yaşantıya müdahale edecek derecede takıntılı hale gelmesi durumudur. Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza yeme bozukluğu olan kişiler yediklerinin miktarına yoğunlaşırken ortorektik kişiler yediklerinin kalitesi ile ilgili takıntılıdır (13).

Ortoreksiya nervoza sonucunda sadece çiğ sebzeler tüketme ve yiyeceklerini belli bir renkte yeme konusunda ısrarcı olma gibi çeşitli davranışlar sergilenmektedir. Bu sebeple ortoreksiya nervoza, kişinin sağlıklı beslenme konusunda obsesif olmasının yanında sadece belirli yiyeceklerin tüketilmesi ve belirli pişirme yöntemlerinin kullanılması anlamına da gelmektedir (66).

Bratman (67) 1997’de bazı hastalarında gözlemlediği sağlıklı beslenme konusundaki saplantı durumunu tanımlamak için “Ortoreksiya Nervoza” terimini kullanmıştır. Bu terim Yunanca’da gerçek, sıkı, doğru anlamına gelen “ortho”dan ve açlık anlamına gelen “orexis” kelimelerinden oluşmaktadır. Ortoreksiya ise “doğru beslenme” anlamına gelmektedir. Bratman’ın düşüncesine göre ON, sağlığa uygun besin tüketme ile ilgili patolojik bir saplantıdır ve amacı sağlığı korumak ve geliştirmektir. Ortoreksiya nervoza, sağlıklı beslenme takıntısı olarak tanımlanmaktadır.

2.5.2. Ortoreksiya Nervozanın belirtileri

Ortoreksiya nervoza üzerinde klinik gözlemler henüz sayıca fazla değildir. Ancak; ortorektik bireylerin anoreksiya nervoza tanılarına ek olarak “vücuda sadece

faydalı besinlerin alınması, gereksiz ve sağlıksız besinlerin tüketilmemesi” düşüncesi içerisinde oldukları belirtilmektedir. Ortorektik bireyler; ağırlık kayıpları, amenore (adet görememe), kısıtlayıcı diyet uygulamaları bakımından anoreksiya nervoza hastalarına benzemektedirler. Tükettikleri besin seçimlerinde kriteri enerji miktarı olmamakta, besinlerin “sağlıklı ya da sağlıksız” oluşuna dikkat etmektedirler. Ortorektik bireyler, ağırlık kaybı ile ilgili bir uğraş içinde olmamalarına rağmen sağlıklı beslenme çabalarının bir sonucu olarak ağırlık kaybının yaşandığını belirtmektedirler (68).

Ortorektik bireyler tüketilecekleri besin maddesinin saf ve katkısız olmasını takıntılı bir şekilde önemserler. Katkısız ve sağlıklı olduğunu düşündükleri besin maddelerini tercih ederler. Ortorektik kişiler satın alacakları besin maddelerinin ambalajlarını uzun süre titizlikle inceledikten sonra içeriğinde kanserojen madde, hormon ve boya gibi sağlıksız olduğunu düşündükleri içeriklerle karşılaşırlarsa o ürünü tüketmekten vazgeçmektedirler (16).

Bu takıntılı durum, bireyleri ya sıkı diyetler yapmaya ya da kendi diyetlerinin dışındaki temel besin maddelerini tüketmemeye yönlendirmektedir. Ortorektik kişi, mükemmelliğe ulaşma çabasından dolayı diyetini giderek kısıtlama eğilimi göstermekte ve bu nedenle yiyecek çeşitliliği oldukça azalmaktadır. Buna bağlı olarak da beslenme bozukluğu gelişebilmektedir. Dolayısıyla bu davranış vücut için gerekli olan temel besin maddelerinin yetersiz alınmasına ve bireylerin genel psikofiziksel durumları ve sosyal ilişkilerinde değişime sebep olmaktadır (16, 66, 68).

Bu kısıtlayıcı davranışlar, beslenme bozukluğuna ek olarak adet düzeninin bozulması, osteoporoz ve kan basıncının aşırı düşmesine dayalı kalp rahatsızlıklarını da meydana getirebilmektedir (66).

Ortorektik kişiler dört aşamadan oluşan alışkanlıklara sahiptirler. Birinci aşama, o gün ve diğer gün tüketileceği besin hakkında kaygılı ve dikkatli düşünce içerisindedirler. İkinci aşama, tüketileceği her besin maddesi için kapsamlı ve titiz bir satın alma süreci ile ilgilidir. Üçüncü aşama, sağlık açısından sorun oluşturmayan prosedür ve yöntemlerden oluşan bir hazırlama şekli için mutfağa gitmeyi içermektedir. Dördüncü aşama ise, ilk üç aşamanın uygulanması neticesinde oluşan memnuniyet, konfor veya suçluluk duygularına ilişkin bir aşamadır. Ortorektik

kişiler bu alışkanlıkları uygulayamadıklarında, kaygı ve suçluluk duygusu hissetmektedirler (69).

ON sorununun yaygın belirtileri aşağıda sıralanmıştır;

- Yiyeceklerin hazırlanması ile ilgili aşırı özen gösterme ve aşırı zaman harcama durumu

- Beslenme planına uyamadığında, bireyin suçluluk duygusu hissetmesi ve kendisinden nefret etmesi

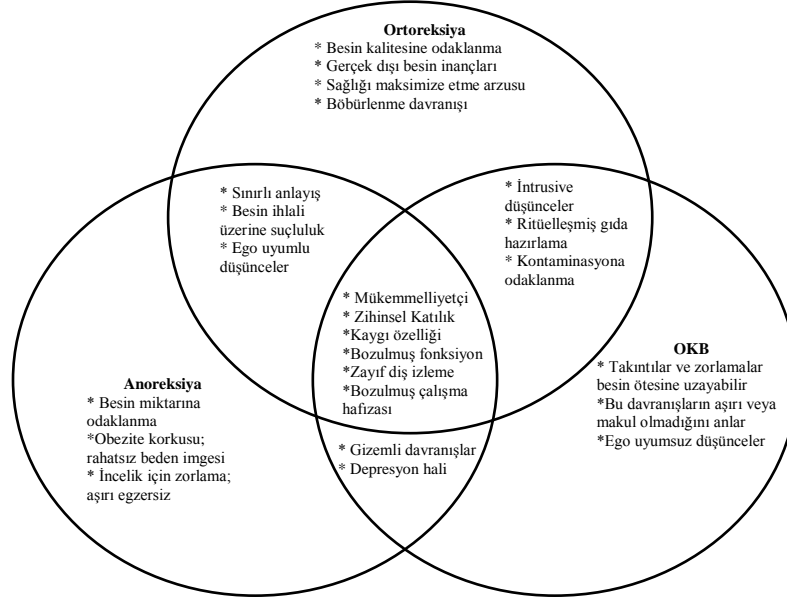
- Bireylerin normal yaşamlarından uzaklaşarak, sosyal ortamlardan kaçınması ve yalnız kalması (70).

2.5.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Ortoreksiya Nervoza

Ortoreksiya sağlıklı besin maddesi tüketimine yönelik bir eğilim, eşik altı bir bozukluk, bir tür obsesif-kompulsif bozukluktur (11). Obsesif kompulsif bozukluk (OKB); beden görünümüyle, bedensel hastalıkla, beden ağırlığıyla ilgili obsesif düşünce yada uğraşlar, tik bozukluğu, saç yolma, patolojik kumar oynama gibi stereotipik, törensel yada impulsif davranışlar ile seyrederken, uzun süre devamında kişilerin akademik, mesleki, sosyal ve aile işlevlerini olumsuz etkileyerek yeti kaybına yol açabilmektedir (71, 72).

Yeme bozuklukları ve obsesif-kompulsif bozukluklar arasındaki ilişkiyi irdeleyen Kaye, bu bozuklukların ne birbirlerinin bir formu olduğunu, ne de birbirlerinden tamamen farklı olduklarının söylenebileceğini belirtmiştir (73).

Milos ve ark.(74) yaptıkları bir çalışmada, obsesif kompulsif bozukluk ile yeme bozukluklarının süresi arasındaki ilişkiyi incelemiş ve arasında ilişki bulunduğunu saptamıştır.



Şekil 1. Ortoreksiya Nervoza, Anoreksiya Nervoza ve Obsesif Kompulsif Bozukluğun (OKB) özgün ve örtüşen özelliklerini gösteren venn şeması (75)

Uzman psikoterapist Kater (11), Bratman'ın (67) tanımladığı belirtileri gösteren bu sınıfa ait olabilecek hastaları olduğunu, bu bireylerin, diğer yeme bozukluğuyla mücadele eden bireylerle, mükemmeliyetçiliğe olan genetik yatkınlık ve kontrol gereksinimi gibi birtakım ortak davranışlar gösterebileceklerini saptamıştır (11).

Kater (11) araştırmasında mükemmel diyet arzusunda olan hastalarla bulimik veya anorektikler arasındaki en büyük farkın, bulimik veya anorektiklerin ağırlık kaybetme hırsları olduğunu belirtmiştir. Kater (11) Bratman'ın tanımladığı terimin tanı sınıflamasında kendine özgü sınıflandırılacağı konusunda şüpheleri olduğunu, eğer farklı bir sınıfa ait olması gereken bir bozukluk varsa bile, bunun tikanırcasına yeme bozukluğu olduğunu, ortoreksiya için tamamen farklı bir sınıflandırmanın gerekli olmadığını savunmaktadır.

Ortorektik bireyler için, diyet planları son derece önemlidir. Beslenme uzmanlarının verdiği diyet planı zaman zaman sağlıksız bir beslenme obsesyonuna yol açabilmektedir. Sağlıklı ve formda kalmak için yapılan sıkı bir diyet, malnütrisyona sonuçlanabilmektedir. Uygulanan diyet, çeşitlilik içermediği takdirde beden kolaylıkla vitamin, mineral ve besin öğeleri yetersizliği yaşayabilmektedir. Birçok diyet, sağlığın sürekliliğini sağlamak ve hastalığı önlemek amacıyla belirli veya tüm besin gruplarının alımını dışlamaktadır (11).

Ortorektik bireyler, mükemmelliğe ulaşma çabalarından ötürü diyetlerini giderek kısıtlama eğilimine girdiklerinden, özellikle beslenme yetersizlikleri riski taşıyan gruba girmektedirler. Bir bireyin uzun dönemde kontrollü bir diyet uygulaması sonucu olumsuz fiziksel ve fizyolojik sorunlar ortaya çıkaracağı da bir gerçektir(11).

2.5.5. Ortoreksiya Nervosa tanı kriterleri

Halen yeni bir terim olduğu için ON hakkında yeterince bilgi bulunmamaktadır. Dolayısıyla evrensel olarak kabul edilen bir tanımı ve geçerli bir teşhis kriteri bulunmamaktadır. Ortoreksiya için doğrulanmış yeterince tanı kriteri olmamasına rağmen önerilmiş bazı çalışmalar bulunmaktadır. Bratman ve Knight (67) ON'yi erken teşhis etmek için bazı kriterler geliştiren ilk bilim adamlarıdır. Bratman testi tamamen klinik ve doğrulanmamış bir ölçektir. 'Evet veya Hayır' şeklinde cevaplanan, Bratman's Orthorexia Test (BOT) olarak bilinen 10 madde içeren bir ölçektir. Daha sonra Donini ve ark. (16) Bratman'ın hazırladığı 10 soruluk ölçeği geliştirerek ORTO-15 adını verdikleri yeni bir ölçek geliştirmişlerdir. Günümüzde ORTO-15 ölçeği bu varsayımsal durumu teşhis etmek için birçok bilim adamı tarafından kullanılmaktadır (61).

ORTO-15, Ortoreksiya Nervosa'nın varlığını araştıran daha önce var olan Bratman Modeli kullanılarak elde edilen kendi kendine uygulanabilen bir ankettir. Bireylerin sağlıklı olduğunu düşündüğü besinleri seçme, satın alma, hazırlama ve tüketme davranışlarındaki obsesif tutumları inceleyen 15 tane çoktan seçmeli soru içeren maddelerden oluşur (76). Donini ve ark.(16) ortoreksiya nevroza tanısını geliştirmek ve İtalyan örnekleminde prevalansı incelemek üzere 525 katılımcı ile gerçekleştirdikleri çalışmada bireylerin hem besin seçimleri hem de obsesif kompulsif ve fobik özellikleri üzerinde inceleme yapılmıştır. Obsesif kompulsif ve fobik özelliklerin değerlendirilmesi amacıyla; Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) kullanılmıştır (13). Donini ve arkadaşları testin sonuçlarına göre bireyleri 4 grup altında incelemişlerdir;

1. Normal yeme alışkanlıkları ve MMPI
2. Normal yeme davranışı ve patolojik ve MMPI
3. 'Sağlıklı' yeme davranışı ve normal MMPI

4. ‘Sağlıklı’ yeme davranışının patolojik MMPI ile ilişkilendirildiği ortoreksiya (16).

Ancak; MMPI doğrudan obsesif kompulsif belirtileri tespit etmeyip genel olarak anksiyeteyi değerlendiren bir envanterdir (13).

Ortoreksiya nervozanın tespiti için kullanılan ORTO-15 ölçeğinde halen patolojik olan ve olmayan durumlarla ilgili çakışan önemli alanlar mevcuttur. Dolayısıyla bu ölçeğe dayanan teşhis bir miktar nonspesifiktir. ORTO-15 ölçeğinde, sağlıklı gıdalar, onların seçimi, tüketim alışkanlıkları ve besinlere verilen düşünce yüzdesi hakkındaki inançları kapsayan 15 madde yer almaktadır. Fakat ON için sıkı tanısal kriterler olmadığı için geçerliliği henüz kurulamamıştır. Bu yüzden ORTO-15’in modifiye edilmiş, Macar (ORTO-9 HU) ve Türk (ORTO-11) popülasyonlarına uyarlanmış versiyonları bulunmaktadır (61, 13).

2.5.6 Ortoreksiya Nervozaya tedavisi

Ortoreksiya Nervozaya’ nın arkasında yatan motivasyon çok yönlü olduğu için tedavisi zordur. Ortorektik insanlar takıntıları ile ilgili rotayı kesinleştirmeye gereksinimleri olduğu belirtilmektedir. İnsanlar sadece besinler konusunda değil, derinlemesine araştırıldığında derin duygusal konular dâhil olmak üzere birçok konuda saplantıya sahiptirler. Altta yatan konuları araştırmak normal beslenmeye geçişi kolaylaştırabilecektir (13).

Yaşanılan çevre ile birlikte çalışmak ve tüketilen besin çeşitliliğini ve miktarını artırmak için beslenme eğitimine odaklanmak, ortoreksiya'nın tedavisinde gerekli bileşenleri oluşturmaktadır ve bu süreçte; doktorlar, psikoterapistler ve diyetisyenler de dahil olmak üzere çok disiplinli bir ekip gerektirir (77, 78).

Ortoreksiya nervozalı birey yeme davranışıyla ilgili bir sorun yaşadığını tüketilen besin kalitesinin sağlığı belirleyen tek faktör olmadığını anlamalı ve saplantı haline gelmeden yemeyi öğrenmelidir (68).

Bazı durumlarda bilişsel seçici serotonin geri alım inhibitörleri (sertralin, fluoksetin ve paroksetin gibi) ile birlikte davranışsal terapi, ortoreksiya hastalarının tedavisinde faydalı olabilir. Yeme bozukluğu olan diğer hastalardan farklı olarak, ortoreksiyası olan insanlar, sağlığı ve bakımıyla ilgili endişelerinden dolayı tedaviye daha iyi yanıt vermeye eğilimlidirler (11).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Çalışmanın verileri, Adana ilinde hizmet veren özel bir hastanede çalışmakta olan personelin obezite önyargılarının ve ortorektik davranışlarının belirlenmesi amacıyla 01.06.2017-01.08.2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

Çalışmanın evreni, sağlık personeli (doktor, hemşire, sağlık teknisyeni, biyolog, diyetisyen, fizik tedavi uzmanı, eczacı) ve yardımcı personel olarak çalışan toplam 640 kişiden oluşmaktadır. Çalışmaya, 18-70 yaş aralığında 640 personel arasından gönüllü olarak katılmayı kabul eden, 319'u kadın ve 192'si erkek olmak üzere toplam 511 kişi katılmıştır.

Çalışma için Başkent Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından KA17/166 nolu ve 07.06.2017 tarihli "Etik Kurulu Onayı" alınmıştır (Ek-1).

3.2. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Çalışmada veriler, katılımcıların genel bilgileri, beslenme alışkanlıkları, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite düzeyleri, beden kütle indeksleri (BKİ), sağlıklı beslenme takıntıları (ORTO-11 Ölçeği) ve obezite önyargısına bakış açılarına (GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği) ilişkin bilgilerin yer aldığı anket formu ile yüzyüze görüşme yapılarak elde edilmiştir (Ek 2).

3.3. Anket Formu

Bu çalışmada anket formu, araştırmacı tarafından literatür ve benzer çalışmalardan yararlanılarak (13, 50, 66, 73, 79) oluşturulmuş olup, çalışmanın anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların, sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi), genel sağlık bilgileri (beslenme alışkanlıkları, sigara ve alkollü içecek kullanım durumları, beden kütle indeksleri (BKİ), fiziksel aktivite sıklığı ve son bir yıl içindeki zayıflama girişimleri) sorgulanmıştır. Anket formunda ayrıca, katılımcıların; sağlıklı olduğunu düşünme ve sağlıklı beslendiğini düşünme durumları, fiziksel görünümünü değerlendirme durumları ve obez bireylere karşı yaklaşımlarını değerlendiren bilgiler

yer almaktadır. İkinci bölümde ORTO-11 Ölçeğine ve üçüncü bölümde de GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeğine yer verilmiştir.

3.3.1. Ölçekler

3.3.3.1 ORTO-11 ölçeği

Ortoreksiya nervoza riskini ölçmek için kullanılan ORTO-11 ölçeği, Donini ve ark. (16) geliştirdiği ORTO-15 ölçeği, Arusoğlu ve ark. (13) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bireylerin sağlıklı olduğunu düşündüğü besinleri seçme, satın alma, hazırlama ve tüketme davranışlarındaki obsesif tutumları inceleyen ORTO-11 ölçeği, 11 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır. Bu çalışmada ORTO-11 ölçeği kesim noktası %25'lik dilime göre alınıp 23 olarak belirlenmiştir. Yirmi üç puan ve daha altında puan ortorektik eğilimi olduğunu, 23 puan üstü ise ortorektik eğilimi olmadığını göstermektedir. Bu çalışmada ORTO-11 ölçeği için cronbach-alfa güvenilirlik katsayısı 0,718 olarak bulunmuş olup tüm sorular için sonuçlar Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1. ORTO-11 ölçeği güvenilirlik analizi

ORTO-11	Cronbach's Alpha if Item Deleted
S1.Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?	0,690
S2.Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?	0,686
S3.Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?	0,705
S4.Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?	0,693
S5.Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?	0,700
S6.Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz oldu mu?	0,743
S7.Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanları tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?	0,683
S8.Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açısından)	0,695
S9.Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?	0,682
S10.Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hisseder misiniz?	0,685
S11.Piyasada sağlıksız besinlerinde satıldığını düşünür müsünüz?	0,714
Toplam Cronbach's Alpha Değeri	0,718

3.3.3.2. GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği

Ercan ve ark. (79) tarafından 2015 yılında geliştirilmiş olan GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği (OÖÖ), 5'li likert ölçeğinin kullanıldığı, 27 sorudan oluşan, obezite önyargısını değerlendiren bir ölçektir. Ölçeğin güvenilirlik analizlerinde cronbach-alfa güvenilirlik katsayısı 0,847 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği için cronbach-alfa güvenilirlik katsayısı 0,795 olarak bulunmuştur. Ölçek; “kesinlikle katılıyorum”, “katılıyorum”, “kararsızım”, “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde derecelendirilmiştir. Olumlu maddeler (2, 4, 7, 10, 11, 14, 15, 17, 20, 22, 25, 27) “kesinlikle katılıyorum” seçeneğinden başlamak üzere 5’den 1’e doğru; olumsuz maddeler (1, 3, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 16, 18, 19, 21, 23, 24, 26) ise “kesinlikle katılıyorum” seçeneğinden başlamak üzere 1’den 5’e doğru puanlanmaktadır. Toplamda 27 maddeden oluşan; “Obezite Önyargı Ölçeği”nden alınabilecek en düşük puan 27 ve en yüksek puan ise 135’dir. Ercan ve ark. (79) yaptıkları çalışmada GAMS 27-Obezite Önyargı Ölçeği (OÖÖ) değerlendirilmesi aşamasında ayırıcı puanları %25, %50 ve %75’lik dilimlere göre belirlemiş olup 68 puan ve altı önyargısız, 68,01-84,99 önyargıya eğilimli, 85 ve üzeri önyargılı olarak puanlanmışlardır.

Tablo 3.2. Obezite Önyargı Ölçek Puanının Değerlendirilmesi (79)

Ölçek Puan Sınıflandırması	Obezite Önyargı Durumu
68,00 puan ve altı (25. persentilin altı)	Önyargısız
68,01-84,99 (25.-75. persentil)	Önyargıya Eğilimli
85,00 puan ve üzeri (75. persentilin üstü)	Önyargılı

3.4. Verilerin Analizi

Araştırma sonunda elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra SPSS 18.0 İstatistik Paket Programı ile değerlendirilmiştir. Ölçümle elde edilen sürekli değişkenler (nicel değişkenler) için ortalama, standart sapma ($\pm SS$), alt ve üst değerleri verilmiştir. Kategorik değişkenler (nitel değişkenler) ise sayı (S) ve yüzde (%) olarak ifade edilmiştir.

Nitel değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Ki-kare Testi, nicel değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde de İki Yönlü Korelasyon Testi Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkelere ait parametrelerin karşılaştırmalarında Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde önemlilik düzeyi %95 güven aralığında $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Özellikleri

Çalışma; özel bir hastanede çalışan sağlık personeli ve yardımcı personeller arasından gönüllü olarak araştırmaya katılan 511 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1.'de verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $31,4 \pm 7,47$ yıl, erkeklerin yaş ortalaması ise $36,1 \pm 10,35$ yıldır. Kadın personelin %53,0'ü, erkek personelin ise %64,6'sı evlidir. Araştırmaya katılanların %62,4'ünü (s=319) kadın çalışan, geri kalan %37,6'sını (s=192) erkek çalışanlar oluşturmaktadır. Kadın çalışanların %53,3'ünü sağlık personeli, %46,7'sini de yardımcı personel oluşturmaktadır. Erkek çalışanların ise %40,6'sını sağlık personeli, %59,4'ünü yardımcı personel oluşturmaktadır. Kadın personelin %8,2'sini doktorlar, %33,9'unu hemşireler, %11,3'ünü ise sağlık teknisyenleri oluştururken, erkek çalışanların %18,8'ini doktorlar, %24,5'ini APLUS personeli (temizlik personeli, aşçı, garson), %13,5'ini sağlık teknisyenleri oluşturmaktadır. Ortalama çalışma süreleri, kadın çalışanlar için $7,4 \pm 6,55$ yıl, erkek çalışanlar için ise $9,8 \pm 9,62$ yıldır. Kadınların %57,1'inin, erkeklerin ise %48,8'inin gelirleri giderlerinden daha azdır.

Tablo 4.1. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek durumu, çalışma süresi ve gelir durumu dağılımları

Demografik Özellikler	Cinsiyet				Toplam (s=511)	
	Kadın (s=319)		Erkek (s=192)			
	s	%	s	%	s	%
Yaş						
18-24	67	21,0	23	12,0	90	17,6
25-34	151	47,3	64	33,3	215	42,1
35-44	83	26,0	70	36,5	153	29,9
45 ve üzeri	18	5,6	35	18,3	53	10,3
Yaş Ort. (yıl) $\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$ [En az-En Çok]		$\bar{x} \pm ss$ [En az-En Çok]		$\bar{x} \pm ss$ [En az-En Çok]	
	31,4±7,47 [18-55]		36,1±10,35 [18-72]		33,2±8,96 [18-72]	
Medeni Durum						
Evli	169	53,0	124	64,6	293	57,3
Bekar	150	47,0	68	35,4	218	42,6
Eğitim Durumu						
İlkokul mezunu	11	3,4	6	3,1	17	3,3
Ortaokul mezunu	15	4,7	16	8,3	31	6,1
Lise ve dengi mezunu	91	28,5	72	37,5	163	31,9
Yüksekokul-üniversite mezunu	175	54,9	65	33,9	240	47,0
Yüksek lisans/doktora mezunu	27	8,5	33	17,2	60	11,7
Personel Dağılımı						
Sağlık Personeli	170	53,3	78	40,6	248	48,5
Sağlık Personeli Olmayan	149	46,7	114	59,4	263	51,5
Meslek						
Hemşire	108	33,9	16	8,3	124	24,3
APLUS Personeli ^a	50	15,7	47	24,5	97	19,0
Sağlık Teknisyeni	36	11,3	26	13,5	62	12,1
Doktor	26	8,2	36	18,8	62	12,1
Hasta Hizmetleri	61	19,1	18	9,4	79	15,5
Teknik Hizmetler	3	0,9	17	8,9	20	3,9
Biyolog	7	2,2	1	0,5	8	1,6
Güvenlik Görevlisi	-	-	7	3,6	7	1,4
Diyetisyen	1	0,3	-	-	1	0,3
Diğer ^b	27	8,5	24	12,5	51	9,9
Çalışma Süresi						
0-5	156	48,9	84	43,8	240	47,0
6-10	86	27,0	49	25,5	135	26,4
11-15	42	13,2	24	12,5	66	12,9
16-20	22	6,9	13	6,8	35	6,8
21-25	7	2,2	6	3,1	13	2,5
26+	6	1,9	16	8,3	22	4,3
Çalışma Süresi (yıl) $\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$ [En az-En Çok]		$\bar{x} \pm ss$ [En az-En Çok]		$\bar{x} \pm ss$ [En az-En Çok]	
	7,4±6,55 [0,1-37]		9,8±9,62 [0-49]		8,3±7,92 [0-49]	
Gelir Durumu						
Gelirim Giderimden Az	182	57,1	93	48,4	275	53,8
Gelirim Giderime Eşit	105	32,9	57	29,7	162	31,7
Gelirim Giderimden Fazla	32	10,0	42	21,9	74	14,5

^aAPLUS Personeli: Temizlik personeli, aşçı, garson

^bDiğer: insan kaynakları, destek hizmetleri, mali işler, lojistik, yardımcı personel, santral, kurumsal iletişim, pazarlama, yardımcı personel

Tablo 4.2’de araştırmaya katılanların BKİ ile ilgili veriler yer almaktadır. Buna göre çalışmaya katılan kadınların BKİ ortalamaları $23,5\pm 3,97$ kg/m^2 , erkeklerin ise $26,0\pm 3,11$ kg/m^2 olup kadınlarla erkeklerin BKİ ortalamaları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0,001$). BKİ gruplarına göre değerlendirildiklerinde kadınların %4,4’ zayıf, %67,7’si normal, %20,4’ kilolu ve %7,5’i obezdir. Erkeklerin %0,5’i zayıf, %38,0’i normal, %50,0’i kilolu ve %11,5’i obezdir.

Tablo 4.2. Katılımcıların cinsiyete göre BKİ dağılımları ve ortalamaları

BKİ	Cinsiyet						p
	Kadın (s=319)		Erkek (s=192)		Toplam (s=511)		
	s	%	s	%	s	%	
BKİ Grupları (kg/m^2)							
Zayıf	14	4,4	1	0,5	15	2,9	<0,001***
Normal	216	67,7	73	38,0	289	56,6	
Kilolu	65	20,4	96	50,0	161	31,5	
Obez	24	7,5	22	11,5	46	9,0	
BKİ (kg/m^2)$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		$\bar{x}\pm ss$		$\bar{x}\pm ss$		
	23,5 \pm 3,97		26,0 \pm 3,11		24,4 \pm 3,87		<0,001***
BKİ (kg/m^2)	En az-En ok		En az-En ok		En az-En ok		
	15,3-46,9		17,5-36,2		15,3-46,9		
BKİ (kg/m^2)	Ortanca		Ortanca		Ortanca		
	22,7		25,9		24,1		

*** $p<0,001$. –Ki-Kare analizi

Katılımcıların fiziksel görünümleri ve sağlıklı olmaları hakkındaki düşünceleri Tablo 4.3’te verilmiştir. Kadın personelin %11,0’i kendini zayıf olarak görürken, %59,6’sı normal, %25,7’si hafif şişman, %3,8’i şişman olarak görmektedir. Erkeklerde ise bu sıklıklar %9,9’u zayıf, %64,6’sı normal, %21,9’u hafif şişman ve %3,7’si şişman şeklinedir. Kadın alışanların %75,2’si, erkek çalışanların ise %86,5’i sağlıklı olduklarını düşünmektedirler. Kadınlarla erkeklerin sağlıklı olduğunu düşünme durumları istatistiksel olarak farklı bulunmuş olup, erkekler kadınlara göre kendilerinin daha sağlıklı olduklarını düşünmektedir ($p<0,01$). Kadın alışanların %8,8’i, erkek çalışanların ise %9,9’u obez bireylere karşı önyargılı davrandıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.3. Katılımcıların cinsiyete göre kendi sağlık durumları ile beden görünümlerini değerlendirme dağılımı

	Cinsiyet				Toplam (s=511)		p
	Kadın (s=319)		Erkek (s=192)				
Kendi fiziksel görünümünü değerlendirme	s	%	s	%	s	%	
Fiziksel görünümünü değerlendirme durumu							
Zayıf	35	11,0	19	9,9	54	10,6	0,717
Normal	190	59,6	124	64,6	314	61,4	
Kilolu	82	25,7	42	21,9	124	24,3	
Obez	12	3,7	7	3,6	19	3,7	
Kendi beyanına göre sağlıklı olduğunu düşünme durumu							
Sağlıklı	240	75,2	166	86,5	406	79,5	0,002**
Sağlıksız	79	24,8	26	13,5	105	20,5	
Obez (şişman) bireylere karşı yaklaşım durumu							
Önyargılıyım	28	8,8	19	9,9	47	9,2	0,472
Önyargısızım	225	70,5	126	65,6	351	68,7	
Kararsızım	66	20,7	47	24,5	113	22,1	

**p<0,01. –Ki-Kare analizi.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre fiziksel görünümleri ve BKİ durumları arasındaki dağılımları Tablo 4.4'te verilmiştir. Kadın katılımcılardan kendini zayıf görenlerin %80,0'ı BKİ değerine göre normal, kendini normal görenlerin %12,6'sı kilolu, kendini hafif şişman olarak değerlendirenlerin %37,8'i normal ve %12,2'si ise obez, kendini obez olarak değerlendiren kadınların tamamının da obez olduğu saptanmıştır. Erkek katılımcılardan kendini zayıf gören %73,7'sinin BKİ değerine göre normal, kendini normal görenlerin %52,4'ü kilolu, kendini hafif şişman olarak değerlendirenlerin %11,9'u normal ve %26,2'si ise obez, kendini obez olarak değerlendiren erkeklerin ise %85,7'sinin BKİ değerlerine göre obez olduğu saptanmıştır. Hem kadın hemde erkek katılımcıların kendi fiziksel durumunu değerlendirmesi ile BKİ durumlarına göre fiziksel durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki elde edilmiştir (p<0,001). Bu sonuçlara göre kadınlar BKİ durumlarına göre kendilerini fiziksel olarak olduklarından daha şişman görürken, erkekler katılımcılar bu durumun tam tersini düşünmektedirler.

Tablo 4.4. Katılımcıların cinsiyet, kendi fiziksel görünüşleri ve BKİ gruplarına göre dağılımları

Fiziksel görünüşünü değerlendirme durumu	BKİ Gruplar										p
	Zayıf (s=15)		Normal (s=289)		Kilolu (s=161)		Obez (s=46)		Toplam (s=511)		
	s	%	s	%	s	%	s	%	s	%	
Kadın	Zayıf	7	20,0	28	80,0	-	-	-	-	35	100,0
	Normal	7	3,7	157	82,6	24	12,6	2	1,1	190	100,0
	Kilolu	-	-	31	37,8	41	50,0	10	12,2	82	100,0
	Obez	-	-	-	-	-	-	12	100,0	12	100,0
	Toplam	14	4,4	216	67,7	65	20,4	24	7,5	319	100,0
Erkek	Zayıf	1	5,3	14	73,7	4	21,1	-	-	19	100,0
	Normal	-	-	54	43,5	65	52,4	5	4,0	124	100,0
	Kilolu	-	-	5	11,9	26	61,9	11	26,2	42	100,0
	Obez	-	-	-	-	1	14,3	6	85,7	7	100,0
	Toplam	1	0,5	73	38,0	96	50,0	22	11,5	192	100,0
Toplam	Zayıf	8	14,8	42	77,8	4	7,4	-	-	54	100,0
	Normal	7	2,2	211	67,2	89	28,3	7	2,2	314	100,0
	Kilolu	-	-	36	29,0	67	54,0	21	16,9	124	100,0
	Obez	-	-	-	-	1	5,3	18	94,7	19	100,0
	Toplam	15	2,9	289	56,6	161	31,5	46	9,0	511	100,0

***p<0,001 -Ki-Kare Analizi

4.2. Katılımcıların Yaşam Tarzı Bilgileri

Tablo 4.5.'de katılımcıların beslenme alışkanlıkları değerlendirildiğinde; kadın çalışanların %44,5'i, erkek çalışanların ise %44,3'ü sağlıklı bir şekilde beslendiklerini düşünürken, kadınların %26,5'i, erkeklerin ise %33,2'si öğün atlamaktadırlar. Kadınlarda üçüncü öğünle beslenenlerin sıklıkları %67,7 iken, erkeklerde bu sıklık %59,9'dur. Üç ve üzeri ara öğünle beslenenlerin sıklıkları ise kadınlarda %11,0, erkeklerde %4,7'dir. Hiç ara öğün yapmayanların sıklıkları kadınlarda %35,4, erkeklerde ise %52,6'dır. Kadınlarla erkek katılımcılar açısından ara öğün tüketme bakımından istatistiksel olarak ilişki bulunmuş olup, kadınlar genellikle daha sık ara öğün tüketirken, erkek katılımcılar beklenenden daha az ara öğün tüketmektedirler (p<0,001).

Tablo 4.5. Katılımcıların cinsiyete göre beslenme alışkanlıkları

Beslenme alışkanlıkları	Kadın (s=319)		Erkek (s=192)		Toplam (s=511)		p
	s	%	s	%	s	%	
Sağlıklı bir şekilde beslendiğini düşünme tutumu							
Evvet	142	44,5	85	44,3	227	44,4	0,181
Hayır	144	45,1	77	40,1	221	43,2	
Fikrim Yok	33	10,3	30	15,6	63	12,3	
Öğün atlama davranışı							
Atlıyor	84	26,5	63	33,2	147	29,0	0,131
Bazen	189	59,6	96	50,5	285	56,2	
Atlamıyor	44	13,9	31	16,3	75	14,8	
Tüketilen ana öğün (Günlük)							
1	10	3,1	11	5,7	21	4,1	0,126
2	93	29,2	66	34,4	159	31,1	
3	216	67,7	115	59,9	331	64,8	
Tüketilen ara öğün (Günlük)							
Hiç	113	35,4	101	52,6	214	41,9	<0,001***
1	70	21,9	42	21,9	112	21,9	
2	101	31,7	40	20,8	141	27,6	
3 ve üzeri	35	11,0	9	4,7	44	8,6	

***p<0,001. –Ki-Kare analizi.

Tablo 4.6.'da katılımcıların sigara ve alkol tüketimleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadın çalışanların %27,0'si sigara içmektedir. Erkek çalışanların ise %37,9'u sigara içmektedir. Kadınların günde içtikleri ortalama sigara sayıları $8,3 \pm 5,40$ adet iken erkeklerin günde içtikleri ortalama sigara sayıları $11,0 \pm 6,92$ adettir. Alkol tüketenlerin sıklıkları ise kadın çalışanlarda %37,1, erkek çalışanlarda %46,4'tür. Kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha az sıklıkta sigara kullandığı ($p < 0,001$) ve sigara kullananların kadın katılımcıların erkeklere göre günlük daha az sayıda sigara (adet) kullandıkları görülmektedir ($p < 0,05$). Benzer şekilde alkol tüketim sıklığında da kadın katılımcılar erkek katılımcılara kıyasla daha az sıklıkta alkol tüketmektedir ($p < 0,05$).

Tablo 4.6. Katılımcıların cinsiyete göre yaşam tarzı alışkanlıkları

Yaşam Tarzı/Alışkanlıklar	Kadın (s=319)		Erkek (s=192)		Toplam (s=511)		p
	s	%	s	%	s	%	
Cinsiyet							
Sigara kullanımı							
İçiyor	86	27,0	72	37,9	158	31,1	
İçmiyor	225	70,8	106	55,8	331	65,2	0,001***
Bırakmış	7	2,2	12	6,3	19	3,7	
	$\bar{x}\pm ss$		$\bar{x}\pm ss$		$\bar{x}\pm ss$		
Günlük sigara tüketimi (Adet)	8,3±5,40		11,0±6,92		9,5±6,27		0,010*
	$\bar{x}\pm ss$		$\bar{x}\pm ss$		$\bar{x}\pm ss$		
Sigara kullanım süresi (Yıl)	2,4±2,40		2,33±2,68		2,4±2,532		0,450
Alkollü içecek kullanımı							
Alkollü içecek tüketiyor	118	37,1	89	46,4	207	40,6	
Alkollü içecek tüketmiyor	200	62,9	103	53,6	303	59,4	0,039*
Alkollü içecek tüketim sıklığı							
Her gün düzenli olarak	1	,8	1	1,1	2	1,0	
Haftada birkaç kez	14	11,6	18	20,5	32	15,3	
Ayda birkaç kez	41	33,9	30	34,1	71	34,0	
Sadece Özel günlerde	65	53,7	39	44,3	104	49,8	0,310

*P<0,05, ***p<0,001.-Mann Whitney U test. -Ki-Kare analizi

Katılımcıların egzersiz alışkanlıkları Tablo 4.7’de yer almaktadır. Düzenli egzersiz yapan kadın çalışanların sıklıkları %10,4, erkeklerin ise %20,4’tür. Yürüyüş yapan kadınların %10,2’si haftanın her günü, %22,4’ü haftanın 5-6 günü, %34,7’si haftanın 3-4 günü, %32,7’si haftanın 1-2 günü, erkeklerin ise %13,7’si haftanın her günü, %23,5’i haftanın 5-6 günü, %37,3’ü haftanın 3-4 günü, %25,5’i haftanın 1-2 günü yürüdüklerini belirtmişlerdir. Yürüyüşten sonra en çok yapılan egzersiz türü fitness olup, kadınların %2,8’i, erkeklerin %9,9’u haftanın her günü olmasa da çeşitli günlerinde fitness yapmaktadır. Katılımcıların cinsiyete göre egzersiz alışkanlıkları incelendiğinde erkek katılımcıların daha düzenli spor yaptığı, kadın katılımcılarda ise erkeklere göre düzenli spor yapanların sayısının daha az olduğu sonucu elde edilmiştir (p<0,01).

Tablo 4.7. Katılımcıların cinsiyete göre egzersiz alışkanlıkları

		Cinsiyet				p		
		Kadın (s=319)		Erkek (s=192)			Toplam (s=511)	
Egzersiz Yapma		s	%	s	%	s	%	
Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?	Yapıyor	66	20,7	85	44,3	151	29,5	0,002**
	Yapmıyor	253	79,3	107	55,7	360	70,5	
Yüzme		(s=3)	%	(s=2)	%	(s=5)	%	
	Her gün	-	-	1	50,0	1	20,0	0,082
	5-6 gün	-	-	-	-	-	-	
	3-4 gün	-	-	1	50,0	1	20,0	
	1-2 gün	3	100,0	-	-	3	60,0	
Fitness		(s=9)	%	(s=19)	%	(s=28)	%	
	Her gün	-	-	-	-	-	-	0,539
	5-6 gün	-	-	2	10,5	2	7,1	
	3-4 gün	5	55,6	11	57,9	16	57,1	
	1-2 gün	4	44,4	6	31,6	10	35,7	
Yürüyüş		(s=49)	%	(s=51)	%	(s=100)	%	
	Her gün	5	10,2	7	13,7	12	12,0	0,839
	5-6 gün	11	22,4	12	23,5	23	23,0	
	3-4 gün	17	34,7	19	37,3	36	36,0	
	1-2 gün	16	32,7	13	25,5	29	29,0	
Diğer ^c		(s=5)	%	(s=13)	%	(s=20)	%	
	Her gün	-	-	-	-	-	-	0,338
	5-6 gün	-	-	1	7,7	1	5,0	
	3-4 gün	-	-	4	30,8	4	20,0	
	1-2 gün	7	100,0	8	61,5	15	75,0	

**p<0,01 ^c Diğer: Koşu, Tenis

Tablo 4.8’de araştırmaya katılanların egzersizlere ayırdıkları zaman dilimleri verilmiştir. Tablo 4.8’e bakıldığında kadın çalışanların yürüyüş için ayırdıkları zaman dilimleri 20dk ile 180 dk. arasında olup ortalama 55,5±30,09 dakikadır. Erkek çalışanların ise yürüyüş için ayırdıkları zaman dilimleri 15 dk. ile 180 dk. arasında olup ortalama 61,2±33,28 dakikadır. Fitness için ayrılan zaman dilimi ise kadınlarda 20 dk. ile 120 dk. arasında olup ortalama 65,0±32,02 dakikadır. Erkek çalışanların fitness egzersizine ayırdıkları zaman dilimleri ise 30 dk. ile 120 dk. arasında olup ortalama 70,9±29,17 dakikadır.

Tablo 4.8. Katılımcıların cinsiyete göre egzersize ayırdıkları zaman dilimi (dk.)

Yapılan Egzersiz Türü	Cinsiyet									P
	Kadın			Erkek			Toplam			
	$\bar{x}\pm ss$	En az	En Çok	$\bar{x}\pm ss$	En az	En Çok	$\bar{x}\pm ss$	En az	En Çok	
Yüzme	73,8±71,11	30	180	50,7±32,46	30	120	59,1±47,79	30	180	0,627
Yürüyüş	55,5±30,09	20	180	61,2±33,28	15	180	58,5±31,72	20	180	0,294
Fitness	65,0±32,02	20	120	70,9±29,17	30	120	69,2±29,44	20	120	0,667
Diğer ^c	51,0±41,89	20	120	56,6±36,18	30	140	55,2±36,59	20	140	0,200

^cDiğer: Koşu, Tenis –Man Whitney U test

Katılımcıların son bir yıl içindeki zayıflama yöntemleri Tablo 4.9’da verilmiştir. Çalışmaya katılan kadın personelin %45,5’i, erkek personelin ise %34,4’ü son bir yıl içinde zayıflama yöntemlerinden en az birisine başvurmuştur. Son bir yıl içinde kadın çalışanların %21,3’ü diyet, %6,9’u egzersiz ve %11,3’ü hem diyet hem egzersiz girişiminde bulunurken, son bir yıl içinde erkek çalışanların %18,8’i diyet %7,3’ü egzersiz ve %5,7’si hem diyet hem egzersiz yaparak zayıflama girişiminde bulunmuşlardır.

Tablo 4.9. Katılımcıların cinsiyete göre son bir yıl içindeki zayıflama yöntemi

Zayıflama Yöntemi	Cinsiyet						p
	Kadın (s=319)		Erkek (s=192)		Toplam (s=511)		
	s	%	s	%	s	%	
Girişimde bulunmayan	174	54,5	126	65,6	300	58,7	0,280
Diyet	68	21,3	36	18,8	104	20,4	
Diyet ve Egzersiz	36	11,3	11	5,7	47	9,2	
Egzersiz	22	6,9	14	7,3	36	7,0	
Bitkisel Destek	6	1,9	2	1,0	8	1,6	
Diyet, Egzersiz ve Bitkisel Destek	5	1,6	2	1,0	7	1,4	
Diğer ^d	8	2,5	1	0,5	9	1,8	
Toplam	319	100,0	192	100,0	511	100,0	

^dDiğer: İlaç, Diyet, Egzersiz, Bitkisel Destek, Diüretik Kullanımı yöntemlerinden birkaçına aynı anda başvuru –Ki-Kare Analizi

4.3.GAMS 27-Obezite Önyargı Ölçeği Değerlendirmesi

Katılımcıların cinsiyetlerine göre GAMS-27-Obezite Önyargı Ölçeği(OÖÖ) puan dağılımları ve ortalama puanları sağlık personeli olup olmamam durumlarına göre Tablo 4.10’da verilmiştir. Tablo 4.10’da verilen katılımcıların sağlık personeli olma ve cinsiyetlerine göre OÖÖ puan dağılımları incelendiğinde sağlık personeli olan ve sağlık personeli olmayan her iki grupta da kadınlarla erkekler arasında OÖÖ ölçeği bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 4.10. Katılımcıların cinsiyete göre OÖÖ Puan Dağılımı

OÖÖ Puanı	Cinsiyet						p	
	Kadın (s=319)		Erkek (s=192)		Toplam (s=511)			
	%	%	%	%	%	%		
Sağlık Personeli	Önyargısız (≤68)	52	30,6	19	24,4	71	28,6	0,291
	Önyargıya eğilimli (68,01-84,99)	97	57,1	44	56,4	141	56,9	
	Önyargılı (≥85)	21	12,3	15	19,2	36	14,5	
Sağlık Personeli olmayan	Önyargısız (≤68)	54	36,2	39	34,2	93	35,4	0,790
	Önyargıya eğilimli (68,01-84,99)	82	55,0	67	58,8	149	56,7	
	Önyargılı (≥85)	13	8,7	8	7,0	21	8,0	

Ki-Kare Analizi

Tablo 4.11’de, katılımcıların kendi beyanlarına göre ve OÖÖ puanlarına göre dağılımları incelenmiştir. Katılımcıların kendi beyanlarına göre obeziteye bakış açıları ile OÖÖ ölçeğine verdikleri cevaplardan elde edilen puanları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,01$).

Tablo 4.11. Katılımcıların kendi beyanlarına göre ve OÖÖ Puanlarına göre obeziteye bakış açıları dağılımı

Kendi beyanlarına göre obezite önyargısı	Önyargılı (≥ 85)		Önyargıya eğilimli (68,01-84,99)		Önyargısız (≤ 68)		p
	(s=57)	%	(s=289)	%	(s=164)	%	
Önyargılı	3	5,3	17	5,9	27	16,5	<0,01**
Kararsız	6	10,5	72	24,9	34	20,7	
Önyargısız	48	84,2	200	69,2	103	62,8	

** $p<0,01$, Ki-kare Analizi

Tablo 4.12.’de araştırmaya katılan kadın ve erkek katılımcıların yaş, medeni durum, meslek durumu, eğitim durumları, gelir durumları ve çalışma sürelerine göre OÖÖ puanları karşılaştırılmıştır. Çalışmaya katılan kadınlarda sağlık personeli olan ve sağlık personeli olmayan grubun OÖÖ puanları sırasıyla $73,3\pm 10,66$ ve $72,8\pm 10,84$ ’dür ($p>0,05$). Erkek çalışanlar için puanlar ise sırasıyla $76,0\pm 12,76$ ve $71,8\pm 9,78$ olup sağlık personeli olarak çalışan erkeklerin obeziteye karşı daha önyargılı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kadın çalışanlarda meslekler bakımından obeziteye bakış açıları farklı bulunmuş olup, teknik hizmetlerde çalışan kadınların OÖÖ puanı $63,3\pm 5,86$ ile en düşük, doktor olarak çalışan kadınların OÖÖ puanı ise $78,4\pm 11,85$ ile en yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Medeni durumlarına göre kadın çalışanların OÖÖ puanları değerlendirildiğinde evli, bekâr ve boşanmış/dul olanlarda ortalamalar sırasıyla $72,9\pm 9,82$, $73,1\pm 10,78$ ve $74,4\pm 18,16$ ’dır ($p>0,05$). Medeni durumlara göre erkek çalışanların OÖÖ puanları değerlendirildiğinde evli, bekâr ve boşanmış/dul olanlarda ortalamalar sırasıyla $72,9\pm 10,69$, $74,2\pm 12,25$ ve $81,8\pm 9,64$ ’dür ($p>0,05$). Kadın çalışanlar ve erkek çalışanlar açısından eğitim durumları ve çalışma süreleri bakımından OÖÖ puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmamıştır ($p>0,05$). Gelir durumlarına göre bakıldığında kadın çalışanların OÖÖ puanları sırasıyla $72,5\pm 11,06$, $73,8\pm 10,26$, $73,8\pm 10,51$ ’dir ve gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Erkek çalışanlarda gelir durumu bakımından ise OÖÖ puanları sırasıyla

71,2±12,11, 76,5±9,10 ve 74,4±11,10 olup gelir durumu ile OÖÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). Bu bulguya göre geliri giderine eşit olan erkeklerin obeziteye karşı daha önyargı eğilimli oldukları saptanmıştır.

Tablo 4.12. Kadın ve erkek çalışanlar açısından yaş, medeni durum, meslek durumu, eğitim durumları, gelir durumları ve çalışma sürelerine göre OÖÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Demografik Özellikler		Cinsiyet				Toplam (s=511)
		OÖÖ puanları				
		Kadın (s=319)		Erkek (s=192)		
		\bar{x} ±ss	p	\bar{x} ±ss	p	
Yaş	18-24	73,7±10,03	0,652	76,6±15,69	0,214	74,8±12,51
	25-34	72,4±9,79		72,9±9,09		72,6±9,53
	35-44	73,6±13,01		71,9±10,90		72,9±12,24
	45 ve üzeri	73,6±9,73		75,7±11,84		74,9±11,21
Medeni Durum	Evli	72,9±9,82	0,908	72,9±10,69	0,506	72,9±10,16
	Bekar	73,2±11,71		74,6±12,36		73,7±11,96
Meslek Grup	Sağlık Personeli	73,3±10,66	0,364	76,0±12,76	0,009*	74,3±11,51
	Sağlık Personeli Olmayan	72,8±10,84		71,8±9,78		72,4±10,45
Meslek	Doktor	78,4±11,85	0,038*	75,9±11,00	0,120	77,4±11,53
	Hemşire	72,7±9,49		73,1±13,31		72,9±11,11
	Diyetisyen	78,00		-		78,00
	Sağlık Teknisyeni	71,6±12,25		78,0±14,64		74,1±13,22
	APLUS Personeli	73,6±11,27		72,0±9,10		73,0±10,49
	Hasta Hizmetleri	72,9±11,98		69,5±9,33		71,6±11,04
	Teknik Hizmetler	63,3±5,86		75,5±12,21		68,0±8,85
	Biyolog	77,4±5,22		74,0±11,25		76,1±8,08
	Güvenlik Görevlisi	-		67,6±10,75		67,6±10,75
	Diğer	70,5±8,10		71,7±9,29		71,1±8,61
Eğitim Durumu	Okur-yazar	-	0,606	95,0±9,52	0,113	95,0±9,52
	İlkokul mezunu	70,9±11,56		77,0±9,14		73,2±10,70
	Ortaokul mezunu	73,9±11,89		71,9±9,42		73,1±11,01
	Lise ve dengi mezunu	72,7±11,67		72,9±13,09		72,8±12,23
	Yüksekokul-üniversite mezunu	73,0±10,52		72,4±9,04		72,8±9,98
	Yüksek lisans/doktora mezunu	75,1±7,84		76,8±11,30		75,8±9,32
Gelir Durumu	Gelirim Giderimden Az	72,5±11,06	0,309	71,2±12,11	0,004*	72,0±11,47
	Gelirim Giderime Eşit	73,8±10,26		76,5±9,10		74,8±9,83
	Gelirim Giderimden Fazla	73,8±10,51		74,4±11,10		74,0±10,74
Çalışma Süreleri	0-5	72,4±9,38	0,151	72,6±9,38	0,675	72,5±9,38
	6-10	71,2±10,33		75,0±13,58		72,7±11,68
	11-15	76,1±14,46		74,2±8,95		75,4±12,64
	16-20	77,4±12,64		71,2±15,67		75,0±13,88
	21-25	75,6±7,76		79,3±8,91		77,0±8,22
	26+	76,3±8,59		72,4±12,69		74,8±10,35

*p<0,05, Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis H Test

Tablo 4.13.'de kadın ve erkek çalışanlar açısından sigara kullanım, düzenli spor yapma, sağlıklı olduğunu düşünme, BKİ grup ve fiziksel görünüm özelliklere göre OÖÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre sigara içme durumuna göre kadın çalışanların OÖÖ puanları değerlendirildiğinde sigara içen, içmeyen ve sigarayı bırakanlarda ortalamalar sırasıyla $72,3 \pm 10,07$, $73,1 \pm 10,60$ ve $80,3 \pm 19,70$ 'dir ($p > 0,05$). Erkek çalışanlar için puanları ise sırasıyla $74,2 \pm 12,42$, $72,5 \pm 10,71$ ve $76,7 \pm 8,72$ 'dir ($p > 0,05$). Çalışmaya katılan kadınlarda düzenli olarak egzersiz yapan ve yapmayan grubun OÖÖ puanları sırasıyla $74,4 \pm 8,76$ ve $72,9 \pm 10,96$ 'dır ($p > 0,05$). Erkek çalışanlarda ise düzenli olarak egzersiz yapan ve yapmayan grubun OÖÖ puanları sırasıyla $72,0 \pm 10,46$ ve $73,9 \pm 11,47$ 'dir ($p > 0,05$). Sağlıklı beslendiğini düşünen ve düşünmeyen kadınların OÖÖ puanları sırasıyla $72,9 \pm 11,66$ ve $73,0 \pm 9,72$ 'dir ($p > 0,05$). Erkek çalışanlar için puanlar ise sırasıyla $74,0 \pm 12,40$ ve $71,9 \pm 10,82$ 'dir ($p > 0,05$). Son bir yıl içerisinde zayıflama girişiminde bulunan ve bulunmayan kadınların OÖÖ puanları sırasıyla $72,8 \pm 10,33$ ve $73,3 \pm 11,08$ 'dir ($p > 0,05$). Erkek çalışanlar için puanlar ise sırasıyla $73,1 \pm 13,18$ ve $73,9 \pm 10,24$ 'dir ($p > 0,05$). Obez bireylere karşı önyargılı olduğunu beyan eden kadın katılımcıların OÖÖ puanları $67,5 \pm 10,48$, önyargılı olmadığını beyan eden kadın katılımcılara göre ($73,9 \pm 11,35$) daha düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu bulgular değerlendirildiğinde önyargısız olduğu beyan eden kadın katılımcıların önyargılı olduğunu beyan eden kadın katılımcılardan daha önyargılı oldukları saptanmıştır ($p < 0,05$). Erkeklerde ise obez bireylere önyargılı olma açısından OÖÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.13. Kadın ve erkek çalışanlar açısından sigara kullanım, düzenli spor yapma, sağlıklı olduğunu düşünme, BKİ grup, fiziksel görünüm özelliklere göre OÖÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Cinsiyet				
		OÖÖ puanları				
		Kadın (s=319)		Erkek (s=192)		Toplam (s=511)
		$\bar{x}\pm ss$	p	$\bar{x}\pm ss$	p	
Sigara Kullanımı	İçiyor	72,3±10,07		74,2±12,42		73,0±11,03
	İçmiyor	73,1±10,60	0,526	72,5±10,71	0,608	72,9±10,64
	Bırakmış	80,3±19,70		76,7±8,72		78,9±16,39
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Yapıyor	74,4±8,76	0,220	72,0±10,46	0,263	73,5±9,45
	Yapmıyor	72,9±10,96		73,9±11,47		73,3±11,16
Sağlıklı Olduğunu Düşünme Durumu	Düşünüyor	72,7±10,72	0,279	73,6±11,42	0,886	73,0±10,99
	Düşünmüyor	74,3±10,74		72,8±10,29		73,7±10,57
Sağlıklı Beslendiğini Düşünme Durumu	Düşünüyor	72,9±11,66	0,916	74,0±12,40	0,271	72,9±11,66
	Düşünmüyor	73,0±9,72		71,9±10,82		73,0±9,72
Son Bir Yıl İçerisinde Zayıflama Girişiminde Bulunma Durumu	Bulunmuş	72,8±10,33	0,675	73,1±13,18	0,644	72,8±10,33
	Bulunmamış	73,3±11,08		73,9±10,24		73,3±11,08
BKİ Grupları	Zayıf	70,7±10,59	0,528	71,5±10,24	0,872	71,0±10,46
	Normal	72,7±7,94		78,0±9,90		74,7±8,74
	Kilolu	73,6±11,18		74,5±12,80		73,9±11,83
	Obez	72,3±9,77		73,0±10,19		72,6±9,93
Kendi Fiziksel Görünümünü Değerlendirme Durumu	Zayıf	71,6±9,79	0,851	79,6±15,20	0,218	74,7±12,15
	Normal	73,5±11,41		73,3±10,70		73,4±11,14
	Kilolu	72,8±9,43		72,0±10,29		72,5±9,77
	Obez	71,6±11,36		69,3±9,74		70,7±10,77
Obez Bireylere Karşı Yaklaşım Durumu	Önyargılıyım	67,5±10,48	0,009*	68,0±13,47	0,071	67,7±11,72
	Önyargısızım	73,9±11,35		74,0±9,88		73,9±10,81
	Kararsızım	72,2±7,53		74,7±13,42		73,2±10,20

*p<0,05, Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis H Test

4.4.ORTO-11 Ölçeği Karşılaştırmaları

Çalışmamızda ORTO-11 testinden 23 puan ve daha aşağı puan alan katılımcılar ortorektik eğilimi olan, 23 puan üstü alan katılımcılar ise normal bireyler olarak değerlendirilmiştir. Kadınlarda %30,1, erkeklerde ise %29,7 sıklıkta kesimin 23 puanının altında kaldığı yani ortorektik eğilimli oldukları görülmektedir.

Tablo 4.14.'de, katılımcıların cinsiyete göre ORTO-11 ölçeği puan dağılımları incelendiğinde ORTO-11 ortalama puanı kadınlarda $25,7\pm 4,84$, erkeklerde ise $26,6\pm 5,50$ ve toplamda $26,0\pm 5,12$ 'dir. Kadınlarla erkekler arasında ORTO-11 ölçeğine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.14. Katılımcıların cinsiyete göre ORTO-11 testi puan dağılımı

	Kadın (s=319)		Erkek (s=192)		Toplam (s=511)		p
	s	%	s	%	s	%	
ORTO-11							
Ortorektik Eğilimi Olan (≤ 23)	96	30,1	57	29,7	153	29,9	
Ortorektik Eğilimi Olmayan(>23)	223	69,9	135	70,3	358	70,1	0,183
$\bar{X}\pm ss$	$25,7\pm 4,84$		$26,6\pm 5,50$		$26,0\pm 5,11$		
Ortanca	26,0		26,5		26,0		

*Ki-kare Analizi

Tablo 4.15.'de, katılımcıların meslek grubuna göre ORTO-11 ölçeği puan dağılımları incelendiğinde sağlık personeli olarak çalışan katılımcıların %30,2'si ortorektik eğilimli, %69,8'inin ise ortorektik eğilimli olmadığı bulunmuştur. Sağlık personeli olmayan grupta ise katılımcıların %27,9'u ortorektik eğilimli, %70,3'ünün ortorektik eğilimli olmadığı saptanmıştır. Meslek grupları ile ORTO-11 ölçeği grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.15. Katılımcıların meslek grubuna göre ORTO-11 ölçeği puan dağılımı

	ORTO-11				Toplam		p
	≤ 23		> 23		s	%	
Meslek Grubu	s	%	s	%	s	%	
Sağlık Personeli	75	30,2	173	69,8	248	100,0	
Sağlık Personeli Olmayan	78	29,7	185	70,3	263	100,0	0,885
Toplam	153	29,9	358	70,1	511	100,0	

*Ki-kare Analizi

Tablo 4.16.'te araştırmaya katılan kadın ve erkek çalışanların yaş, medeni durum, meslek durumu, eğitim durumları, gelir durumları ve çalışma sürelerine göre ORTO-11 puanları karşılaştırılmıştır. Çalışmaya katılan kadınlarda sağlık personeli olan ve sağlık personeli olmayan grubun ORTO-11 puanları sırasıyla $25,9\pm 4,83$ ve $25,5\pm 4,85$ 'dir ($p>0,05$). Erkek alışanlar için puanlar ise sırasıyla $26,7\pm 5,51$ ve $26,5\pm 5,47$ 'dir ($p>0,05$). Medeni durumlara göre kadın alışanların ORTO-11 puanları değerlendirildiğinde evli, bekâr ve boşanmış/dul olanlarda ortalamalar sırasıyla $25,4\pm 4,66$, $26,1\pm 4,79$ ve $25,9\pm 6,82$ 'dir ($p>0,05$). Medeni durumlara göre erkek alışanların ORTO-11 puanları değerlendirildiğinde evli, bekâr ve boşanmış/dul olanlarda ortalamalar sırasıyla $26,3\pm 5,26$, $26,7\pm 5,46$ ve $33,3\pm 9,18$ 'dir ($p>0,05$). Kadın alışanlar ve erkek çalışanlar açısından eğitim durumları, gelir durumları ve çalışma süreleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.16. Kadın ve erkek çalışanlar açısından yaş, medeni durum, meslek durumu, eğitim durumları, gelir durumları ve çalışma sürelerine göre ORTO-11 puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Cinsiyet				
		ORTO-11 puanları				
		Kadın		Erkek		Toplam
		(s=319)		(s=192)		(s=511)
Demografik Özellikler		$\bar{x}\pm ss$	p	$\bar{x}\pm ss$	p	$\bar{x}\pm ss$
Yaş	18-24	25,4±5,03		27,8±6,40		26,3±5,58
	25-34	26,0±4,50	0,589	25,4±5,00	0,116	25,8±4,69
	35-44	25,6±5,35		26,9±5,32		26,1±5,34
	45 ve üstü	24,5±4,46		27,2±5,80		25,5±5,01
Medeni Durum	Evli	25,4±4,66		0,413		26,3±5,26
Bekar	26,1±5,02	26,9±5,89	26,4±5,36			
Meslek Grup	Sağlık Personeli	25,9±4,83	0,455	26,7±5,51	0,735	26,2±5,10
	Sağlık Personeli Olmayan	25,5±4,85		26,5±5,47		25,9±5,09
Meslek	Doktor	26,7±3,38	0,878	26,4±5,08	0,436	26,6±4,10
	Hemşire	25,6±4,95		28,0±4,01		26,5±4,62
	Diyetisyen	29,0		-		29,0
	Sağlık Teknisyeni	26,4±5,33		26,1±6,85		26,3±5,95
	APLUS Personeli	25,7±5,55		26,2±4,52		25,9±5,19
	Hasta Hizmetleri	25,5±4,95		25,9±5,48		25,7±5,16
	Teknik Hizmetler	26,3±0,58		28,9±7,15		27,3±4,41
	Biyolog	25,4±4,28		27,0±6,72		26,0±5,33
	Güvenlik Görevlisi	-		23,0±3,00		23,0±3,00
	Diğer	25,0±3,80		26,8±6,12		25,7±4,80
Eğitim Durumu	Okur-yazar	-		31,0± 2,67		31,0±2,67
	İlkokul mezunu	24,7±6,68		28,0±7,04		25,9±6,82
	Ortaokul mezunu	27,8±5,52		28,3±4,27		28,0±5,09
	Lise ve dengi mezunu	24,9±5,38	0,239	26,3±6,17	0,315	25,4±5,69
	Y.Okul-üniversite mezunu	25,9±4,55		25,9±5,11		25,9±4,77
	Yüksek lisans/doktora mezunu	26,7±2,74		27,3±4,80		26,9±3,65
Gelir Durumu	Gelirim Giderimden Az	25,6±4,86	0,795	26,3±5,82	0,337	25,9±5,24
	Gelirim Giderime Eşit	25,7±4,90		27,2±5,34		26,3±5,07
	Gelirim Giderimden Fazla	26,2±4,58		26,2±4,87		26,2±4,69
Çalışma Süreleri	0-5	25,5±4,60	0,766	26,6±5,24	0,981	25,9±4,85
	6-10	25,7±4,98		27,1±6,55		26,2±5,62
	11-15	25,9±5,66		26,7±4,59		26,2±5,28
	16-20	27,0±5,20		26,2±5,96		26,7±5,50
	21-25	25,1±4,26		25,8±4,71		25,4±4,43
	26+	26,3±1,63		25,4±4,57		26,0±3,08

*Mann Whitney U Test, *Kruskal Wallis H Test

Tablo 4.17’de kadın ve erkek çalışanlar açısından sigara kullanım, düzenli spor yapma, sağlıklı olduğunu düşünme, BKİ grup, fiziksel görünüm özelliklere göre ORTO-11 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması verilmiştir. Sigara içme durumuna göre kadın çalışanların ORTO-11 puanları değerlendirildiğinde sigara içen, içmeyen ve sigarayı bırakmış katılımcıların ortalamaları sırasıyla 26,5±5,01, 25,4±4,79 ve 25,9±4,22’dir (p>0,05). Erkek çalışanların sigara kullanımı ile ilgili puanları ise sırasıyla 27,0±5,48, 26,1±5,34 ve 29,3±6,26’dir (p>0,05). Çalışmaya katılan kadınlarda düzenli olarak egzersiz yapan ve yapmayan grubun ORTO-11 puan ortalamaları sırasıyla 25,9±5,24 ve 25,7±4,80’dır (p>0,05). Erkek çalışanlarda ise düzenli olarak egzersiz yapan ve yapmayan grubun ORTO-11 puan ortalamaları istatistiksel olarak farklı bulunmuş olup sırasıyla 24,8±5,04 ve 27,0±5,52’dir (p<0,05). Sağlıklı beslendiğini düşünen ve düşünmeyen kadınların ORTO-11 puan ortalamaları istatistiksel olarak farklı bulunmuş olup sırasıyla 26,3±4,87 ve 25,6±4,74’dir (p<0,05). Erkek çalışanlar için sağlıklı beslenme ve beslenmeme puanları ise sırasıyla 25,7±5,94 ve 26,7±4,95’dir (p>0,05). Son bir yıl içerisinde zayıflama girişiminde bulunan ve bulunmayan kadın katılımcıların ORTO-11 puan ortalamaları istatistiksel olarak farklı bulunmuş olup sırasıyla 25,1±4,68 ve 26,3±4,92’dir (p<0,05). Erkek katılımcıların son bir yıl içerisindeki zayıflama girişimleri için puan ortalamaları ise sırasıyla 25,6±5,24 ve 27,1±5,59’dir (p>0,05). Obez bireylere karşı önyargılı olduğunu beyan eden kadınların ORTO-11 puan ortalamaları 22,4±4,16, önyargılı olmadığını beyan eden kadınlara göre (26,0±4,91) daha düşük bulunmuştur (p<0,001). Erkeklerde ise obez bireylere önyargılı bakıp bakmama beyanları ile ORTO-11 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.17. Kadın ve erkek çalışanlar açısından sigara kullanım, düzenli spor yapma, sağlıklı olduğunu düşünme, BKİ grup, fiziksel görünüm özelliklere göre ORTO-11 puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Cinsiyet				
		ORTO-11 Puanları				
		Kadın (s=319)		Erkek (s=192)		Toplam (s=511)
Yaşam Tarzı/Alışkanlıklar		$\bar{x}\pm ss$	p	$\bar{x}\pm ss$	p	$\bar{x}\pm ss$
Sigara Kullanımı	İçiyor	26,5±5,01	0,170	27,0±5,48	0,147	26,7±5,19
	İçmiyor	25,4±4,79		26,1±5,34		25,7±5,00
	Bırakmış	25,9±4,22		29,3±6,26		27,2±5,08
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Yapıyor	25,9±5,24	0,929	24,8±5,04	0,019*	25,5±5,17
	Yapmıyor	25,7±4,80		27,0±5,52		26,2±5,08
Sağlıklı Olduğunu Düşünme Durumu	Düşünüyor	26,0±4,92	0,138	26,5±5,60	0,619	26,2±5,19
	Düşünmüyor	24,9±4,50		26,8±4,65		25,6±4,56
Sağlıklı Beslendiğini Düşünme Durumu	Düşünüyor	26,3±4,87	0,037*	25,7±5,94	0,222	26,1±5,30
	Düşünmüyor	25,6±4,74		26,7±4,95		26,0±4,82
Son Bir Yıl İçerisinde Zayıflama Girişiminde Bulunma Durumu	Bulunmuş	25,1±4,68	0,030*	25,6±5,24	0,071	25,3±4,90
	Bulunmamış	26,3±4,92		27,1±5,59		26,6±5,18
BKİ Grupları	Zayıf	24,3±4,70	0,288	25,5±6,09	0,287	24,8±5,27
	Normal	27,0±4,69		30,0±7,07		28,1±5,7
	Kilolu	26,0±4,67		27,3±5,78		26,5±5,12
	Obez	25,0±5,34		26,1±5,01		25,4±5,22
Kendi Fiziksel Görünümünü Değerlendirme Durumu	Zayıf	25,9±4,35	0,323	30,0±6,25	0,058	27,4±5,15
	Normal	26,0±5,06		26,2±5,39		26,1±5,19
	Kilolu	25,1±4,59		26,3±4,91		25,6±4,71
	Obez	25,0±4,20		24,6±5,50		24,8±4,73
Obez Bireylere Karşı Yaklaşım Durumu	Önyargılıyım	22,4±4,16	0,001***	26,1±5,01	0,915	23,8±4,50
	Önyargısızım	26,0±4,91		26,6±5,54		26,2±5,16
	Kararsızım	26,5±4,36		26,6±5,71		26,5±4,91

*p<0,05, ***p<0,001 †Mann Whitney U Test, ‡Kruskal Wallis H Test

4.5. Değişkenler Arası İlişkiler

Kadın, erkek ve tüm katılımcılar için Tablo 4.18’de yaş, eğitim, meslek, çalışma süresi, BKİ bağımsız değişkenleriyle OÖÖ ve ORTO-11 ölçeği puan ortalamaları arasında korelasyon analizleri yapılmıştır. Korelasyon analizi sonuçlarına göre çalışanların tamamında, kadınlarda ve erkeklerde OÖÖ ve ORTO-11 puan ortalamaları arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Tüm çalışanlarda ve kadın çalışanlarda ORTO-11 puan ortalamaları ile BKİ arasında negatif yönlü olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı zayıf korelasyon vardır ($p<0,05$). Erkek çalışanlarda hem OÖÖ puanı hem de ORTO-11 puan ortalamaları ile BKİ arasında negatif yönlü olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı korelasyon vardır ($p<0,05$).

Tablo 4.18. Tüm çalışanlarda OÖÖ ve ORTO-11 puanları ile bağımsız değişkenler arası korelasyon analizleri

		Korelasyonlar						
		Yaş	Eğitim	Meslek	Çalışma Süresi	BKİ	OÖÖ	ORTO-11
Tüm Çalışanlar (s=511)	Yaş							
	Eğitim	0,044						
	Meslek	-0,086	-0,148*					
	Çalışma süresi	0,798***	0,263***	-0,248***				
	BKİ	0,335***	-0,113*	-0,001	0,262***			
	OÖÖ	-0,006	0,045	-0,097*	0,052	-0,057		
	ORTO-11	0,008	0,008	-0,021	0,002	-0,095*	0,236**	
Kadın (s=319)	Yaş							
	Eğitim	-0,065						
	Meslek	-0,008	-0,062					
	Çalışma süresi	0,744***	0,138*	-0,152***				
	BKİ	0,295***	-0,145*	-0,035	0,250***			
	OÖÖ	-0,001	0,045	-0,074	0,098	-0,024		
	ORTO-11	-0,016	0,053	-0,048	0,042	-0,121*	0,121*	
Erkek (s=192)	Yaş							
	Eğitim	0,174*						
	Meslek	-0,234***	-0,247***					
	Çalışma süresi	0,840***	0,401***	-0,383***				
	BKİ	0,271***	-0,041	-0,045	0,230***			
	OÖÖ	-0,026	0,036	-0,135	-0,002	-0,160*		
	ORTO-11	-0,009	-0,045	-0,008	-0,061	-0,147*	0,395***	

* $p<0,05$, *** $p<0,001$, 2-tailed

Sağlık çalışanı olan ve sağlık çalışanı olmayan gruplar için Tablo 4.19’da yaş, eğitim, meslek, çalışma süresi, BKİ bağımsız değişkenleriyle OÖÖ ve ORTO-11 ölçeği puan ortalamaları arasında korelasyon analizleri yapılmıştır. Korelasyon analizi sonuçlarına göre çalışanların tamamında, OÖÖ ve ORTO-11 puan ortalamaları arasında pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Ayrıca sadece sağlık çalışanlarında ORTO-11 puan ortalamaları ile BKİ arasında negatif yönlü olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı zayıf korelasyon vardır ($p<0,05$).

Tablo 4.19. Sağlık çalışanlarında OÖÖ ve ORTO-11 puanları ile bağımsız değişkenler arası korelasyon analizleri

		Korelasyonlar						
		Yaş	Eğitim	Meslek	Çalışma Süresi	BKİ	OÖÖ	ORTO-11
Sağlık Personeli (s=248)	Yaş							
	Eğitim	0,485***						
	Meslek	-0,495***	-0,521***					
	Çalışma süresi	0,947***	0,387***	-0,458***				
	BKİ	0,370***	0,021	-0,073	0,345***			
	OÖÖ	0,004	0,066	-0,082	0,035	-0,066		
	ORTO-11	-0,042	0,061	-0,015	-0,046	-0,173**	0,286***	
		Yaş	Eğitim	Meslek	Çalışma Süresi	BKİ	OÖÖ	ORTO-11
Sağlık Personeli Olmayan (s=263)	Yaş							
	Eğitim	-0,422***						
	Meslek	-0,055	0,360***					
	Çalışma süresi	0,474***	-0,056	0,154*				
	BKİ	0,275***	-0,233***	-0,011	0,144*			
	OÖÖ	-0,021	-0,019	-0,057	0,025	-0,043		
	ORTO-11	0,089	-0,037	-0,014	0,085	-0,007	0,185***	

* $p<0,05$, *** $p<0,001$, 2-tailed

OÖÖ ve ORTO-11 puanları arasında yapılan analiz sonuçları Tablo 4.20’de verilmiştir. OÖÖ ölçeği puanlarına göre önyargısız olan katılımcıların %34,8’inin ortorektik eğilimli olduğu, %65,2’sinin ise ortorektik eğilimi olmadığı saptanmıştır. Önyargı eğilimi olan katılımcıların %28,6’sı ortorektik eğilimli olduğu, %71,4’ünün de ortorektik eğilimi olmadığı saptanmıştır. Obezite önyargısı olan katılımcıların %29,9’unun ortorektik eğilimli olduğu, %70,1’inin de ortorektik eğiliminin olmadığı saptanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre OÖÖ ve ORTO-11 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.20. OÖÖ ve ORTO-11 puanları arasında ilişki analizi

OÖÖ	Ortorektik Eğilimi Olan (≤ 23)		Ortorektik Eğilimi Olmayan (> 23)		Toplam		p
	s	%	s	%	s	%	
Önyargısız (≤ 68)	57	34,8	107	65,2	164	100,0	0,179
Önyargıya eğilimli (68,01-84,99)	83	28,6	207	71,4	290	100,0	
Önyargılı (≥ 85)	13	29,9	44	70,1	57	100,0	

Ki-kare analizi

5. TARTIŞMA

Çalışmada sağlık personeli olan ve sağlık personeli olmayan katılımcıların ortorektik eğilimleri ve obezite önyargı eğilim durumları araştırılmıştır. Çalışmada katılımcıların yaş ortalaması $33,2 \pm 8,9$ 'dur. Bu çalışmaya sağlık personeli (%48.5) ve sağlık personeli olmayan (%51.5) toplam 511 kişi katılmıştır. Ergin (80) 'in sağlık personeli olan ve sağlık personeli olmayan katılımcılar ile yaptığı çalışmada katılımcıların %50' sini sağlık personeli oluşturmuştur.

Kadın katılımcıların %67,7'si, erkeklerin ise %38,0'ı normal BKİ' ye sahiptir (Tablo 4.2). Kadın katılımcıların fiziksel görünümünü değerlendirme durumları ile BKİ değerleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0,001$) (Tablo 4.4). Erkek katılımcıların fiziksel görünümünü değerlendirme ile BKİ değerleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0,001$) (Tablo 4.4). Bu çalışmada erkek katılımcıların kendi fiziksel görünümünü daha olumlu değerlendirdikleri anlaşılmaktadır. Katılımcılardan kendini zayıf gören %77,8'inin BKİ değerine göre normal, kendini normal görenlerin %28,3'ü kilolu, kendini hafif şişman olarak değerlendirenlerin BKİ' ye göre %29,0'ı normal ve %16,9'u ise obezdir. Katılımcıların fiziksel görünümünü değerlendirmeleri ve BKİ değerleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0,001$) (Tablo 4.4). Bu çalışmada katılımcıların kendi fiziksel görünümünü, BKİ değerlerine göre daha olumlu değerlendirdikleri anlaşılmaktadır. Ülkemizde 6082 katılımcı ile gerçekleştirilen Türkiye Beden Algısı Araştırması'nda (81) BKİ sınıflamasına göre fazla kilolu olanların %38,7'si kendini fazla kilolu olarak algılamakta, %5,6'sı obez, %53,4'ü normal kiloda ve %2,3'ü kendini zayıf olarak gördüğünü ifade etmiştir. Obez olanların ise %25,8'i kendini obez olarak algılamakta olup %54,2'sinin kendini fazla kilolu olarak algıladığı saptanmıştır. Ülkemizde beden algısı üzerine yapılan başka bir çalışmada bel çevresi ve BKİ değerlendirmelerine göre obez olmayan kadın ve erkek katılımcıların daha doğru beden algısına sahip olduğu, bel çevresi ve BKİ değerlendirmelerine göre obez olan bireylerin ise kendilerini daha normal olarak görme eğiliminde olduğu saptanmıştır (82). Hamurcu'nun (83) 816 katılımcı ile obezite ve beden algısı üzerine yaptığı çalışmasında cinsiyet ayrımı yapılmamış, normal BKİ (%45,0)'ye sahip olanların

%48,6'sı kendisini kilolu olarak tanımlarken, beden kütle indekslerine göre obez (%21,3) olanların %39,0'nın kendisini aşırı kilolu olarak algıladığı saptanmıştır.

Bu çalışmada katılımcıların %29,9'unun ortorektik eğilimli olduğu bulunmuştur. Kadınların %30,1'inin, erkeklerin ise %29,7 sinin ortoreksiya nervoza eğilimli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.14). Almeida ve ark (84) 193 katılımcının olduğu ortoreksiya ile ilgili gerçekleştirdikleri çalışmada kadın ve erkek katılımcıların ortoreksiya eğilimleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Özkahya' nın (85) 1972 online diyet alan yetişkinle yaptığı çalışmasında, Baş'ın (86) 75 diyetisyen ile gerçekleştirdiği sağlıklı beslenme takıntısı ve yeme tutumlarını saptamayı amaçlayan çalışmasında ve Arusoğlu' nun (13) 1016 katılımcı ile ortoreksiya eğilimi ve belirtileri üzerine yapmış olduğu çalışmasında cinsiyet ile ortorektik belirtiler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu sonuçlar literatürde kadın-erkek farklılığı olmadığını saptayan birçok çalışma tarafından desteklenmektedir (68, 80, 85-89). Literatürde kadın ve erkeklerin farklı ortoreksiya nervoza eğilimlerinin olduğunu destekleyen çalışmalar da mevcuttur (16, 76, 90-96). Atmaca ve Durat'ın (97) 289 katılımcı ile gerçekleştirdikleri çalışmada ve Kazkondu' nun (98) 338 üniversite öğrencisi ile yaptığı çalışmada cinsiyet ile ortoreksiya nervoza düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu, erkeklerin kadınlara göre daha ortorektik belirtiler gösterdiği ve erkeklerin ortoreksiya nervoza eğilimlerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fidan ve ark.'nın (99) 878 Tıp Fakültesi öğrencisi ile yapmış oldukları çalışmada ise erkek öğrenciler arasındaki ortorektik yaygınlığın kadınlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Ayrıca Donini ve ark.'nın (16) 525 birey ile ortoreksiya yaygınlığını inceledikleri çalışmada erkeklerin daha fazla ortorektik belirtiler gösterdiği saptanmıştır. Dolayısıyla bu bulgular erkeklerin de kadınlar gibi sağlıklı beslenme konusuna ilgili olduklarını göstermektedir.

Çalışmada meslek grupları ile ortoreksiya eğilimi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.15). Literatürde, özellikle belirli bir ağırlıkta kalmaya dikkat eden mankenler, dansçılar, yoga yapanlar, adolesan bireyler ve spor yapan bireyler (fitness, vücut geliştirme, atletizm gibi) (11, 100), doktorlar ve tıp öğrencileri (68, 99), diyetisyenler (86, 91, 101-103), aynı zamanda performans sanatçıları (88) ortoreksiya nervozanın görülme riskinin yüksek olduğu gruplardır.

Bu çalışmada sağlık personeli olan katılımcıların %30,2'si ortorektik eğilimli, sağlık personeli olmayan grubun da %29,7'sinin ortorektik eğilimli olduğu bulunmuştur. Çalışmada sağlık personeli olan ve sağlık personeli olmayan gruplar arasında ORTO-11 puanlarına göre anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.16). Fidan ve ark. (99) tıp fakültesi öğrencileri ile gerçekleştirdiği çalışmasında %43,6'sını ortorektik eğilim gösterdiğini saptamıştır. Ergin (80)'in çalışmasında sağlık personelinin %60,1'inin ortorektik eğilimli ve sağlık personeli olmayanların %61,2'si ortorektik eğilimli olduğu saptanmıştır. Acar-Tek (104) sağlık personeli olarak çalışan 132 kadın katılımcı ile gerçekleştirdiği çalışmasında, katılımcıların %75,8'inin ortorektik eğilim gösterdiğini saptamıştır. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda, zaman içinde sağlık personelinde ortorektik eğilimin görülme riskinin arttığı görülmektedir. Fakat sağlık personeli olan katılımcıların ortorektik eğilimi ile sağlık personeli olmayan katılımcıların ortorektik eğilimi arasında önemli bir fark saptanmaması, sağlık personeli olmanın ortorektik eğilim açısından bir etken olmaması olasılığını düşündürmektedir.

Ortoreksiya nervoza eğiliminde, kadın çalışanlar ve erkek çalışanlar açısından eğitim durumları, gelir durumları ve çalışma süreleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.16). Bu tezde ulaşılan bulgular paralelinde Özkahya'nın (85) 1972 katılımcı ile internet üzerinden diyet önerisi almak için başvuran bireylerin ortorektik davranışlarını incelediği araştırmasında eğitim seviyesi yüksek olanlar ile düşük olanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ergin'in (80) sağlık personeli olan ve sağlık personeli olmayan katılımcılar ile ortoreksiya nervoza sıklığını araştırdığı çalışması da çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Literatürde eğitim seviyesi ve ortoreksiya arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptayan çalışmalar mevcuttur (105) Ancak, Donini ve ark.'ının (16) ortoreksiyanın yaygınlığını inceledikleri çalışmalarında düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde ortoreksiyanın daha yaygın görüldüğü bildirilmiştir. Arusoğlu'nun (13) çalışmasında eğitim düzeyinin azalmasıyla birlikte ortorektik belirtilerin arttığı saptanmış olup, akademik kadroda yer alan katılımcıların eğitim düzeylerinin artmasıyla birlikte ortorektik belirtilerde azalma görüldüğü bulunmuştur.

Bu çalışmaya katılan kadınların yaşları ile ortorektik eğilimleri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. ($p>0,05$) (Tablo 4.16). Acar-Tek (104) sağlık

personeli ile gerçekleştirdiği çalışmasında ortorektik eğilim gösterenlerin yaş ortalamasının daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Bu çalışmada, erkek katılımcılardan düzenli egzersiz yapan ve düzenli egzersiz yapmayan grubun ORTO-11 puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuş, düzenli egzersiz yapan erkeklerin (%44,3), düzenli egzersiz yapmayan erkeklere göre daha ortorektik eğilim gösterdikleri saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.17). Malmborg ve ark. (106) egzersiz bilimleri ve işletme bilimlerinde okuyan 208 öğrencinin ortorektik davranışlarını karşılaştırdıkları araştırmada, yüksek fiziksel aktivite yapan, egzersiz bilimlerinde okuyan erkeklerin daha yüksek ortorektik eğilimlerinin olduğunu ve işletme bölümünde okuyan kadınlarda ise daha az ortoreksiya eğilimi olduğunu saptamışlardır. Dalmaz ve Yurtdaş (100) spor yapan bireylerde ortoreksiya nervozanın yatkınlığını araştırdığı 200 katılımcı ile gerçekleştirilen bir çalışmada spor yapanların, spor yapmayanlara göre anlamlı derecede ortorektik eğilim gösterdiğini ayrıca; erkeklerin kadınlara göre daha ortorektik eğilim gösterdiğini saptamıştır. Errikson ve ark.(90) 251 katılımcı ile fitness aktiviteleri ve ortoreksiya arasındaki ilişkiyi görmek için yaptıkları çalışmada sık egzersiz yapan kadınlarda daha yüksek ortoreksiya nervoza belirtilerinin olduğunu bulmuştur. Egzersiz yapan kadınların daha ortorektik eğilim gösterdiklerini gösteren başka çalışmalar da mevcuttur (67, 107). Bireylerin kusursuz bir bedene sahip olma isteği ile özellikle egzersiz yaparak vücut kontrolü sağlama ve beslenme şekli üzerinde gereğinden fazla uğraş gösterme gibi eğilimleri birçok yeme bozukları ile sonuçlanabilmektedir (100). Bu nedenle egzersiz yapan bireylerde ortorektik eğilim görülme ihtimali artabilmektedir. Ancak; ortoreksiya nervozalı bireyler de beslenme düzenlerine uymayan şekilde davrandıklarında, disiplinleri bozulduğunda daha da kısıtlamalara gidip kendilerini temizlemeye çalışmakta ve/veya aşırı egzersize yönelebilmektedirler (13).

Bu çalışmada; kadınların %44,5'i sağlıklı beslendiğini düşünmektedir (Tablo.4.5). Alemdar (108) 110 yetişkin kadının sağlıklı yaşam biçimlerini incelediği çalışmasında sağlıklı beslendiğini düşünenlerin sıklığını %33,6 bulmuştur. Alemdar'ın çalışmasında katılımcıların, sağlıklı beslenme konusunda destek verdiği kendi danışanlarından oluştuğu, dolayısıyla katılımcıların sağlıklı beslenme konusunda yeterli olmadıklarını düşünmeleri bu farkın nedeni olabilir.

Bu çalışmada son bir yıl içerisinde zayıflama girişiminde bulunan kadınların zayıflama girişiminde bulunmayan kadınlara göre daha ortorektik eğilim gösterdikleri saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.17). Arusoğlu (13) ortorektik davranışları incelediği çalışmasında diyet yapan ve daha önce yapmış olan katılımcıların ortorektik eğilimlerinin yüksek olduğunu saptamıştır. Ortorektik eğilimden bağımsız olarak bazı zayıflama diyetleri uyguluyor olması veya özel hastalık nedenleri ile tıbbi beslenme tedavisi kısıtlamasının bulunması gibi özel durumlar sebebiyle bireylerin sorulara etki altında kalarak yanıt vermesi, sonuçları bu şekilde etkilemiş olabilir. Ancak; McInerney-Ernst (109) 163 katılımcı ile yaptığı çalışmasında ağırlık kaybı girişimleriyle ortorektik belirtiler arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Atmaca ve Durat (97) ortoreksiya eğilimini incelediği çalışmasında diyet uygulayanların yaklaşık %90'ının hastalık sebebiyle diyet uyguladıklarını ifade ettiklerini belirtmişlerdir.

Çalışmada katılımcıların fiziksel görünümelerini değerlendirmeleri ile ortorektik davranışları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.17). Ortoreksiya Nervoza (ON), Anoreksiya Nervoza (AN) ve Bulimiya Nervoza (BN)'nin en karakteristik semptomları olan ağırlık kaybı, aşırı yağlanma korkusu ve beden ölçüsü hakkında abartılı tahminlerin yapılması gibi semptomları içermemektedir. Besin miktarı ile ilgili obsesyonları içeren yeme bozukluklarının aksine, ON besin alımının kalitesiyle ilgili bir takıntıdan kaynaklanmaktadır (11, 110). Ancak; sağlıklı beslenme ve sağlıklı bir vücut algısı ortorektik bireylerde beden imgelerine daha fazla dikkat etmeye ve daha çok egzersiz yapmaya yönelmeye neden olabilmektedir. Macaristan'da yapılan bir araştırma, üniversite öğrencilerinin %56,9'unun ortoreksiya eğilimli olduğunu aynı zamanda ortoreksiya ile yemenin ve beden algısının bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur. Bireyde ortoreksiya özellikleri mevcutsa yemek yemek ve beden algısı bozukluğu ile ortoreksiya arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (69). Ortoreksiyada yeme davranışları ile bireylerin ağırlıkları arasındaki ilişki değişken olabilmektedir. Diğer yeme bozuklukları gibi ortoreksiya nervozada vücut görüntüsü ile ilgili takıntılar olmasa bile bireylerin sağlıklı besin tüketimi için kısıtlamalarda bulunması neticesinde ağırlık kayıpları görülebilmektedir (58). Brytek-Matera ve ark (89) 327 üniversite öğrencisi ile ortoreksiya ve beden imajı ile ilgili yaptığı çalışmasında, erkek ve kızların sağlıklı

beslenme ve kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığını ancak; kız öğrencilerin vücut görünümünü iyi değerlendirme, vücutundan memnuniyet ile güçlü bir şekilde sağlıklı beslenme ile meşgul olma arasında pozitif bir ilişki olduğunu ve kız öğrencilerin fiziksel görünümünden memnun kaldıkça sağlıklı gıdalar ile ilgili meşguliyetin arttığını saptamıştır. Kız öğrencilerin beden ölçülerinden memnuniyeti ve fiziksel çekicilikleri arttıkça bu ilişkinin de arttığını saptamışlardır. Bazı çalışmalarda kadınlarda yeme bozukluklarının daha çok görüldüğüne dair ortak bir fikir bulunmaktadır. Bu durumun temelinde biyolojik, ağırlığından memnun olmama gibi sosyokültürel ve psikolojik nedenler ve beden imajı algısı gibi etkenler bulunabilir (111). Barnes ve Caltabiano'nun (112) 220 katılımcıdan oluşan ve ortoreksiya ile mükemmeliyetçilik, beden imajı ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada bireylerdeki fiziksel görünümü ile ilgili memnuniyetsizlik seviyesi arttıkça ortorektik eğilimlerinde arttığını saptanmıştır.

Beden Kütle İndeksi (BKİ); yeme bozukluklarının tespitinde önemli değişkenlerden biridir. Bu çalışmada BKİ ile ortoreksiya arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.17). Literatürde de BKİ ile ortoreksiya arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (68, 88, 113, 114). Bazı çalışmalar vücut ağırlığının artması ile birlikte ortoreksiya eğiliminin arttığını göstermektedir; Oberle ve ark. (115) 459 katılımcı ile gerçekleştirdikleri çalışmada BKİ ile ortoreksiya arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptamıştır. Lucka ve ark.nın (105) 864 adolesan ve genç yetişkin ile gerçekleştirdiği çalışmasında katılımcıların %27,8'inin ortoreksiya riski taşıdığı ve ortoreksiya riski taşıyan bireylerin BKİ'lerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Bazı çalışmalarla da BKİ' si yüksek olan bireylerin daha ortorektik eğilim gösterdiği desteklenmektedir (13, 104). Bazı çalışmalar da ise BKİ' nin ortorektik davranışları tahmin etmede etkin olabileceği bulunmuştur (99, 116). Literatürde BKİ ile ortoreksiya arasında negatif bir ilişki olduğunu saptayan çalışmalar da bulunmaktadır (87, 92).

Çalışmada katılımcıların %56,8' inin obezite önyargısı eğilimli, %11,2'sinin önyargılı olduğu bulunmuştur. Sert ve ark. (117) 425 sağlık yüksekokulu öğrencisinin obezite önyargı düzeyini değerlendirdiği çalışmasında katılımcıların, %51,3' ünün önyargı eğilimli, %23,5'inin ise önyargılı olduğunu, Stein ve ark.(118)

18-94 yaş aralığında 1657 kişi ile gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların %99,1'inin obez bireylere karşı negatif tutuma sahip olduğunu, Altun (119) 732 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirdiği çalışmasında katılımcıların %55,1'inin önyargı eğilimli, %26,5'inin önyargılı olduğunu, Pantenburg ve ark.(120) 671 tıp fakültesi öğrencisi ile gerçekleştirilen çalışmasında da katılımcıların %98,9'unun aşırı kilolulara karşı olumsuz tutum sergilediğini saptanmıştır. Literatürde yer alan çalışmaya katılanların çoğunluğunun obezite önyargısına sahip veya eğilimi olduğunu destekler niteliktedir.

Bu çalışmada cinsiyete göre GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği (OÖÖ) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.10). Yılmaz ve ark. (121) spor bilimlerinde eğitim gören kadın ve erkek 465 katılımcının obezite önyargılarını araştırdıkları çalışmalarında; obeziteye karşı orta ve üzeri düzeyde önyargıların olduğunu ancak; cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamışlardır. Ülkemizde obezite önyargısı ile cinsiyetler arasında anlamlı farklar olmadığını destekleyen başka çalışmalar da bulunmaktadır (122, 123). Ancak; O'Brien ve ark.(124) yaş ortalamasının 28 olduğu 1649 katılımcı ile yaptığı çalışmasında beden algısı ile obezite önyargısının kadınlarda erkeklere göre daha güçlü olduğunu saptamışlardır. Literatürde erkeklerin kadınlara göre daha önyargılı olduğunu saptayan çalışmalar mevcuttur (120, 125, 126) Stuart ve ark. (127) tarafından obez bireylere karşı tutumların değerlendirildiği bir çalışmada erkeklerin obez bireylere karşı daha olumsuz tutum sergiledikleri ve obezite önyargılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada kadın ve erkeklerin BKİ'leri ile obezite önyargıları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.13). Bu bulgunun çalışmaya katılan katılımcıların çoğunluğunun (%56,6) normal BKİ'ye sahip olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Literatür incelendiğinde bu çalışma ile paralellik gösteren çalışmalar mevcuttur (50, 120, 122, 128). Akman ve ark. (129) ağırlık önyargısı üzerine yaptıkları çalışmada BKİ ile obez bireylere karşı tutumlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Stein J. ve ark.(118) 1657 yetişkin katılımcı ile obeziteye karşı olumsuz tutumları incelediği araştırmada düşük BKİ'ye sahip olan bireylerin fazla kilolu ve obez bireylere karşı daha olumsuz tutum sergilediğini

saptanmıştır. BKİ' si daha düşük olan bireylerin obez bireylere karşı daha olumsuz tutum sergilediği başka çalışmalarla da desteklenmektedir (130-134).

Bu çalışmada obez bireylere karşı önyargılı olduğunu beyan eden kadınların, önyargılı olmadığını beyan eden kadınlardan GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği'ne göre daha az önyargıya sahip olduğu saptanmıştır. ($p<0,05$) (Tablo 4.13). Altun'un (119) çalışmasında önyargısız olduğunu beyan eden katılımcıların önyargılı olduğunu beyan edenlere göre daha önyargılı olduğunu saptamıştır. Bu bulgular katılımcıların özellikle obezite önyargısının ne olduğu veya obeziteye karşı önyargılı olup olmadıkları hakkında farkındalıkları olmadığını göstermektedir.

Bu çalışmada erkek katılımcılar ile meslek grupları arasında istatistiksel bir fark bulunamazken, kadınların obezite önyargılarının mesleklere göre istatistiksel olarak farklı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.12). Kadın katılımcılarda, önyargı seviyesinin doktorlarda en yüksek olduğu saptanmıştır, bunu sırasıyla diyetisyen, biyologlar, APLUS personeli, hasta hizmetleri çalışanları, hemşireler, sağlık teknisyenleri ve teknik hizmetler çalışanları takip etmektedir. Bu çalışmanın %0,3'ünü (1) diyetisyen katılımcı oluşturmaktadır ve katılımcı diyetisyenin obezite önyargı eğiliminin olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada yeterli diyetisyen katılımcı olmaması nedeni ile diğer meslek grupları ile karşılaştırma yapılamamıştır. Ancak; beslenme tedavileri sürecinde son derece öneme sahip diyetisyenlerin obezite önyargısına sahip olma durumu ileri çalışmalar ile araştırılmalıdır. Oberrieder ve ark. (135) 64 diyetetik öğrencisi ve 234 diyetisyenin katıldığı, diyetetik öğrencileri ve diyetisyenlerin obeziteye karşı tutumlarını araştırdığı çalışmasında hem diyetetik öğrencilerinin hem de diyetisyenlerin obez bireylere karşı negatif tutum sergilediğini saptamıştır. Literatürde diyetisyenlerin obeziteye karşı negatif tutumlar sergilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (128, 136,137).

Campbell ve Crawford (138) 400 diyetisyenin obeziteye karşı tutumları ve diyet programları uygulamalarını incelediği çalışmasında diyetisyenlerin obez danışanları ile ilgili diyet planlarına uymama, motivasyon eksikliği ve gerçekçi olmayan beklentileri ile ilgili hayal kırıklıkları yaşadıklarını saptamıştır. Diyetisyenlerin obez bireyleri değerlendirirken biyolojik ve genetik faktörleri göz ardı ederek, obez bireylerin diyet planları ile ilgili gerekli sorumluluğu almadığı ve obez bireylerin ağırlık kaybı ile ilgili isteklerinin yetersiz olduğuna inandığı

saptanmıştır. Helbardt ve ark. (139) diyetisyenlerin obez bireylere karşı tutumlarını inceledikleri çalışmasında diyetisyenlerin obez bireylere karşı önyargılı olma durumlarının toplumun obez bireylere karşı önyargı tutumlarından farklı olmadığını ancak; diyetisyenlerin yaşları ve deneyimleri arttıkça bu negatif tutumların azaldığını saptamışlardır. Araştırmacılar diyetisyenlerde görülen obezite önyargısının sebeplerini belirleyebilmek ve önyargı faktörlerinin karşılaştırmasının yapılabilmesi için daha büyük çapta çalışmalara ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir. Bacardi-Gascon ve ark. (140) diyetetik öğrencileri ile gerçekleştirdiği çalışmasında öğrencilerin %88'inin çok güçlü ağırlık fobisi olduğu saptamışlardır. Öğrencilerin bu negatif tutumları geliştirmelerini engelleyecek uygulamaların ölçümünü yapabilecek çalışmaların gerçekleştirilmesi önerilmiştir. Diyetisyenlerin rolünün, obez ve kilolu bireyleri sağlıklarına kavuşturmak, onlara bu amaçla hedefler oluşturmak ve ağırlık yönetimine yardımcı olmak olduğu düşünülürse, bu meslekte obezite önyargısını önleyici uygulamaların gerekliliği önem arz etmektedir.

Bu çalışmada sağlık personeli olan katılımcıların %27,6' sının obezite önyargısı eğilimli, %7,0'ının da obezite önyargısına sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.12). Erkek sağlık personelinin sağlık personeli olmayan erkek katılımcılara göre obeziteye karşı daha önyargılı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.12). Uğurel (123) 278 tıp fakültesi öğrencisi ile gerçekleştirdiği çalışmasında obez bireylere karşı önyargılı olmadığını belirten katılımcıların %45'inin obezite önyargısına sahip olduğunu, %46,8'nin de obezite önyargısı eğilimli olduğunu saptamıştır. Sağlık alanında obeziteye karşı açık ve örtük olarak önyargılı olma durumu her iki cinsiyet için de bulunmaktadır. Literatürde doktorların kilolu ve obez bireylere karşı örtük önyargıya sahip olduğunu destekleyen çalışmalar mevcuttur (141, 142)

Sabin ve ark. (143) yaptığı çalışmada 2284 hekimin obezite önyargıları üzerine yapılan bir çalışmada hekimlerin güçlü örtük ve açık önyargıya sahip oldukları saptanmıştır. Obezite alanında çalışan profesyoneller (hekim, diyetisyen, hemşire, araştırmacı, öğrenci, iş insanı gibi) ile gerçekleştirilen bir çalışmada örtük önyargının zamanla azaldığı ancak açık önyargının arttığı saptanmıştır (144). Karakaya'nın (50) sağlık profesyonelleri ile gerçekleştirdiği çalışmasında erkek ve kadın hekimler arasında obezite önyargısına ilişkin anlamlı bir fark saptanmamış ve

katılımcıların üçte birinden fazlası obezite önyargısına sahip olduğunu açık bir şekilde dile getirmiştir. Katılımcılara getirdiği fazladan iş yükü ve obez hastalara yapılan muayene sırasında zorluk yaşamaları bu önyargının nedeni olarak gösterilmiştir. Schwartz ve ark. (145) Kuzey Amerika Obezite Araştırma Derneği'nin toplantısı için bir araya gelen araştırmacılar ve sağlık profesyonelleri ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında obeziteye karşı ciddi bir önyargının olduğunu saptamışlardır. Ayrıca literatürde sağlık profesyonellerinin obezite önyargısına sahip veya eğilimli olduğunu destekleyen çalışmalar mevcuttur (119, 135, 142, 146-150). Young (151) 120 ruh sağlığı profesyoneli (ruh sağlığı, rehabilitasyon veya madde bağımlılığı danışmanı, sosyal hizmet uzmanı, aile terapisti, psikolog, psikiyatri hemşiresi, psikiyatrist) ile gerçekleştirdiği çalışmada erkek çalışanların, kadınlara göre obez bireylere daha yumuşak davrandığını, kadınların ise hastalara karşı daha sert davrandığını saptamıştır. Ancak, literatürde erkek hekimlerin obez bireylere karşı daha negatif tutumlar sergilediğini bildiren çalışmalar da mevcuttur (129, 141)

Bu çalışmada gelirinin giderine eşit olduğunu beyan eden erkek katılımcıların obezite önyargısına sahip olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.12). Altınayak'ın (152) 173 ebelik öğrencisi ile obez gebelere karşı katılımcıların önyargılarını incelediği çalışmada gelir durumunu iyi olarak beyan eden katılımcıların obezite önyargı puanlarının yüksek olduğunu ancak; istatistiksel bir fark olmadığı saptanmıştır.

Bu çalışmada tüm katılımcıların ORTO-11 puanları ile BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak negatif korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.18). Fidan ve ark. (99) çalışmada, ON ile BKİ arasında negatif korelasyon olduğu saptanmıştır. Karakuş ve ark. (153) çalışmada ON ile BKİ arasında anlamlı bir korelasyon bulmamıştır. Literatürde BKİ ile ON arasında korelasyon olmadığını saptayan çalışmalar mevcuttur (68, 114, 154). Barnes ve Caltabiano'nun (112) çalışmada ortoreksiya nervozaya karşı eğilim ile dış görünüşe fazlaca odaklanma ve kilolu olma korkusu arasında anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Okumuşoğlu (91) çalışmada ORTO-11 ile BKİ arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Kilolu ve obez olmanın bireyleri sağlıklı yiyecekleri tüketmeye ve diyet yapmaya mecbur bırakacağı ve böylece bireylerin ortorektik davranışları normal ve zayıf bireylere göre daha çok benimseyeceğini savunan çalışmalarda literatürde yer almaktadır (99, 115, 155).

6. SONUÇ

Bu çalışma, özel bir hastanede hizmet veren personelin obezite önyargıları ve ortorektik davranışlarının belirlenmesi amacı ile 18-70 yaş aralığında 511 gönüllü katılımcı ile gerçekleşmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Katılımcıların yaş ortalaması $33,2 \pm 8,96$ yıldır. Katılımcıların %57,3'ü evli, %42,6'sı bekârdır. Eğitim durumu yüzdeleri; İlkokul mezunu %3,3, ortaokul mezunu %6,1, lise ve dengi mezunu % 31,9, yüksekokul-üniversite mezunu %47,0, yüksek lisans/doktora mezunu %11,7'dir. Çalışmada katılımcıların çalışma süreleri; 0-5 yıl arası çalışan %47,0, 6-10 yıl arası %26,4, 11-15 yıl arası %12,9, 16-20 yıl arası % 6,8, 24-25 yıl arası %2,5 ve %4,3'de 26 yıl ve daha uzun süredir çalışmaktadır. Katılımcıların % 48,5' ini sağlık personeli, %51,5'ini de sağlık personeli olmayanlar oluşturmaktadır.

2. Katılımcıların BKİ ortalamaları $24,4 \pm 3,87$, kadınların BKİ ortalamaları $23,5 \pm 3,97$ erkeklerin BKİ ortalamaları $26,0 \pm 3,11$ 'dir. Bu bulgulara göre kadın katılımcılar ile erkek katılımcıların BKİ ortalamaları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p < 0,001$).

3. Katılımcıların obez bireylere karşı yaklaşımları değerlendirildiğinde %9,2'si önyargılı olduğunu, %68,7'si önyargısız olduğunu beyan etmiş ve %22,1'i de bu konuda kararsız olduğunu beyan etmiştir.

4. Katılımcıların beslenme alışkanlıkları değerlendirildiğinde; %44,4'ü sağlıklı beslendiğini, %43,2'si sağlıklı beslenmediğini düşünmektedir. Günde üç ana öğün tüketenlerin sıklığı % 64,8, iki ana öğün tüketenlerin sıklığı % 31,1 ve tek ana öğünle beslenenlerin sıklığı % 4,1'dir.

5. Katılımcıların %12,1'i doktor, %0,3'ü diyetisyen, %24,3'ü hemşire, %12,1'i sağlık teknisyeni, %19,0'ı APLUS personeli (temizlik hizmetleri, aşçı, garson), %25,5'i hasta hizmetleri, %3,9'u teknik hizmetler, %1,6'sı biyolog, %1,4'ü güvenlik görevlisi ve %9,9'unu da diğer (insan kaynakları, destek hizmetleri, mali işler, lojistik, yardımcı personel, santral, kurumsal iletişim, pazarlama ve yardımcı personel) grubu oluşturmaktadır.

6. Gelir düzeylerine bakıldığında; %53,8'i gelirinin giderinden az olduğunu, %31,7'si gelirinin giderine eşit olduğunu ve % 14,5'i de gelirinin giderinden fazla olduğunu beyan etmiştir.

7. Katılımcıların BKİ değerlerine göre; %2,9'u zayıf, %56,6'sı normal kiloda, %31,5'inin kilolu ve %9,0'ının da obez olduğu saptanmıştır.

8. Katılımcılar, fiziksel görünümünü; %10,6'sı zayıf, %61,4'ü normal,%24,3'ü hafif şişman,% 3,7'si de şişman olarak değerlendirmektedir. Katılımcıların; %79,5'i sağlıklı olduğunu düşünürken, %20,5'i kendisini sağlıklı olarak değerlendirmektedir.

9. Katılımcıların fiziksel görünümünü değerlendirmesi ile BKİ değerleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Kadın katılımcılarda fiziksel görünümü değerlendirme ile BKİ değerleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Bu bulgulara göre, kadın katılımcılar fiziksel görünümünü, beden kütle indeksi değerlerine göre daha negatif yönde değerlendirme eğilimindedirler. Erkek katılımcılarda fiziksel görünümü değerlendirme ile BKİ değerleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Bu bulgulara göre, erkek katılımcıların fiziksel görünümünü, beden kütle indeksi değerlerine göre daha pozitif yönde değerlendirme eğiliminde oldukları görülmektedir.

10. Katılımcıların % 31,1'i sigara içtiğini, % 65,2'si içmediğini ve %3,7'si de sigara içmeyi bıraktığını belirtmiştir. Kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha az sıklıkta sigara kullandığı saptanmıştır ($p<0,001$). Alkollü içecek tüketimleri incelendiğinde; %49,8'i de sadece özel günlerde alkol tükettiğini bildirmiştir.

11. Katılımcıların % 29,5'inin düzenli olarak egzersiz yaptığı saptanmıştır.

12. Kadınların %44,5'i, erkeklerin ise %44,3'ü sağlıklı bir şekilde beslendiklerini düşünürken, kadınların %45,1'i, erkeklerin ise %40,1'i sağlıklı beslenmediğini ve kadınların %10,3'ünün erkeklerin ise %15,6'sının sağlıklı beslenip beslenmediği hakkında bir fikrinin olmadığı saptanmıştır.

13. Katılımcıların son bir yıl içinde %58,7'sinin herhangi bir zayıflama girişiminde bulunmadığı,%20,4'ünün ise diyet desteği ile zayıflama girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Kadın katılımcıların zayıflama amaçlı son bir yıl içinde %54,5'inin herhangi bir diyet girişiminde bulunmadığı, %21,3'ünün diyet yaptığı, erkek katılımcıların zayıflama amaçlı son bir yıl içinde %65,6'sının herhangi bir diyet girişiminde bulunmadığı, %18,8'inin ise diyet yaparak zayıflama girişiminde bulunduğu saptanmıştır.

14. Katılımcıların cinsiyete göre ORTO-11 testi puan dağılımları incelendiğinde ORTO-11 ortalama puanı kadınlarda $25,7\pm 4,84$, erkeklerde ise $26,6\pm 5,50$ ve toplamda $26,0\pm 5,12$ 'dir. Cinsiyetler arasında ORTO-11 ölçeğine göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

15. Sağlık personeli olarak çalışan kadın ve erkek katılımcıların ORTO-11 puan ortalamaları $25,9\pm 4,83$, sağlık personeli olmayanların ise ORTO-11 puan ortalamaları $25,5\pm 4,85$ 'dir. Sağlık personeli olan ve sağlık personeli olmayan kadın ve erkek katılımcıların puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

16. Katılımcıların beyanlarına göre obezite önyargıları ile GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği (OÖÖ) puanlarına göre obeziteye bakış açıları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Bu bulgulara göre katılımcıların obeziteye karşı önyargı beyanları ile OÖÖ ölçeği puanları benzerlik göstermektedir.

17. Sağlık personeli olan ve sağlık personeli olmayan gruplar ile OÖÖ puan dağılımları incelendiğinde cinsiyet ile OÖÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

18. Katılımcıların yaş, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma süreleri ile OÖÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

19. Katılımcıların meslek grupları ile OÖÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) ancak; erkek katılımcılarda sağlık personeli olarak çalışan katılımcılar ile OÖÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Bu bulguya göre sağlık personeli olarak çalışan erkek katılımcıların (%40,6) sağlık personeli olmayan erkek katılımcılara göre obezite önyargı eğiliminin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

20. Kadın katılımcıların meslekleri ile OÖÖ puanları karşılaştırıldığında; doktorların $78,4\pm 11,85$, diyetisyenin $78,00$, hemşirelerin $72,7\pm 9,49$, sağlık teknisyenlerinin $71,6\pm 12,25$, APLUS personelinin $73,6\pm 11,27$, hasta hizmetlerinde çalışanların $72,9\pm 11,98$, teknik hizmetlerde çalışanların $63,3\pm 5,86$, biyologların $77,4\pm 5,22$ ve diğer hizmetlerde görev yapan kadınların $70,8\pm 8,08$ şeklindedir ($p<0,05$). Kadın çalışanlarda meslekler bakımından obeziteye bakış açıları farklı bulunmuş olup, teknik hizmetlerde çalışan kadınların OÖÖ puanı $63,3\pm 5,86$ ile en düşük, doktor olarak çalışan kadınların OÖÖ puanı ise $78,4\pm 11,85$ ile en yüksek

bulunmuştur ($p<0,05$). Kadın hekimlerin (%8,2) obeziteye karşı, diğer meslek gruplarına göre daha önyargılı olduğu saptanmıştır.

21. Erkek katılımcıların meslekleri ile OÖÖ puanları karşılaştırıldığında; doktorların $75,9\pm 11,00$, hemşirelerin $73,1\pm 13,31$, sağlık teknisyenlerinin $78,0\pm 14,64$, APLUS personelinin $72,0\pm 9,10$, hasta hizmetlerinde çalışanların $69,5\pm 9,33$, teknik hizmetlerde çalışanların $75,5\pm 12,21$, biyologların $74,0\pm 11,25$, güvenlik görevlilerinin $67,6\pm 10,75$ ve diğer hizmetlerde görev yapan erkeklerin $71,7\pm 9,29$ şeklindedir. Erkek katılımcıların meslekleri ile OÖÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

22. Erkek katılımcıların gelir durumları ile OÖÖ puanları karşılaştırıldığında, erkeklerde farklı gelir seviyeleri ile OÖÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuca göre gelirinin giderine eşit olduğunu beyan eden erkek katılımcıların (%29,7) obezite önyargı eğiliminin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kadınlarda farklı gelir seviyelerinde OÖÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

23. Katılımcıların sigara kullanımı, düzenli egzersiz yapma durumları, sağlıklı olduğunu ve sağlıklı beslenmelerini düşünme durumları, son bir yıl içinde zayıflama girişimleri, BKİ grupları ve fiziksel görünümelerini değerlendirme durumları ile OÖÖ ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların obez bireylere karşı yaklaşımı ile OÖÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, obez bireylere karşı önyargılı baktığını beyan eden kadınların OÖÖ puanlarının önyargılı bakmadığını beyan eden kadınlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuca göre obez bireylere karşı önyargısız olduğunu beyan eden kadınların, diğer kadınlara göre önyargı eğiliminin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Erkeklerde ise obez bireylere önyargılı olma açısından OÖÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

24. Katılımcıların cinsiyete göre ORTO-11 testi puan dağılımları incelendiğinde ORTO-11 ortalama puanı kadınlarda $25,7\pm 4,84$, erkeklerde ise $26,6\pm 5,50$ ve toplamda $26,0\pm 5,12$ 'dir. Cinsiyetler arasında ORTO-11 ölçeğine göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

25. Sağlık personeli olarak çalışan katılımcıların %30,2'si ortorektik eğilimli olduğu, sağlık personeli olmayan katılımcıların ise %29,7'sinin ortorektik

eğilimli olduğu saptanmıştır. Meslek grupları ile ortorektik eğilimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

26. Kadın ve erkek katılımcıların yaş, medeni durum, sağlık personeli olma ve olmama, meslekler, eğitim durumu, gelir durumu ve çalışma süreleri ile ORTO-11 puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

27. Kadın ve erkek katılımcıların sigara kullanımı, sağlıklı olduğunu düşünme durumları, BKİ grupları ve fiziksel görünümelerini değerlendirme durumları ile ORTO-11 puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların düzenli egzersiz yapma durumu ile ORTO-11 puan ortalamaları karşılaştırıldığında; düzenli egzersiz yapan erkeklerin (%44,3), düzenli egzersiz yapmayan erkeklere göre daha ortorektik eğilim gösterdikleri saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların düzenli egzersiz yapma ve yapmama durumu ile ORTO-11 puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların sağlıklı beslendiğini düşünme durumları ile ORTO-11 puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlıklı beslendiğini düşünen kadın katılımcıların ORTO-11 puan ortalamaları $26,3\pm 4,87$, sağlıklı beslendiğini düşünmeyen kadınların ORTO-11 puan ortalamaları ise $25,6\pm 4,74$ 'dür ve aralarında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlıklı beslenmediğini düşünen kadınların (%45,1), sağlıklı beslendiğini düşünen kadınlara göre daha ortorektik eğilimli oldukları saptanmıştır. Sağlıklı beslendiğini düşünen ve sağlıklı beslendiğini düşünmeyen erkekler ile ORTO-11 puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

28. Katılımcıların son bir yıl içerisinde zayıflama girişiminde bulunma durumları ile ORTO-11 puan ortalamaları karşılaştırıldığında son bir yıl içerisinde zayıflama girişiminde bulunan ve bulunmayan kadınlar ile ORTO-11 puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bulgulara göre son bir yıl içerisinde zayıflama girişiminde bulunan kadınların, zayıflama girişiminde bulunmayan kadınlara göre daha ortorektik eğilimli oldukları saptanmıştır. Son bir yıl içerisinde zayıflama girişiminde bulunan ve bulunmayan erkekler ile ORTO-11 puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların obez bireylere karşı yaklaşımı ile ORTO-11 puan ortalamaları karşılaştırıldığında, obez bireylere karşı önyargılı olduğunu beyan eden kadınların ORTO-11 puanları, önyargılı olmadığını beyan eden kadın katılımcılara göre daha düşük bulunmuştur

($p < 0,05$). Bu bulguya göre obez bireylere karşı önyargılı olduğunu beyan eden kadınların daha ortorektik eğilimli olduğu saptanmıştır. Erkeklerde ise obez bireylere önyargılı bakıp bakmama beyanı açısından ORTO-11 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

29. Kadın katılımcıların sağlıklı olduğunu düşünme durumu ile ORTO-11 puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlıklı olduğunu düşünen kadınların ORTO-11 puan ortalamaları $26,0 \pm 4,92$, sağlıklı olduğunu düşünmeyen kadınların ORTO-11 puan ortalamaları ise $24,9 \pm 4,50$ 'dir. Sağlıklı olduğunu düşünen kadın katılımcılar ve sağlıklı olduğunu düşünmeyen kadın katılımcılar ile ORTO-11 puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

30. Korelasyon analizi sonuçlarına göre kadınlarda ve erkeklerde OÖÖ ve ORTO-11 puanları arasında pozitif korelasyon olduğu görülmektedir ($p < 0,01$).

31. Sağlık çalışanlarında ORTO-11 puanı ile BKİ arasında negatif yönlü olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir korelasyon vardır ($p < 0,05$).

32. Kadın çalışanlarda ORTO-11 puanı ile BKİ arasında negatif yönlü olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir korelasyon vardır ($p < 0,05$).

33. Erkek çalışanlarda hem OÖÖ puanı hem de ORTO-11 puanı ile BKİ arasında negatif yönlü olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($p < 0,05$).

34. OÖÖ ve ORTO-11 puanları arasında yapılan analizi sonuçlarına göre OÖÖ ve ORTO-11 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

7. ÖNERİLER

1. Bu çalışma kısıtlı bir alanda gerçekleştirilmiştir. Toplumdaki ortoreksiya nervoza riskinin belirlenebilmesi amacıyla farklı çalışma grupları ile araştırma sayısının artması Ortoreksiya Nervoza riskinin yaygınlığını daha açık bir şekilde gösterebilir.
2. Ortoreksiya Nervozayı sadece yeme davranışları ile ilgili bir bozukluk olarak değerlendirmeyip aynı zamanda bunun bir obsesif kompulsif bozukluk olabileceği de göz önünde tutularak bundan sonraki bu konuda yapılacak araştırmalarda obsesif kompulsif bozukluk ile ilgili bir ölçeğin eklenmesi sonucunda katılımcıların ortorektik davranışları ile ilgili bilgiye daha doğru ulaşılması sağlanabilir.
3. ORTO-11 ölçeği Türk kültürüne uygun şekilde planlanmış bir ölçektir. Ortoreksiya nervozanın tespiti için kullanılan ORTO-11 ölçeğinin uluslararası geçerliliği olan bir ölçek haline getirme çalışmaları yapılmalıdır.
4. Ortoreksiya Nervozanın seyri bu takıntının başlarında sağlıklı seçimler yapma gibi görünsede uzun vadede bireylerin sağlıklarını olumsuz etkilemektedir. Sağlıklı beslenme ve sağlıklı seçimler ile ilgili toplumun sağlığını uzun vadede koruma, toplumu bilinçlendirme çalışmaları yapılmalı, obezite ile mücadele için geliştirilen politikalar, ileri ki çalışmaların ışığında sağlıklı beslenme takıntısı için de sağlanmalıdır.
5. Dünya'da giderek artan obezite ile birlikte obez bireylere karşı önyargıların da arttığı görülmektedir. Bu olumsuz tutumlar obez bireylerin sağlıklarını ve sosyal yaşamlarını olumsuz etkileyebilir. Obezite önyargısına sahip bireylerin çoğu bu önyargının farkında değildir. Bu çalışmada da katılımcıların örtük önyargılarının olduğu görülmüştür. Bireylerin obezite önyargısına karşı farkındalığını arttıracak bilinçlendirme çalışmaları yapılması gerekmektedir.
6. Obezite tedavisinde multidisipliner bir çalışmanın gerekliliği ve özellikle obezitenin sebepleri araştırılarak elde edilen verilere göre tedavi planı oluşturulmalıdır.
7. Özellikle sağlık profesyonellerinin obezite önyargısı eğilimlerinin olması endişe vericidir. Bu durum obez bireylerin tedavi süreçlerinde olumsuz yansımaları neden olabilir. Bu sebeple sağlık profesyonellerinin eğitim

süreçlerinde ve meslek yaşantılarında obezite önyargısına karşı farkındalıklarını artıracak uygulamalara ve eğitime yer verilebilir.

KAYNAKLAR

1. Baysal A. (2011). Beslenme. 13. Baskı. Ankara: Hatiboğlu Yayınları; 2011.
2. Parks, N. What is Over nutrition and Undernutrition. Erişim:
<http://www.livestrong.com/article/410648-meal-replacement-smoothies-for-weight-loss/> Erişim Tarihi: 08.06.2017.
3. Taşan E. (2005). Identification, Evaluation and Epidemiology of Obesity, Türkiye Klinikleri International Journal of Medical Sciences, 1(37):1-4.
4. Serter, R. (2005). Obezite Atlası. Ankara: Ocak 2005: 3.
5. Welborn S. (2013) Comparison of obesity bias, attitudes, and beliefs among undergraduate dietetic students, dietetic interns, and practicing registered dietitians. Master Science Thesis, East Tennessee State University, Department of Allied Health Sciences, East Tennessee.
6. Setchell J. Watson B. Jones L. Gard M. Briffa K. (2014). Physio therapists demonstrate weight stigma: a cross-sectional survey of Australian physiotherapists. Journal of Physiotherapy; 60: 157-162.
7. Puhl, R. M., Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. Obesity. 17:941-964.
8. Sullivan, L. W., White, A. A., Inequality persists in healthcare. Erişim:
<http://edition.cnn.com/2014/07/15/opinion/sullivan-white-unequal-health-care-hospitals/index.html>. Erişim Tarihi: 04.06.2017.
9. Bertakis, K. D., Azari, R. (2005). The impact of obesity on primary care visits. ObesRes. 13(9):1615-23.
10. Washington, R. L. Childhood Obesity: Issues of Weight Bias. Erişim:
https://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/sep/10_0281.htm#Education Erişim Tarihi: 04.06.2017.
11. Mathieu, J. (2005). What is orthorexia? American Dietetic Association, October Volume 105. 10:1510-1512.
12. American Psychiatric Association, 2013. DSM-V The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edith. Erişim:

https://www.sciencetheearth.com/uploads/2/4/6/5/24658156/dsm-v-manual_pg490.pdf Erişim Tarihi: 01.07.2018.

13. Arusoğlu G. (2006) Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi, Orto-15 Ölçeğinin Uyarlanması.Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
14. Bonaechea B. B., Rial B. R., Sanchez G. F., Zamora M. L. C., (2005) Orthorexia Nervosa. A New Eating Behaviors is Order? Act As EspPsiquiatr 33(1): 666-668.
15. Kratina K., Orthorexia Nervosa. National Eating Disorders Association. Erişim:(<https://www.nationaleatingdisorders.org/orthorexia-nervosa>). Erişim Tarihi: 25.05.2017.
16. Donini, L., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., Canella, C. (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an Attempt to measure the dimension of the phenomenon. Eating and Weight Disorders. 9:151-157.
17. Strand, E. (2004). A new eating disorders. Psycholtoday. 37 (5): 16-19.
18. Billings, T. (2008). Obsession with dietary purity as an eating disorder. Erişim: <http://www.beyondveg.com/billings-t/orthorexia/orthorexia-1a.shtml>. Erişim Tarihi: 24.05.2017.
19. WHO, 10 Facts on Obesitiy. Erişim: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/> Erişim Tarihi: 07.06.2017.
20. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Obezite ile Mücadele Programı(2010-2014), Şubat 2010. Ankara.
21. Branca, F., Nikogosian, H., ve Lobstein, T. The Challenge of Obesity in the WHO European Region, Denmark, 2007.
22. WHO, Obesity and Overweight. Erişim: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> Erişim tarihi: 02.06.2017.
23. Ogden, C. L. Carroll, M. D. Kit, K. B., Flegal, K. M. (2012). Prevalence of Obesity in the United States, 2009-2010, NCHS Data Brief, No. 82.
24. Vandevijvere, S., Chow C. C., Hall K. D., Umali E., Swinburn B. A. (2015). Increased food energy supply as a major driver of the obesity epidemic: a

- global analysis. Bull. World Health Organ. 93 446-456.
10.2471/BLT.14.150565.
25. Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼. T¼rkiye’de Obezitenin G¼r¼lme Sıklığı. Erişim:
<http://beslenme.gov.tr/index.php?page=40> Erişim tarihi: 10.08.2018.
 26. Hacettepe ¼niversitesi N¼fus Et¼tleri Enstit¼s¼ (2009) Hacettepe ¼niversitesi
N¼fus Et¼tleri Enstit¼s¼, Sağlık Bakanlığı Ana ocuk Sağlığı ve Aile
Planlaması Genel M¼d¼rl¼ę¼, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı
M¼steřarlıęı ve T¼B¼TAK, Ankara, T¼rkiye.
 27. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu T¼rkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
2014ISBN: 978-605-4011-19-31. Baskı: Mayıs 2014.
 28. Korugan ¼, Damcı T, ¼zbey N. Klinik Obezite. Obezite alışma Grubu Yayını,
İstanbul, Roche Yayınları 2000.
 29. Sadock B. J., Sadock V.A. (2000) Kaplan&Sadock’s Comprehensive Textbook
of Psychiatry, Philadelphia, Baltimore, Lippincott Williams&Wilkins, 17F-
97.
 30. Danielsd¼ttir S, O’Brien K. S., Ciao A. (2010). Anti-fat prejudice reduction: a
review of published studies, *Obese Facts the European Journal of Obesity*,
3:47-58.
 31. Kushner R. F., Bessesen D. H. (2007). Treatment of the obese patient
(Contemporary endocrinology), Humana Press Inc, 121-144.
 32. Balcıoğlu İ, Başer Z. S. (2008). Obezitenin Psikiyatrik Y¼n¼. T¼rkiye’de Sık
Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. İstanbul, Mart, 341-348.
 33. Michael Briguglio. Obesity a social problem? Erişim:
<https://www.timesofmalta.com/articles/view/20160201/opinion/Obesity-a-social-problem.600838> Erişim Tarihi: 02.06.2017.
 34. Puhl R. M., Heuer C. A. (2010). Obesity Stigma: Important Considerations for
Public Health. *American Journal of Public Health*. 1019-1028.
 35. Quillian L. (2006). New Approaches to Understanding Racial Prejudice and
Discrimination. *Annu. Rev. Sociol.* 32:299-328.
 36. Puhl R. M., Brownell K. D. (2001). Bias, discrimination and obesity. *ObesRes.*
9:788-905.

37. Puhl R. M., Andreyeva. T., Brownell KD. (2008). Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *Int J Obes* 32:992-1000.
38. Carr D, Friedman MA. (2005) Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *J Health Soc Behav.* 46: 244–259.
39. Maclean L., Edwards N., Garlardı M., SimsJones N., Clinton K., Ashley L. (2009). Obesity Stigma and Public Health. *Health Promot. Int.*24(1):88-93
40. Puhl R. M., Latner J. L., O'Brien K., Luedicke J. L., Danielstottir S., Forhan M. (2015). A multinational examination of weight bias: predictors of anti-fat attitudes across four countries. *Int J Obes (Lond)*, 39:1166-1173).
41. Himmelstein M. S., Puhl R. M., Quinn D. M. (2017). Intersectionality: an understudied framework for addressing weight-stigma. *Am J Prev Med*, 53:421-431.).
42. Puhl R. M., Schwartz M. B., Brownell K. D. (2005). Impact of perceived consensus on stereotypes about obese people: a new approach for reducing bias. *Health Psychol*, 24:517-525.
43. Jones, D. C., Newman, J. B., Bautista, S. (2005). A three-factor model of teasing: the influence of friendship, gender, and topic on expected emotional reactions to teasing during early adolescence. *Social Development.* 14-3: 421-439.
44. Friedman, R. R., Puhl, R. M. (2012) Weight bias a social justice issue a policy brief. *Rudd Report Weight Bias.* 1-12.
45. Finkelstein, L. M., Frautschy Demuth, R. L., Sweeney, D. L. (2007). Bias against overweight job applicants: further explorations of when and why. *Human Resource Management.* 46-2:203-223.
46. Bacon, J. G., Scheltema, K. E., Robinson, B. E. (2001). Fat phobia scale revisited: the short form. *International Journal of Obesity.* 25: 252-257.
47. Klein, D., Najman, J., Kehrman, A. F., Munro. C. (1982). Patient characteristics that elicit negative responses from family physicians. *J FamPract.* 14(5):881-8.

48. Berryman, D. E., Dubale, G. M., Manchester, D. S., Mittelstaedt, R. (2006). Dietetics students possess negative attitudes toward obesity similar to non dietetics students. *J Am Diet Assoc.* 106: 1678-1682.
49. McArthur, L., Ross, J. (1997). Attitudes of registered dietitians toward personal overweight and overweight clients. *J Am Diet Assoc.* 97: 63-66.
50. Karakaya, G.(2016). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Bilimler Asistanlarının Obeziteye İlişkin Tutum, İnanç ve Önyargılarının Değerlendirilmesi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Adana
51. Crandall, C. S. (1994) Prejudice against fat people: ideology and self-interest. *J Pers Soc Psychol.* 66:882-894.
52. Diedrich F.C, Barlow F.K. (2011). How to lose weight bias fast! Evaluating a brief anti-weight bias intervention. *British Journal of Health Psychology* 16, 846–861.
53. Lee, M., Ata, R. N., Brannick, M. T. (2014). Malleability of weight-biased attitudes and beliefs: A meta-analysis of weight bias reduction interventions. *Body Image* 11: 251-259.
54. Andersen, A. E., Yager, J. (2005). Eating disorders. *Comprehensive Textbook and Psychiatry*, 8th Edith, cilt 1.
55. Ünalın, D., Öztıp, B. D., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Pırlak, B., Güneş, D. (2009). Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 16 (2): 75-81.
56. Abraham, S., Llewellyn-Jones, D. (1997). *Eating Disorders the Facts.* 4th Edition. Newyork: Oxford University Press.
57. Janout, V., Janoutova, G. (2004). Eating disorders risk groups in the Czech republic-cross-sectional epidemiologic pilot study. *Biomed Papers.* 148 (2):189-193.
58. Jarry, J. L. (1998). The meaning of body image for women with eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry* 43(4): 367-374.

59. Tahiroğlu, A. Y., Fırat, S., Diler, R. S., ve Avcı, A. (2005). Erkek çocuklarda yeme bozuklukları: Bir anoreksiya nevroza vakası. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 48: 151-157.
60. Özenoğlu, A. (2011). Yeme Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Komorbidite. Ankara: Başkent Üniversitesi.
61. Siyez, D. (2006). Yeme bozukluğu olan çocuklar ve ergenler etyolojisi ile ilgili çalışmalar, mücadele, değerlendirme ve tedavi. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi. 20:21-27
62. Kabakçı, E., Demir, B. (2001). Yeme bozuklukları. Hacettepe Tıp Dergisi. 32(2): 125-131.
63. Yücel, B. (2009). Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları. Klinik Gelişim Dergisi. 22 (4): 39-44.
64. Davison, G. C., Neale, J. M. (2004). Anormal Psikolojisi. (Çev. Dağ, İ) Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:29.
65. Rodin, G., Olmsted, M. P., and Rydall, A. C. (2002). Eating disorders in young women with type I DM. Journal of Psychosomatic Research. 53:943-949.
66. Gezer, C., Kabaran, S. (2013). Beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencileri arasında görölen ortoreksiya nervoza riski. S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi. 4(1):14-22
67. Bratman, S., Knight, D. (2000). Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating. Broadway Books, Newyork.
68. Bosi, B. T., Çamur, D., Güler, Ç., (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine. Appetite. 49:661-666
69. Matera-Brytek, A. (2012). Orthorexia nervosa-an eating disorder, obsessive compulsive disorder or disturbed eating habit? Archives of Psychiatry and Psychotherapy. 1: 55-60.
70. Kratina K. (2012). Orthorexia Nervosa.National Eating Disorders Association.Information and Referral Helpline: 800.931.2237
71. Akdede, B. B., Alptekin, K., Akvardar, Y., Kitiş, A. (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi: bilişsel işlevler ve klinik bulgular ile ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 16 (1): 13-19.
72. Tükel, R. (1997). Obsesif kompulsif spektrum bozuklukları. 3 P Dergisi. 5: 5-12.

73. Gürdal A. (1997). Anoreksiya nervoza obsesif kompulsif bozukluk ilişkisi. 3P Dergisi. 5(Ek1):22-25.
74. Milos, G., Spindler, A., Ruggiero, G., Klaghofer, R., Schnyder, U. (2002). Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 31: 284-289.
75. Koven N., Abry, A. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*.11:385-394.
76. Ramacciotti, C. E., Perrone, P., Coli, E., Burgalassi, A., Conversano, C., Massimetti, G., Dell'osso, L. (2011). Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eating and Weight Disorders*.16(2):127-130.
77. Moroze, R. M., Dunn, T. M., Craig, H. J., Yager, J., Weintraub, P. (2015). Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal "orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*. 56(4):397-403.
78. Bartrina, J. A. (2007). Ortorexia o la obsesi3n por la dieta saludable. *Arch Latinoam Nutr*. 57(4):313-315.
79. Ercan A, Akçil Ok M, Kızıltan G, Altun S.(2015).Sağlık Bilimleri 3ęrencileri İçin Obezite 3nyargı 3leğinin Geliştirilmesi. *Uluslar Arası Hakemli Beslenme Araştırmaları Dergisi*. 2(3):29-43.
80. Ergin, G. (2014). Sağlık personeli olan ve olmayan bireylerde ortoreksiya nervoza sıklığı araştırması. *Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
81. Karakaya, K., Baran, E., Tzn, H., G3men, L., Erata, M., Arıkan, İ., K3kalan Yeşil, H. (2012).Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması. Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Ankara)
82. Ata, A., Vural, A.,Keskin. F., (2014) Beden Algısı ve Obezite.*Ankara Med J*. 14(3): 74 -84
83. Hamurcu, P.,3ner, C.,Telatar, B.,Yeşidağ, ř. (2015).Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi.*Türk Aile Hek Derg.*,19 (3): 122-128.

84. Almeida, C., Santos, V.V.B. (2018). Orthorexia nervosa in a sample of Portuguese fitness participants, *Eating and Weight Disorders*. Volume 23, Issue 4. pp 443–451
85. Özkahya, K.D. (2015). Online diyet alan yetişkin bireylerde ortoreksiya nervoza ve ilişkili parametrelerin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
86. Baş, Y. (2014). Diyetisyenlerde Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya Nervoza) ve Yeme Tutumlarının Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
87. Yeşil, E., Turhan, B., Tatan, D., Şarahman, C., Saka, M. (2018). Yetişkin bireylerde cinsiyetin ortoreksiya nervoza eğilimine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 7, (1), 1-9.
88. Aksoydan E., Camci N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 14(1): 33-37.
89. Byrtek-Matera, A., Donini L.M., Krupa, M., Poggiogalle, E., Hay, P. (2015) Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. 3:2 DOI 10.1186/s40337-015-0038-2.
90. Eriksson, L., Baigi, A., Marklund, B., Lindgren, E.C. (2008). Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scand J Med Sci Sports*. 18: 389-94.
91. Segura-García, C., Papaiani, M.C., Caglioti, F., Procopio, L., Nisticò C.G, Bombardiere, L., Ammendolia, A., Rizza, P., De Fazio, P., Capranica, L. (2012). Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered behavior in athletes. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 17(4): 226-233.
92. Okumuşoğlu, S. (2017). The Relationship of Orthorexic Tendencies with Eating Disorder Tendencies and Gender in a Group of University Students. *Curr Res Educ*. 3(3) · 105-115).
93. Sanlier, N., Yassibas, E., Bilici, S., Sahin, G., Celik, B. (2016). Does the rise in eating disorders lead to increasing risk of orthorexia nervosa? Correlations with gender, education, and body mass index. *Ecol Food Nutr*. 15:1-13.

94. Uysal, H. (2017). Duygu D zenleme G l kleri İle Orthorexia Nervosa Arasındaki İlişkide Erken D nem Uyumsuz Őemaların Etkisi. Yüksek Lisans Tezi.İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
95. Winzelberg, A. J., Taylor, C. B., Sharpe, T., Eldredge, K. L., Dev, P., Constantinou, P. S. (1998). Evaluation of a computer-mediated eating disorder intervention program. *International Journal of Eating Disorders*, 24(4), 339-349.
96. Oğur,S.,Aksoy,A.,Güngör,Ő. (2015). niversite  ğrencilerinde Ortoreksiya Nervosa Eğiliminin Belirlenmesi BE  Fen Bilimleri Dergisi 4(2), 93-102.
97. Atmaca, G., D., Durat, G. (2017). Ortorektik Eğilimlerin Yeme Tutumu ve Obsesif Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Journal of Human Sciences*, 14(4), 3571-3579. doi:10.14687/jhs.v14i4.4729.
98. Kazkondur, İ. (2010). Üniversite  ğrencilerinde Ortoreksiya Nervosa (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
99. Fidan, T., Ertekin, V., IŐıkay, S., Kırpınar, İ. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*. 51 (1): 49-54.
100. Dalmaz, M., Yurtdaş, T.G. (2015).Prevalence of orthorexia Nervosa symptoms among people who exercise in gyms.*Uluslararası Hakemli Ortopedi Travmatoloji ve Spor Hekimliği Dergisi (OTSHD)*. 4:23-39
101. Alvarenga,M.S., Martins, M.C., Sato, K.S., Vargas, S.V., Philippi, S.T., Scagliusi, F.B. (2012). Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15. *Eat Weight Disord*.17 (1):29-35.
102. Karakus,B.,Hidiroğlu,S.,Keskin,N.,Karavus,M. (2017).Orthorexia nervosa tendency among students of the department of nutrition and dietetics at a university in Istanbul.*North Clin Istanbul*.4(2):117-123.
103. Kinzl,J.F., Hauer, K., Traweger, C., Kiefer,I. (2006).Orthorexia nervosa in dietitians. *Psychother Psychosom*. 75: 395-6.

104. Acar-Tek, N., Karaçil-Ermumcu, M. Ş. (2016). Sağlık Profesyonellerinde Sağlıklı Beslenme Kaygısı: Ortoreksiya Nervoza. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(2): 59-71.
105. Łucka, I., Janikowska-Hołoweńko, j., Domarecki, P., Plenikowska-Ślusarz, T., Domarecka, M., Orthorexia nervosa – a separate clinical entity, a part of eating disorder spectrum or another manifestation of obsessive-compulsive disorder?. *Psychiatr. Pol.* www.psychiatriapolska.pl ISSN 0033-2674 DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/85729>
106. Malmborg, J., Bremander, A., Olsson, M. C., & Bergman, S. (2017). Health status, physical activity, and orthorexia nervosa: A comparison between exercise science students and business students. *Appetite*, 109, 137-143
107. Rudolph S (2017) The connection between exercise addiction and orthorexia nervosa in German fitness sports. *Eat Weigh Disord.* <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0437-2>.
108. Alemdar, S.,(2016).Özel bir zayıflama merkezine devam eden yetişkin kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ağırlık kaybına yansımalarının değerlendirilmesi,Yüksek Lisans Tezi,Başkent Üniversitesi,Sağlıklı Bilimleri Enstitüsü.
109. McInerney-Ernst, E.M.(2011).Orthorexia nervosa: real construct or newest social trend? Dissertation. University of Missouri-Kansas City. <http://hdl.handle.net/10355/11200> downloaded 18.08.2018
110. Simpson. C.C.,Mazzeo. S.E. (2017).Attitudes toward orthorexia nervosa relative to DSM-5 eating disorders,*Int J Eat Disord.*50:781–792.
111. Kara, B., Çelik, A. (2015). The relationship between risk for eating disorder and health-related quality of life in patients with multiple sclerosis. *Gulhane Med J*, 57, 36-40
112. Barnes MA, Caltabiano ML.(2017). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eat Weight Disord.*22(1):177-184. doi: 10.1007/s40519-016-0280-x.
113. Soygar, P.,Kadioğlu,U.B.,Uncu, F. (2017).The Risk of Orthorexia in Turkish Adults and Relation with Body Mass Index.*5(12): 751-755.*

114. Asil, E., Sürücüoğlu, M.S. (2015). Orthorexia Nervosa in Turkish Dietitians. *Ecol Food Nutr.* 54(4): 303-313.
115. Oberle, C.D., Samaghabadi, R.O., Hughes, E.M. (2017) Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite* 108:303-310.
116. Varga, M., Thege, B.K., Dukay-Szabó, S., Túry, F., Furth, E.F. (2014). When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry.*28:14:59.
117. Sert, H.,Seven,A., Çetinkaya, S.,Pelin, M.,Aygin, D. (2016).Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Obezite Ön Yargı Düzeylerinin Değerlendirilmesi.Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi.Cilt 1, Sayı 4, 9-17.
118. Stein, J., Luppá, M., Ruzanska, U., Sikorski, C., König, H.H., Riedel-Heller, S.G. (2014). Measuring negative attitudes towards overweight and obesity in the German population-psychometric properties and reference values for the German short version of the fat phobia scale (FPS). *PloS one*, 9(12);1-18.
119. Altun, S. (2015). Üniversite öğrencilerinin obeziteye ilişkin önyargılarının belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Ankara.
120. Pantenburg, B., Sikorski,C., Luppá, M., Schomerus, G., König, H-H.,Werner, P.,Riedel-Heller, S.G. (2012).Medical Students' Attitudes towards Overweight and Obesity. *PLoS ONE* 7(11): e48113.
121. Yılmaz, C.Y.,Dinç,Z.F. (2010).Beden eğitimi ve spor yüksekokulunda öğrenim gören genç kadın ve erkek öğrencilerin kilofobi düzeylerinin karşılaştırılması. *SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, VIII (1) 29-34.
122. İsmail E. (2016) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Obeziteye İlişkin İnanç Tutum ve Önyargılarının Değerlendirilmesi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim DalıTıpta Uzmanlık Tezi. Adana.
- 123.Uğurel, B.B., (2017) İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde obezite önyargısının belirlenmesi. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi.Uzmanlık Tezi.

124. O'Brien, K.S., Daniélsdóttir, S., Olafsson, R.P. (2013). The relationship between physical appearance concerns, disgust, and anti-fat prejudice. *Body Image* 10: 619-623.
125. Perez-Lopez, M. S., Lewis, R. J., Cash, T. F. (2005). The Relationship Of Antifat Attitudes To Other Prejudicial And Gender-Related Attitudes", *Journal of Applied Social Psychology*, 24(5): 517-25.
126. Latner, J.D., Stunkard, A.J., Wilson, G.T.(2005) Stigmatized students: age, sex, and ethnicity effects in the stigmatization of obesity. *Obes Res.*13:1226–1231.
127. Stuart, W.F., Hudson J., Lavallee D.(2015) UK adults' implicit and explicit attitudes towards obesity: a cross-sectional study. *BMC Obesity*. 2:31.
128. Puhl, R., Wharton, C., Heuer, C. (2009). Weight bias among dietetics students: implications for treatment practices. *J Am Diet Assoc.*109: 438-444.
129. Akman, M., Kivrakoğlu, E., Çıfçılı, S., Cöbek-Ünalın, P.(2010). Weight bias among primary care health professionals: personal attitude matters. *Obesity and Metabolism.*6:63-68.
130. Sikorski, C., Luppá, M., Braehler, E., König, H.H., Riedel-Heller, S.G. (2012) Obese Children, Adults and Senior Citizens in the Eyes of the General Public: Results of a Representative Study on Stigma and Causation of Obesity. *PlosOne* 7: 1-9.
131. McClure, K.J., Puhl, R.M., Heuer, C.A. (2011) Obesity in the news: do photographic images of obese persons influence antifat attitudes? *J Health Commun* 16: 359-371.
132. Puhl, R.M., Luedicke, J., Heuer, C. (2011). Weight-based victimization toward overweight adolescents: observations and reactions of peers. *J Sch Health* 81: 696-703.
133. Schwartz, M. B., Vartanian, L. R., Nosek, B. A., & Brownell, K. D. (2006). The influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias. *Obesity*, 14, 440–447.
134. Brown, I., Stride, C., Psarou, A., Brewins, L., Thompson, J.(2007) Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs, and attitudes. *J Adv Nurs*. 59:329–341.

135. Oberrieder, H., Walker, R., Monroe, D., Adeyanju, M. (1995). Attitudes of dietetics students and registered dietitians toward obesity. *J Am Dietetic Assoc.*95:914-6.
136. Diversi, T.M., Hughes, R. and Burke, K.J. (2016). The prevalence and practice impact of weight bias amongst Australian dietitians. *Obesity Science & Practice.* doi: 10.1002/osp4.83
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5192547/>
137. Bardak, N., (2018). Nutrition and Dietetics Students' Attitudes towards Obesity. *IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)* 23(1): 27-29.
138. Campbell K, Crawford D. (2000). Management of obesity: Attitudes and practice of Australian dietitians. *Int J Obes.*24:701-710.
139. Hellbardt M, Riedel-Heller SG, Sikorski C (2014) Dietitians' attitudes towards obese patients. *Ernahrungs Umschau* 61(5): 78–81. DOI: 10.4455/eu.2014.015
140. Bacardí-Gascón, M., Jiménez-Cruz, A., Castillo-Ruiz, O., Bezares-Sarmiento, V., and León-González, J. M. (2015). Fat phobia in Mexican nutrition students. *Nutr. Hosp.* 32, 2956–2957. doi: 10.3305/nh.2015.32.6.9812
141. Foster, G.D., Wadden, T.A., Makris, A.P., Davidson, D., Sandersn, R.S., Allison, D.B., Kessler, A.(2003). Primary Care Physicians' Attitudes About Obesity And Its Treatment. *Obes Res.* 11:1168–1177.
142. Teachman, B.A., Brownell, K.D. (2001). Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *Int J Obes Relat Metab Disord.*25:1525-31.
143. Sabin, J.A., Marini, M., Nosek, B.A. (2012) Implicit and Explicit Anti-Fat Bias among a Large Sample of Medical Doctors by BMI, Race/Ethnicity and Gender. *PLoS ONE* 7(11): e48448.
144. Tomiyama, A.J., Finch, L.E., Belsky, A.C., Buss, J., Finley, C., Schwartz, M.B., Daubenmier, J.(2015). Weight bias in 2001 versus 2013:contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals. *Obesity.* 23:46-53.
145. Schwartz, M.B., Chambliss, H.O., Brownell, K.D., Blair, S.N., Billington, C. (2003). Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obes Res.* 11(9):1033-9.

146. Puhl, R.M. (2014). Obesity Bias in training: attitudes, beliefs, and observations among advanced trainees in professional health disciplines. *Obesity*. 22, 1008-1015.)
147. Phelan, S.M., Dovidio, J.F., Puhl, R.M., Burgess, D.J., Nelson, D.B., Yeazel, M.W., Hardeman, R., Perry, S., van Ryn, M. (2014). Implicit and explicit weight bias in a national sample of 4,732 medical students: the medical student changes study. *Obesity Review*, 22(4),1201-1208.
148. Miller, D.P., Spangler, J.G., Vitolins, M.Z., Davis, S.W., Ip, E.H., Marion, G.S., Crandall, S.J. (2013). Are medical students aware of their anti-obesity bias? *Acad Med*.88: 978-982.
149. Wiese, H.J., Wilson, J.F., Jones, R.A., Neises, M. (1992). Obesity stigma reduction in medical students. *Int J Obes Relat Metab Disord*.16:859-68.
150. Maroney, D., Golub, S. (1992). Nurses' attitudes toward obese persons and certain ethnic groups. *Percept Mot Skills*.75: 387-91.
151. Young, L.M., Powell, B. (1985).The effects of obesity on the clinical judgments of mental health professionals, *J Health Soc Behav*,26: 233-46.
152. Altınayak, Ö.S.,Gür, E.Y.,APAY, E.S.,Özkan, H. (2017).Ebelik öğrencilerinin obez gebelere karşı önyargısı.*Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20:3.
153. Karakus, B., Hidiroglu S., Keskin, N., Karavus, M., (2017). Orthorexia nervosa tendency among students of the department of nutrition and dietetics at a university in Istanbul. *North Clin Istanbul*. 4(2): 117–123.
154. Varga M, Dukay-Szabó S, Túry F, van Furth Eric F. Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 18(2): 103-111, 2013
155. Bundros J, Clifford D, Silliman K, Morris Neyman M (2016). Prevalence of orthorexia nervosa among college students based on Bratman's test and associated tendencies. *Appetite*. 101: 86-94

EKLER

Ek 1. Proje Onayı



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu



Sayı : 94603339-604.01.02/ 21113
Konu : Proje Onayı

08/06/2017

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Pakize Gizem Akgül tarafından yürütülecek olan KA17/166 nolu "Özel bir hastanede çalışan personelin obezite önyargıları ve ortorektik davranışlarının değerlendirilmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07/06/2017 tarih ve 17/51 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ
Kurul Başkanı

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Başkent Caddesi (Eski 1. Cadde) 77. Sokak (Eski 16. Sokak) No:11 06490 Bahçelievler / Ankara
Telefon No: 0 312 212 90 65 Faks No: 0 312 221 37 59
E-posta: arastirma@baskent.edu.tr İnternet Adresi: www.baskent.edu.tr

Bilgi İçin: Liliifer TAŞBİLEK
Unvan: Sekreter
Telefon No: 2129065-2228



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

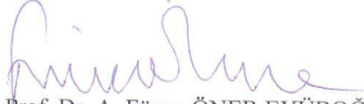
KARAR

KARAR TARİHİ	KARAR SAYISI	PROJE NO
07/06/2017	17/51	KA17/166

Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencisi Pakize Gizem Akgül tarafından yürütülecek olan KA17/166 nolu ve "Özel bir hastanede çalışan personelin obezite önyargıları ve ortorektik davranışlarının değerlendirilmesi" başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.



• Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ



• Prof. Dr. A. Füsün ÖNER EYÜBOĞLU



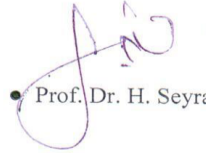
• Prof. Dr. Neslihan ARHUN



• Yrd. Doç. Dr. Rifat V. YILDIRIM

Katılmadı.

• Prof. Dr. Araş PİRAT



• Prof. Dr. H. Seyra ERBEK

• Doç. Dr. Taner SEZER



Ek 2. Anket Formu

Anket No:

ÖZEL BİR HASTANEDE ÇALIŞAN PERSONELİN OBEZİTE ÖNYARGILARI VE ORTOREKTİK DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu anket formu Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalında yapılmakta olan yüksek lisans tezi için veri toplama amacı ile düzenlenmiştir. Anketin amacı; bireylerin obezite önyargılarının ve Ortorektik davranışlarının belirlenmesidir. Ortorektik davranışlar 'sağlıklı beslenme takıntısı' ni ifade etmektedir. Araştırma sonucu elde edilen verilerin tamamı bilimsel amaçlı olarak kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Çalışmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

GENEL BİLGİLER

1. Yaş:.....
2. Cinsiyet: 1.Kadın 2.Erkek
3. Medeni Durumunuz: 1.Evli 2.Bekar 3.Boşanmış/Dul
4. Eğitim durumu:
 - 1.Okur-yazar değil
 - 2.Okur-yazar
 - 3.İlkokul mezunu
 4. Ortaokul mezunu
 - 5.Lise ve dengi mezunu
 - 6.Yüksekokul-üniversite mezunu
 7. Yüksek lisans/doktora mezunu
5. Mesleğiniz:
 - 1.Doktor
 - 2.Hemşire
 - 3.Sağlık Teknisyeni
 - 4.APLUS personeli
 - 5.Hasta Hizmetleri
 - 6.Teknik Hizmetler
 - 7.Diğer.....
6. Kaç yıldır sağlık personeli olarak ya da bir sağlık kuruluşunda çalışıyorsunuz?
..... yıl, ya daay

7. Gelir düzeyiniz:
1.Gelirim giderimden az
2.Gelirim giderime eşit
3.Gelirim giderimden fazla
8. Boy:.....cm
9. Ağırlık:.....kg
10. Sağlıklı olduğunuzu düşünüyor musunuz?
1.Evet 2.Hayır
11. Sağlıklı bir şekilde beslendiğinizi düşünüyor musunuz?
1.Evet 2.Hayır 3.Fikrim yok
12. Sigara içiyor musunuz?
1.Evet 2. Hayır 3.Bıraktım
13. Cevabınız 'Evet' ise günde kaç adet sigara içiyorsunuz?
Günde.....adet
14. Ne kadar süredir sigara kullanıyorsunuz?
..... ayyıl
15. Alkol tüketiyor musunuz?
1.Evet 2.Hayır
16. Cevabınız 'Evet' ise ne sıklıkla ve miktarda alkol tüketirsiniz?
1. Her gün düzenli olarak
2. Haftada birkaç kez
3. Ayda birkaç kez
4. Sadece özel günlerde, arkadaş toplantılarında
17. Fiziksel görünümünüzü nasıl değerlendiriyorsunuz?
1.Zayıf 2.Normal 3.Hafif Şişman 4.Obez(Şişman)
18. Günde kaç öğün besleniyorsunuz?
Ana Öğün:..... Ara Öğün:.....
19. Öğün atlıyor musunuz?
1.Evet 2.Bazen 3.Hayır
20. Düzenli olarak spor yapıyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır

21. Cevabınız 'EVET' ise aktivite türü ve sıklığını belirtiniz

	Haftada kaç gün	Ayda kaç gün	Kaç saat / dakika	Nadiren veya hiç
1. Yürüyüş				
2. Koşu				
3. Yüzme				
4. Tenis				
5. Bahçe işleri				
6. Diğer.....				

22. Son bir yıl içinde aşağıdaki zayıflama girişimlerinden birini uyguladınız mı? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Hayır, uygulamadım.
2. Diyet
3. Egzersiz
4. İlaç
5. Bitkisel Destek
6. Cerrahi Yöntem
7. Diüretik kullanımı
8. Diğer (akupunktur vb.) Belirtiniz:.....

23. Obez (şişman) bireylere karşı yaklaşımınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- 1.Önyargılıyım
- 2.Önyargsızım
3. Kararsızım

Aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve size göre en uygun seçeneği (X) ile işaretleyiniz

ORTO-11 ÖLÇEĞİ

	Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Asla
1.Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?				
2.Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?				
3.Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?				
4.Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?				
5.Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?				
6.Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz oldu mu?				
7. Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?				
8.Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi?				

(dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açısından)				
9.Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?				
10.Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hissedersiniz mi?				
11.Piyasada sağlıksız besinlerinde satıldığını düşünür müsünüz?				

Aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve size göre en uygun seçeneği (X) ile işaretleyiniz

OBEZİTE ÖNYARGI ÖLÇEĞİ

	Şişman Bireyler.....	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.	Bencildirler					
2.	Güzel yüzlüdürler					
3.	Estetik değildirler					
4.	Güler Yüzlüdürler					
5.	İradesizdirler					
6.	Hastalıklara yatkındırlar					
7.	Mutludurlar					
8.	Toplumda yemek yemekten hoşlanmazlar					
9.	Korkaktırlar					
10.	Misafirperverdirler					
11.	Çekicidirler					
12.	Hareket yetenekleri kısıtlıdır					
13.	Ter kokarlar					
14.	Sempatiktirler					
15.	Sağlıklı görünürler					
16.	Hareket etmeyi sevmezler					
17.	Özgüvenlidirler					
18.	Yaşam kaliteleri düşüktür					
19.	Olduğundan daha yaşlı görünürler					
20.	Sosyal ilişkileri güçlüdür					
21.	Çabuk yorulurlar					
22.	İyi dinleyicidirler					
23.	Hareketlerinde yavaştırlar					
24.	Tembeldirler					
25.	Güzel yemek yaparlar					
26.	Görünümlelerinden dolayı duygusal ilişkilerde tercih edilmezler					
27.	Cana yakındırlar					