T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DÜZENLİ FİZİKSEL AKTİVİTE YAPAN VE YAPMAYAN KADINLARDA ORTOREKSİYA NERVOZA GÖRÜLME DURUMU

Hazırlayan
Şuheda YÜKSEL

Danışman
Doç.Dr. Arda BORLU

Yüksek Lisans Tezi

Ağustos 2023
KAYSERİ

T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DÜZENLİ FİZİKSEL AKTİVİTE YAPAN VE YAPMAYAN KADINLARDA ORTOREKSİYA NERVOZA GÖRÜLME DURUMU

Yüksek Lisans Tezi

Hazırlayan
Şuheda YÜKSEL

Danışman
Doç.Dr. Arda BORLU

Ağustos 2023
KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, tüm bilgilerin akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda akademik ve etik kuralların gerektirdiği gibi tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel kurallara uygun olarak atıfta bulunduğumu ve kaynaklar listesinde gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Şuheda YÜKSEL

İmza:

YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

"Düzenli Fiziksel Aktivite Yapan ve Yapmayan Kadınlarda Ortoreksiya Nervoza Görülme Durumu" adlı **Yüksek Lisans Tezi,** Erciyes Üniversitesi Lisans Üstü Tez Önerisi ve Tez yazma Yönergesi 'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan	**Danışman**
Şuheda YÜKSEL	**Doç. Dr. Arda BORLU**

Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

KABUL VE ONAY SAYFASI

Doç. Dr. Arda BORLU danışmanlığında **Şuheda YÜKSEL** tarafından hazırlanan **"Düzenli Fiziksel Aktivite Yapan ve Yapmayan Kadınlarda Ortoreksiya Nervoza Görülme Durumu"** konulu bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi **olarak kabul edilmiştir.**

……/……/2023

JÜRİ **İmza**

Danışman : Doç. Dr. Arda BORLU

Üye : Doç. Dr. Hasan DURMUŞ

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Selma DURMUŞ SARIKAHYA

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun …….. tarih ve …… sayılı kararı ile onaylanmıştır.

…../……./**2023**

Prof. Dr. Bilal AKYÜZ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu tez projesinin planlanması, yürütülmesi ve yazılması hususlarında göstermiş olduğu destek ve yardımlarından ötürü saygıdeğer danışman hocam Doç. Dr. Arda BORLU'ya teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca tezimin uygulama safhasında bana yardımcı olan Kocasinan Belediyesi Barbaros Spor Kulübü Müdürü Fatih TÖME ve iş arkadaşlarıma (Gamze, Şeyma ve Makbule Hoca'ya) ve çalışmalarım süresince birçok fedakârlıklar gösterip, yaşamımın her döneminde bana duydukları güven için aileme en derin duygularla teşekkür ederim.

Şuheda YÜKSEL

KAYSERİ 2023

DÜZENLİ FİZİKSEL AKTİVİTE YAPAN VE YAPMAYAN KADINLARDA ORTOREKSİYA NERVOZA GÖRÜLME DURUMU

Şuheda YÜKSEL
Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi, Temmuz 2023
Danışman: Doç. Dr. Arda BORLU

ÖZET

Sağlıklı beslenmenin sağlık üzerine olumlu etkileri olmakla birlikte takıntı haline gelmesi yaşamı olumsuz etkilemekte ve 'Ortoreksiya Nervoza' kavramı karşımıza çıkmaktadır. Çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınlarda ortoreksiya nervoza görülme durumunun incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya 2021 Ekim ile 2022 Şubat aralığında bir spor kulübüne kayıtlı, 18-65 yaş haftada en az 3 gün ve 60 dk şeklinde düzenli fiziksel aktivite yapan en az 80 kadın olgu grubu; aynı yere herhangi bir nedenle başvuran olgu grubuna benzer yaşlarda, eğitim ve ekonomik düzeyde fiziksel aktivite yapmayan en az 80 kadın ise kontrol grubu olarak alınmıştır. Veriler dört bölümden (sosyo-demografik özellikler, antropometrik ölçümler, sağlık durumu/hayat tarzı alışkanlıkları, Orto-11 ölçeği) oluşan bir anketle yüzyüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. İstatiksel değerlendirilmesinde; nicel veriler için aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca, min-max değerleri kullanılarak düzenli fiziksel altivite yapan ve yapmayan kadınların ölçek puan ortalamalarının sosyodemografik verilerle karşılaştırılmasında, kikare ve One Way Anova testleri; antropometrik ölçümlerle karşılaştırılmasında ise bağımsız t testi uygulanmıştır.
Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınlarda diyet yapanlar, yeterli su tüketenler, yeterli beslenenler ve besin takviyesi kullanmayanların oranları yapmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların beslenmeyle ilgili özellikleri kendi aralarında karşılaştırıldığında kronik hastalıklara sahip olan ve diyet yapanlarda; fiziksel aktiviteyle ilgili özellikleri kendi aralarında karşılaştırıldığında ise sağlıklı olmak için ve en az 6 ay süreyle düzenli fiziksel aktivite yapanlarda ortorektik eğilim daha fazla bulunmuştur. En fazla yapılan fiziksel aktivite yürüyüş ve fitnesstır. Ortoreksiya nervoza görülme sıklığı düzenli fiziksel aktivite yapan kadınlarda daha yüksektir. Bu durum düzenli fiziksel aktivite yapan kadınlarda sağlıklı beslenmenin takıntıya dönüştürülme riskinin yüksek olabileceğini göstermiştir. Bu sebeple egzersiz yapan kişiler sağlıklı beslenme hakkında bilgilendirilmelidir. Ayrıca, düzenli tıbbi izleme ve ortoreksiya nervozaya özgü tarama araçlarının düzenli kullanımı sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Düzenli fiziksel aktivite; Ortoreksiya nervoza; Ortorektik; ORTO-11; Sağlıklı beslenme

THE INCIDENCE OF ORTHOREXIA NERVOSA IN WOMEN WHO DO AND DO NOT DO REGULAR PHYSICAL ACTIVITY

Şuheda YÜKSEL
Erciyes University, Institute of Health Sciences
Department of Public Health
Master Thesis, July 2023
Supervisor: Doç. Dr. Arda BORLU

ABSTRACT

Although healthy eating has positive effects on health, obsession negatively affects life and the concept of "Orthorexia Nervosa" appears before us. In the study, it was aimed to examine the incidence of orthorexia nervosa in women who do and don't do regular physical activity. A group of 80 women who were registered to a sports club between October 2021 and February 2022, and engaged in regular physical activity at least 3 days a week and 60 minutes per week, were included in the study; 80 women who applied to the same place for any reason who didn't engage in physical activity were taken as the control group. The data were collected through face-to-face interviews with a questionnaire consisting of four parts (socio-demographic characteristics, anthropometric measurements, health status/lifestyle habits, Ortho-11 scale). SPSS 22.0 program was used in the analysis of the data. In the statistical evaluation; for quantitative data, using arithmetic mean, standard deviation, median, and min-max values, chi-square and One Way Anova tests were used to compare the mean scores of the women with and without regular physical activity with sociodemographic data; in comparison with anthropometric measurements, independent t-test was used.

The rates of those who diet, consume adequate water, eat adequately and do not use nutritional supplements in women who do regular physical activity were found to be significantly higher than those who do not. When the nutritional characteristics of women who regularly physical activity are compared among themselves, in those who have chronic diseases and diet; when physical activity characteristics were compared among themselves, orthorexic tendency was found to be higher in those who did regular physical activity to be healthy and those who regularly physical activity for at least 6 months. The most common physical activities are walking and fitness. The incidence of orthorexia nervosa is higher in women who regularly physical activity. This situation has shown that women who engage in regular physical activity may have a higher risk of becoming obsessed with healthy eating. For this reason, people who exercise should be properly informed about healthy nutrition. In addition, regular medical monitoring and regular use of screening tools specific to orthorexia nervosa should be provided.

Keywords: Healthy eating; Orthorexia nervosa; Orthorexic; ORTO-11; Regular Physical activity

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK .....
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK i
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI ii
TEŞEKKÜR iv
ÖZET v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vii
KISALTMALAR ve SİMGELER ix
TABLOLAR LİSTESİ x
ŞEKİLLER LİSTESİ xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Yeme Bozuklukları 4
2.1.1. Anoreksiya Nervoza 5
2.1.2. Bulimiya Nervoza 5
2.1.3. Pika 5
2.1.4. Geri Çıkarma Bozukluğu (Ruminasyon) 5
2.1.5. Tıkanırcasına yeme bozukluğu 6
2.1.6. Kaçıngan Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu 6
2.1.7. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu 6
2.1.8. Diğer Tanımlanmış Beslenme ve Yeme Bozukluğu (OSFED) 6
2.2. Ortoreksiya Nervoza 7
2.2.1 .Ortoreksiya Nervoza Tanımı 7
2.2.2. Ortoreksiya Nervoza Sınıflandırması ve Tanı Kriterleri 8
2.2.3. Ortoreksiya Nervoza Risk Faktörleri 12
2.3. FİZİKSEL AKTİVİTE 14
2.3.1. Fiziksel Aktivite Tanımı 14
2.3.2. Fiziksel Aktivitenin Önemi ve Faydaları 14
2.3.3. Fiziksel Aktivite Türleri 16
2.3.4. Fiziksel Aktivite ve Yeme Bozuklukları İlişkisi 17
2.3.5. Fiziksel Aktivite ve Cinsiyet İlişkisi 17

3. GEREÇ VE YÖNTEM 19
3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Tipi 19
3.2. Araştırma Verilerinin Toplanması 19
3.3. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi 20
3.4. Araştırma Etik Durumu 20
4. BULGULAR 21
5. TARTIŞMA 33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 41
7. KAYNAKLAR 44
EKLER
ÖZGEÇMİŞ

KISALTMALAR ve SİMGELER

AN **:** Anoreksiya Nervosa

BKİ **:** Beden Kitle İndeksi

BN **:** Bulimiya Nervosa

DSM-V **:** Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5. Baskı

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

KKYAB **:** Kaçınma/Kısıtlayıcı Gıda Alımı Bozukluğu

ON **:** Ortoreksiya Nervoza

OSFED **:** Diğer Tanımlanmış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Ortoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri 10
Tablo 2.2. Ortoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri 11
Tablo 2.3. Ortoreksik bir hasta tarafından gıda ile ilgili gösterilen örnek kaygılar 12
Tablo 4.1. Düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınların bazı özelliklerinin karşılaştırılması 21
Tablo 4.2. Düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınların vücut ağırlık durumları ve algılarının karşılaştırılması 23
Tablo 4.3. Düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınların bazı beslenme davranışlarının karşılaştırılması 24
Tablo 4.4. Düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınların ortorektik puan ortalamalarının karşılaştırılması 25
Tablo 4.5. Düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınlarda ORTO-11 sorularının puan ortalamalarının karşılaştırılması 26
Tablo 4.6. Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların yaş, eğitim, kendi sağlık durumu beyanı, kronik hastalık varlığı ve sigara kullanım durumlarının ortorektik puan ortalamalarının karşılaştırılması 27
Tablo 4.7. Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların vücut ağırlık durumları ve algılarının ortorektik puan ortalamalarının karşılaştırılması 27
Tablo 4.8. Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların diyet yapma, ara/ana öğün tüketimi, su tüketimi, kendi beslenme tanımı ve besin takviyesi kullanım durumlarının ortorektik puan ortalamalarının karşılaştırılması 28
Tablo 4.9. Fiziksel aktivite yapmayan kadınların ortoretrik puan ortalamalarının bazı değişkenlerle karşılaştırılması 29
Tablo 4.10. Fiziksel aktivite yapmayan kadınların vücut ağırlık durumları ve algılarının ortorektik puan ortalamalarının karşılaştırılması 29
Tablo 4.11. Fiziksel aktivite yapmayan kadınların sigara kullanımı, ara/ana öğün tüketimi, su tüketimi, kendi beslenme tanımı ve besin takviyesi kullanım durumlarının ortorektik puan ortalamalarının karşılaştırılması 30

Tablo 4.12. Fiziksel aktivite özelliklerinin ortorektik puan ortalamalarının karşılaştırılması 31

Tablo 4.13. Tüm katılımcıların fiziksel aktivite dışındaki özelliklerinin (BKİ, kendi vücut ağırlığı tanımlaması, su tüketimi, atıştırmalık tercihi, besin takviyesi kullanımı) ortorektik puan ortalamalarının karşılaştırılması 32

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Ortoreksiya nervoza, anoreksiya nervoza ve obsesif kompulsif bozukluğun özgün ve ortak özellikleri 9

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yeterli ve dengeli beslenme; yaşam boyunca büyüme ve gelişmenin sağlanması, sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi ile hayat kalitesinin yükseltilmesi için en temel faktördür (TÜBER, 2022). Fast food tarzı beslenmenin zamanla yaygınlaşması obezite ve bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların artışına yol açmıştır (Ilgaz ve Kesici, 2012). Son yıllarda bulaşıcı olmayan kronik hastalıklarla mücadelede yeterli ve dengeli beslenme önemli bir konuma gelmiştir. İnsanlar sağlık durumlarını devam ettirebilmek için doğru beslenme odaklı stratejiler geliştirmeye başlamışlardır. Bu stratejilerden biri de doğal ortamlarında yetişen, katkı ve kalıntı içermeyen, sağlıklı kabul edilen gıdalara yönelmek olmuştur.

Beslenme birçok psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik faktörden etkilenen karmaşık bir olgudur (Şengül, 2019; Ünsal, 2019). İletişim ve enformasyon olanaklarının üst düzeyde olduğu günümüzde bireylerin sağlıklı beslenme ve besin gruplarıyla alakalı bir çok bilgiye erişebilmeleri, bu bilgileri yorumlayabilmeleri, anlayabilmeleri, eleştirmeleri ve bunlar doğrultusunda sağlıklı besin tercihleri yapmaları beslenme alışkanlıklarında etkilidir (Şengül, 2019). Zamanla patolojik bir saplantı durumuna gelen saf ve sağlıklı beslenme ise davranışları obsesif bir hal almakta ve 'Ortoreksiya Nervoza' kavramı karşımıza çıkmaktadır (Şengül, 2019). İlk olarak 1997'de Bratman ve Knight tarafından incelenen ortoreksiya nervoza (ON) terimi, Yunanca "orthos (doğru, uygun)" ve "orexia (iştah)" kelimelerinin birleşmesiyle ortaya çıkmıştır (Bratman ve Knight, 2000). Yani türkçedeki anlamı doğru ve uygun yemek yemedir. ON, sağlıklı beslenme saplantısı olarak tanımlanır (Garipoğlu ve ark., 2019; Lasson ve Raynal, 2021). ON'nin DSM-V'te (Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) henüz yeme bozuklukları kategorisinde yer almadığı için net tanı ölçütleri yoktur (APA, 2013). ON sağlığın korunması, iyileştirilmesi, hastalığın tedavisi veya kilo verme gibi

amaçlarla saf, işlem görmemiş besinleri tüketme eğiliminin görüldüğü "sağlıklı beslenme takıntısı" olarak da tanımlanmaktadır (Garipoğlu ve ark., 2019). Ortorektikler, mükemmel olma isteklerinden dolayı diyetlerinde giderek kısıtlama eğilimi göstermekte ve bu bireylerde malnutrisyon meydana gelebilmektedir (Garipoğlu ve ark., 2019; Koven ve Abry, 2015;). Ayrıca bu kişiler kısıtlayıcı yeterdiyetler uygular, sağlıksız yiyeceklerden kaçınır ve ritüelleşmiş yeme kalıpları ile katı beslenme kuralları uygularlarlar (Gortat ve ark., 2021; Strahler ve ark., 2021). Dolayısıyla sağlıklı beslenmenin sağlık üzerine olumlu etkileri olmakla birlikte bunun aşırı uğraş haline gelmesi yaşamı olumsuz etkilemektedir.

Düzenli fiziksel aktivite insan sağlığı için bir diğer önemli faktördür. Spor yapan kişilerde sağlıklı beslenmeye olan ilgi daha fazladır (Rudolph, 2018; Strahler ve ark., 2021). Yapılan birçok çalışmada ON görülme riskinin düzenli egzersiz yapan kişilerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Dalmaz ve Tekdemir, 2015; Yeşildemir, 2018; Üstündağ, 2020). Düzenli fiziksel aktivite yapan kişilerin sağlıklı beslenmeyi yaşam tarzı olarak gördükleri ve yiyecek satın alırken ürün bilgilerine çok dikkat ettikleri görülmüştür (Dalmaz ve Tekdemir, 2015; Yeşildemir, 2018). Ancak bu durumun takıntılı hale gelmesinin besin alımını yanlış etkileyerek hatalı beslenmeye neden olduğu görülmüştür (Dalmaz ve Tekdemir, 2015). Günümüzde güzellik algısının zayıf ve atletik bir vücut ile ilişkilendirilmesi, sağlıklı bir ömür için sporun şart olduğunun vurgulanması ve bu konuyla ilgili çok fazla sosyal medya içeriğine rastlanılması kişilerin spor davranışlarını etkileyebilir (Kuzu ve Öztürk, 2023). Spor yapmak özellikle gençler için iyi görünmek, kabul görmek ve bir gruba ait olmak için bir yöntem olarak da görülebilir (Kuzu ve Öztürk, 2023). Hem sağlıklı beslenme hem de egzersiz takıntılı bir şekilde sürdürüldüğünde ise, duygusal sıkıntı, yetersiz beslenme ve kilo kaybı, sosyal ve işlevsel bozulmalar gibi olumsuz sonuçlar meydana gelebilir (Kuzu ve Öztürk, 2023; Rudolph, 2018; Strahler ve ark., 2021). Bu sebeple egzersiz yapan kişiler sağlıklı beslenme hakkında bilgilendirilmeli ve doğru bir beslenme tablosuna sahip olmaları için teşvik edilmelidir.

Günümüzde özellikle kadınların yeme davranışı ve vücutlarıyla ilişkilerinin karmaşık olduğu görülmektedir (Harford ve ark., 2022). Kadınların erkeklere göre yeme bozukluklarına daha yatkın olmasının sebebi, zayıf olmaya, diyet yapmaya ve iyi görünmeye daha çok önem vermeleridir (Arusoğlu, 2006). Kadınlar özellikle çevre

baskısıyla bir değer ölçüsü haline gelen ‘zayıf’ bir vücut için uğraşmaktadırlar (Suiçmez, 2018). Ancak bu uğraşı zamanla sağlıklı beslenme takıntısına dönüşebilmektedir. Cinsiyetin ortoreksiya nervoza eğilimine etkisinin incelendiği birçok çalışmada ON eğilimi kadınlarda anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Arusoğlu ve ark., 2008; Yeşil ve ark., 2018; Zakhur ve ark., 2021). Türkiye’de kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların sağlıklı beslenmeye yönelik olumlu tutumları ve yüksek davranış kontrollerinin ON eğilimini arttırdığı bulunmuştur (Özaydın ve ark., 2021).

Bu çalışmanın amacı düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınlarda ON görülme durumlarının karşılaştırılmasıdır. Bu konuyla ilgili literatürde kısıtlı sayıda çalışma olduğu için çalışmanın sonuçları literatüre katkı sağlayayacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları; yeme tutum ve davranışlarında bozulmaların olduğu, kilo kontrolü davranışlarının ortaya çıktığı, psikolojik, sosyal ve fiziksel işlevlerin bozulması ile gelişen psikiyatrik bozukluklardır (Faraji ve Fırat, 2022). Yeme bozukluklarındaki sıklığın artışının; kültürel değişim, artan sanayileşme ve batılılaşma aile ve sosyal ilişkilerin zayıflaması ile ilgili olduğu düşünülmektedir (APA, 2013).

Yeme bozukluklarıyla ilgili çalışmalar ilk kez 1980 yılında DSM'de çocukluk ya da ergenlik döneminde başlayan bozuklukların alt kategorisinde yer almış, DSM-V'de ise beslenme ve yeme bozuklukları başlığı altında ele alınmıştır. DSM-V'de tanımlı olan beslenme ve yeme bozuklukları şunlardır:

- anoreksiya nervoza (AN),
- bulimiya nervoza (BN),
- pika,
- geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu,
- tıkınırcasına yeme bozukluğu,
- kaçıngan kısıtlı yiyecek alım bozukluğu,
- tanımlanmış diğer bir yeme bozukluğu,
- tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu (APA, 2013)

ON ise sağlıklı beslenme takıntısı olarak tanımlanır ancak DSM-V'de henüz yeme bozuklukları kategorisinde yer almadığı için net tanı ölçütleri yoktur (Garipoğlu ve ark., 2019).

2.1.1. Anoreksiya Nervoza

AN, çok düşük gıda alımı, yemeyi reddetme ve ağırlık kaybı ile karakterizedir. AN'de kişiler, yaşları ve boyları için normal kabul edilen en düşük vücut ağırlığında veya bunun üstünde bir kiloda olmayı reddederler; normalin altında bir kiloda olmalarına ragmen şişman olmaktan veya kilo almaktan çok fazla korkarlar (APA, 2013; Öyekçin ve Şahin, 2011). AN'de söz konusu olan vücut ağırlığını ya da biçimini algılama bozukluğudur. Bu bireyler zayıflıklıklarının farkında değildir, şişman olduklarını düşünürler ve hastalığın ciddiyetini kabul etmezler (APA, 2013; Gürdal, 2008).

2.1.2. Bulimiya Nervoza

BN, yemeyi kısıtlama girişimi sonrası oluşan kontrolsüz yeme atakları ve bunu izleyen telafi edici kusma ile karakterizedir**.** BN; yemek yemeyle ilgili kontrolün kalktığı tıkanırcasına yeme dönemlerinin ve telafi edici davranışların (laksatif ve diüretikleri yanlış yere kullanma, kendi kendini kusturma, yememe veya aşırı spor yapma) üç ay içinde, haftada en az bir kere olmasıyla karakterize ve bireyin kendini çoğunlukla görünüm ve kilosuyla değerlendirip yargılamasına sebep olan bir yeme bozukluğudur (APA, 2013; Aytaç ve Hocaoğlu, 2016; Öyekçin ve Şahin, 2011). AN'deki vücut ağırlığını ya da biçimini algılama bozukluğu BN için de geçerlidir. BN'de de kişiler kendini değerlendirirken bulundukları beden ölçüleri ve kilolarından çok etkilenirler. Bu belirtilerin bir arada olmasıyla da BN tanısı konur (APA, 2013).

2.1.3. Pika

Pika; toplumda alışılagelmeyen ve yenilmesi kültürel olarak kabul görmeyen maddeleri, gelişimsel seviyeye uygun olmadan ve iğrenmeden aşırı derecede yeme isteği olarak tanımlanır (Çadırcı, 2015). Pika sosyo-kültürel etkenler, anemi ve mineral eksikliklerinden dolayı özelllikle çocuk ve gebelerde karşılaşılan bir klinik durumdur. (Ünal ve Samur, 2012). Pika, DSM-V'de gelişimsel olarak uygun olmayan, kültürel ve toplumsal olarak normal olmayan, gıda dışı ve besleyici olmayan maddelerin 1 ay veya daha uzun süre boyunca sürekli tüketilmesi olarak tanımlanmıştır (APA, 2013).

2.1.4. Geri Çıkarma Bozukluğu (Ruminasyon)

Ruminasyon, sindirilen gıdaların sindirilebilirliğinin arttırılmasına yardımcı olan sığır, koyun ve keçi gibi geviş getiren hayvanlarda görülen normal fizyolojik bir süreçtir.

Fakat, ruminasyon insanlarda sürekli olursa patolojik olarak kabul edilir ve bu durum geri çıkarma bozukluğu şeklinde tanımlanır (Hocaoğlu ve Kaçar, 2019). DSM-V'de 1 ay veya daha uzun süre boyunca sık sık yediği yemekleri geri çıkarma, çıkarılan yemekleri tekrardan çiğneme, yutma veya tükürme ile karakterizedir (APA, 2013).

2.1.5. Tıkanırcasına yeme bozukluğu

Tıkanırcasına yeme bozukluğu benzer şartlarda birçok kişinin tüketebileceğinden çok daha fazla miktarda besin tüketimi ve yeme davranışında kontrol kaybıyla karakterize bir bozukluktur (APA, 2013; Giel ve Bulik, 2022). Çocuklarda yapılan çalışmalarda tıkanırcasına yeme bozukluğu görülme sıklığının %1-3 arasında olduğu, son senelerde görülme oranının arttığı ve literatürde görülme yaşının 5 yaşa kadar düştüğü görülmektedir (Altınsoy ve Yılmaz, 2021).

2.1.6. Kaçıngan Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu

Kaçınma/kısıtlı gıda alım bozukluğu, (KKYAB) tanısı 2013 yılında DSM-V'e dahil edilen bir tanı ölçütüdür. KKYAB vücut ağırlığı veya şekli ile ilgili bir düşünce olmadan uygun beslenme veya enerji ihtiyaçlarını karşılamada sürekli olarak eksik kalan, beslenme bozukluğu yaşayan her yaştaki bireyde görülebilen bir yeme bozukluğudur (APA, 2013; Brigham ve Eddy, 2018).

2.1.7. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı kriterlerini karşılamamanın özel sebebi klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha spesifik bir tanıda bulunmak için yetersiz bilgi olduğunda (örneğin; acil servislerde) kullanılır (APA, 2013).

2.1.8. Diğer Tanımlanmış Beslenme ve Yeme Bozukluğu (OSFED)

DSM-IV'teki EDNOS (Yeme bozukluğu- başka türlü tanımlanmamış) terminolojisi, DSM-V'te Belirtilen Diğer Beslenme ve Yeme Bozukluğu (OSFED) olarak değiştirilmiştir. Çıkarma bozukluğu, gece yeme sendromu, atipik anoreksiya nervoza, subklinik bulimia nervoza, tıkınırcasına yeme bozukluğu alt kategorileridir. Bu yeme bozuklukları, yeme, vücut şekli ve kilo ile ilgili aynı endişeleri paylaşır ve düzensiz yeme davranışına sahiptir. Kaçınmacı/ kısıtlayıcı gıda alımı bozukluğu, pika bozukluğu ve ruminasyon bozukluğu bu alt bölüme dahil edilmez çünkü onlarda vücut ağırlığı ve

şekli kaygıları yoktur. Atipik yeme bozukluğu olan birçok kişide daha sonra tipik bir yeme bozukluğu görülmektedir (APA, 2013).

2.2. Ortoreksiya Nervoza

Son zamanlarda sağlık ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarına olan ilginin giderek arttığı görülmektedir (Bhattacharya ve ark., 2022). Yeme alışkanlıklarımız yalnızca büyümemizi ve fiziksel gelişimimizi değil sağlığımızı da etkiler. Sağlıklı beslenme, sağlığın ön şartıdır; bağışıklık sisteminin sağlıklı olmasını ve hızlı iyileşmeyi destekler. Bununla birlikte gıda kalitesine aşırı bir odaklanma paradoksal olarak sağlıksız olabilir (Niedzelski ve Wojtaś, 2021). Diğer yeme bozuklukları için asıl odak noktası kilo alma korkusudur. Ancak ON için kilo alma korkusunun yanı sıra sağlıklı beslenme takıntısı da vardır (Özgen ve ark., 2021). Sağlıklı besinleri yeme isteği başlı başına bir bozukluk değil ancak bu beslenme alışkanlığının yol açtığı ölçülülük ve denge kaybı ve hayattan vazgeçmeyle birlikte ortoreksiya ortaya çıkabilir (Donini ve ark., 2004).

2.2.1 .Ortoreksiya Nervoza Tanımı

ON, sağlıklı ve saf gıdaları yeme konusunda saplantılı olan, hastalık olarak tanınmayan bir durum ve ON'de yiyeceğin miktarından çok kalitesi önemlidir (Brytek-Matera, 2012). ON, şiddetli diyet kısıtlamaları, sosyal ilişkiler üzerindeki olumsuz etki ve obsesif-kompulsif bozukluk dahil olmak üzere fiziksel ve zihinsel sağlık koşulları ile ilişkilendirilebilen karmaşık bir durumdur (Gkiouleka ve ark., 2022). İlk olarak 1997'de Bratman ve Knight tarafından incelenen ortoreksiya nervoza (ON) terimi, Yunanca "orthos" ve "orexia" kelimelerinin birleşmesiyle ortaya çıkmıştır (Bratman ve Knight, 2000). ON sağlığın korunması, iyileştirilmesi, hastalığın tedavisi veya ağırlık kaybı gibi amaçlarla saf, işlem görmemiş besinleri tüketme eğiliminin görüldüğü "sağlıklı beslenme takıntısı" olarak da tanımlanmaktadır (Garipoğlu ve Ark., 2019).

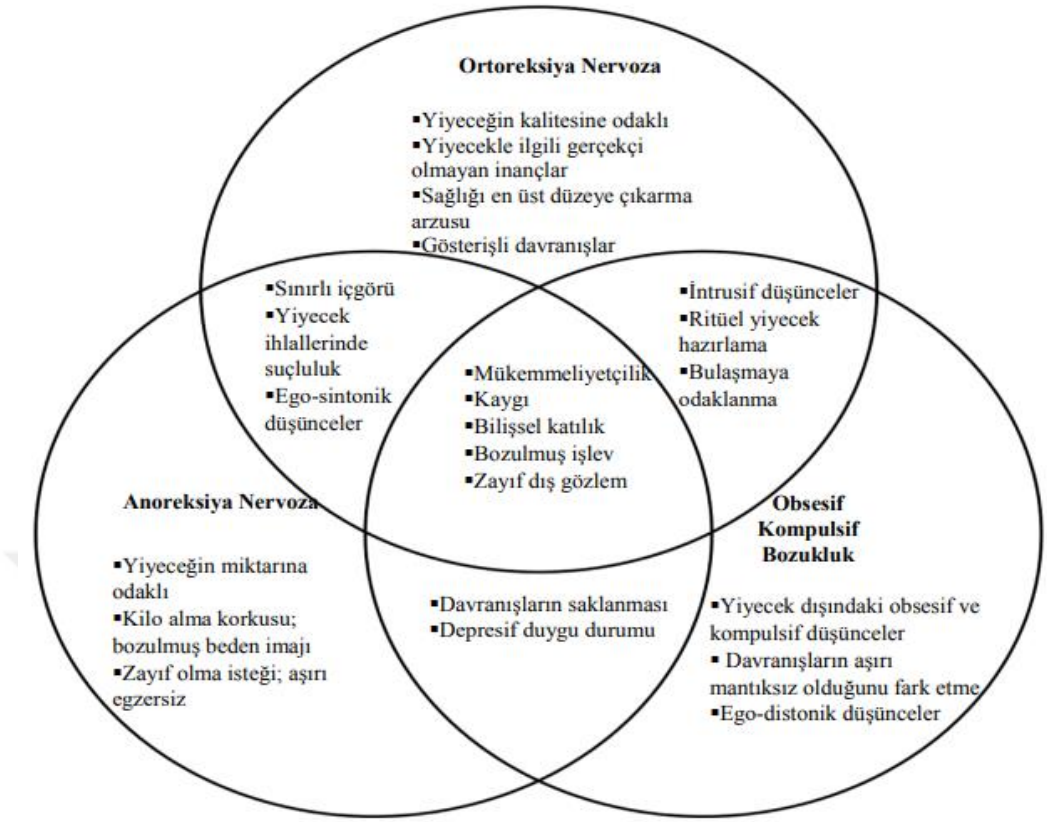
Ortorektikler, zamanlarının büyük bir kısmını yiyecek hakkında düşünerek geçirir ve sıklıkla tüm varlığını sağlıklı olduğunu düşündüğü yiyeceğin planlanması, satın alınması, hazırlanması ve tüketilmesi için harcar. Bu kişilerin yemek yemeye dair davranışları mümkün olan tek davranış haline gelir ve başkalarının yaşam tarzı ve yeme alışkanlıkları üzerinde bir üstünlük duygusu yaratır (Donini ve ark., 2004).

Kendilerini ortorektik olarak tanımlayanlar, gıdaların içeriklerine odaklanmaktadır ve "sağlıksız" kabul edilen yiyecekleri yedikten sonra büyük bir suçluluk hissetme eğilimindedirler (Bhattacharya ve ark., 2022). Ortorektikler, mükemmel olma isteklerinden dolayı diyetlerinde giderek kısıtlama eğilimi göstermekte ve bu bireylerde malnutrisyon meydana gelebilmektedir (Koven ve Abry, 2015; Garipoğlu ve Ark., 2019)

Ortorektikler sağlıksız yiyeceklerden tamamen kaçınarak, ritüelleşmiş yeme kalıpları geliştirerek, katı kurallar çerçevesinde beslenme eğilimindedirler (Gortat ve ark., 2021; Strahler ve ark., 2021). Her ne kadar sağlıklı beslenmek sağlığın vazgeçilemez bir unsuru ise beslenmenin aşırı bir uğraş haline getirilmesi de sağlık üzerinde olumsuz etkiler bırakabilir. Ancak sağlıklı beslenme için yapılan her düzenleme de ON anlamına gelmemelidir (Bratman ve Knight, 2000).

2.2.2. Ortoreksiya Nervoza Sınıflandırması ve Tanı Kriterleri

DSM-V'te bir psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanmamasına rağmen ON, 1997'de tanımlanmasından bu yana artan bir ilgi görmüştür (Bhattacharya ve ark., 2022). Ancak ON'nin obsesif-kompulsif spektrumda mı, yeme bozukluğu spektrumunda mı yoksa kendi başına bir bozukluk olarak mı düşünülmesi gerektiği konusunda hala tartışmalar vardır (Atchison ve Zickgraf, 2022). Şekil 1'de ON, obsesif kompulsif, AN'nin ortak ve farklı yönleri verilmiştir (Gortat ve ark., 2021).



Şekil 2.1. Ortoreksiya nervoza, anoreksiya nervoza ve obsesif kompulsif bozukluğun özgün ve ortak özellikleri

N. Koven ve A. Abry'in 'The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives' (2015, Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11, s.387) adlı çalışmasından uyarlanmıştır.

ON tanımı ilk kez Bratman ve Knight'ın ortak yayınladıkları kitapta geçmiştir. Onların geliştirdikleri 10 soruluk 'Evet' ve 'Hayır' ikilemi şeklindeki ölçek, (Bratman's Orthorexia Test) tanı kriterleriyle ilgili yapılan araştırmaların ilkidir (Bratman ve Knight, 2000). Ülkemizde 2006 senesinde Arusoğlu tarafından Türkçeye uyarlama çalışmasıyla hazırlanan Orto-11 ölçeği ise ilk defa, Orto-15 olarak 2005'te Donini ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur (Donini ve ark., 2015). Ölçekte, bireylerin kendilerini ne sıklıkla maddelerde anlatıldığı gibi hissettiklerini "her zaman (1)", "sık sık (2)", "bazen (3)" ve "hiçbir zaman (4)" seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmeleri istenmektedir. Her soru en çok 1, 2, 3 ve 4 puanlarından biriyle derecelendirilmektedir. Ortoreksiyaya özgü olduğu düşünülen cevaplar "1", normal yeme davranışı eğilimi gösteren cevaplar ise "4" puandır ve yalnızca bir soruda (6.soru)

ters puanlandırma söz konusudur. Düşük puanlar (<27) ortorektik eğilim göstermektedir (Arusoğlu ve ark., 2008).

ON için halen klinik olarak kabul edilmiş bir tanım ve geçerli bir tanı kriteri yoktur, bununla beraber bazı araştırmacılar ON için kabul edilebilir tanı kriterleri önermişlerdir (Bratman ve Knight, 2000; Koven ve Abry, 2015).

Tablo 2.1. Ortoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri (Moroze ve ark. 2015) (Koven ve Abry, 2015)

Kriter A: Besinlerin kalitesi ve kullanılan malzemeler ile ilgili endişelere aşırı dikkat ederek "sağlıklı yiyecekler"le ilgili saplantı durumuna gelen haller. (Aşağıdaki maddelerden iki ya da daha fazlası varsa.)

- Besin "saflığı" ile ilgili düşüncelerin kişilerin vaktini alması ve dengesiz bir beslenme programı uygulamak.
- Zararsız veya sağlıksız besinler ve besin kalitesi ve içeriğinin fiziksel ya da duygusal sağlık veya her ikisi üzerindeki etkisiyle ilgili endişeler.
- Hasta kişilerin "sağlıksız" olarak sınıflandırdığı ürünlerden kesinlikle uzak durması, koruyucu maddeleri, gıda katkı maddelerini, hayvansal gıdaları veya sağlıksız olarak belirledikleri diğer maddeleri içeren ürünleri/gıdaları reddetmesi.
- Kişilerin beslenme konusunda uzman olmamasına rağmen gıdanın hazırlık aşamasında çok zaman harcamaları (mesela gün içinde ≥ 3 saat). Kişiler kendilerince algıladıkları kaliteye ve içeriğe göre ürünleri satın alma, etiket okuma ve hazırlama/pişirme sırasında vakitlerini harcarlar.
- "Sağlıksız" veya "saf olmayan" yiyeceklerin yenilmesinden hemen sonra suçluluk hissedilmesi ve endişenin başlaması.
- Kişilerin kendilerince yanlış olan diğer beslenme modellerine hoşgörüsüz olmaları. Kişilerin ekonomik koşullarına göre kendi algıladıkları kalite ve besin içeriği için büyük paralar harcaması.

Kriter B: Obsesyonel uğraşı aşağıdakilerden biri ile bozulur:

- Gıda tüketiminin düzensiz olmasından ötürü fiziksel sağlık durumunun bozulması.
- Kişinin "sağlıklı" yeme ile ilgili saplantılı düşünceleri ve davranışları sebebiyle sosyal, akademik ya da mesleki işleyişte aşırı sorun veya bozulma.

Kriter C: Bu bozukluğun obsesif kompulsif bozukluk ya da şizofreni veya farklı bir psikotik bozukluk gibi diğer bir bozukluğun belirtilerinin ortaya çıkması ile ilişkisi yoktur.

Kriter D: Bu bozukluk, dini inanışlar nedeniyle besin seçimi veya tanı konulmuş besin alerjileri veya kişiye özgü beslenmenin gerekli olduğu tıbbi hastalıklarla açıklanamaz.

Tablo 2.2. Ortoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri (Eating Behaviors 2016) (Moroze ve ark., 2014)

A. Sağlıklı beslenme ile ilgili aşırı zihinsel meşguliyet, bir beslenme şekli teorisi veya bireye özel ayrıntıları değişebilir inançlar kümesi; sağlıksız olduğu düşünülen yiyecek tercihleriyle ilgili abartılı duygusal sıkıntı; beslenme tercihlerinin sonucunda meydana gelebilen ağırlık kaybı (fakat ilk hedef değildir).
1. Kişinin en iyi şekilde sağlığını geliştirdiğini düşündüğü olumlu ve kısıtlayıcı beslenme şekilleriyle ilgili kompulsif davranış ve/ya zihinsel uğraşı.
2. Kişinin kendi kendine empoze ettiği beslenme kurallarının ihlali, kaygı ve utanç duygularıyla birlikte aşırı derecede hastalık korkusu, kişisel kirlilik duygusu ve/ya olumsuz bedensel duyumlara yol açar.
3. Beslenme ile ilgili kısıtlamalar gittikçe çoğalır. Bu tür bir sınırlama bütün gıda gruplarının çıkarılmasını ve arındırma/detoks sayılan, zamanla daha sık ve/veya şiddetli olan 'temizlenmeler' (kısmi oruçlar) içerebilir. Ağırlık kaybı isteği yoktur fakat bu durum genelde ağırlık kaybına sebep olur.
B. Kompulsif davranış ve zihinsel meşguliyet, aşağıdakilerden biri ile klinik bir bozukluk şeklinde tanımlanır:
1. Kısıtlayıcı bir beslenme şeklinden dolayı oluşan yetersiz beslenme, ciddi ağırlık kaybı ve/veya başka tıbbi komplikasyonlar.
2. Sağlıklı beslenmeyle ilgili inanç ve davranışlar nedeniyle sosyal, akademik veya mesleki işleyişte bozulmalar.
3. Olumlu vücut imajı, benlik saygısı, kimlik ve/veya memnuniyetin bireyin kendi için belirlediği "sağlıklı" yeme davranışına uyumu ile ölçülmesi.

Dunn ve Bratman'ın 'On Orthorexia Nervosa: A Review of the Literature and Proposed Diagnostic Criteria (2016, Eating Behaviors, s. 16)' isimli çalışmasından uyarlanmıştır.

2.2.3. Ortoreksiya Nervoza Risk Faktörleri

Yeme bozuklukları tıbbi, sosyal ve psikolojik sorunlara neden olan, hayat kalitesini düşüren yeme davranış bozukluklarıdır (APA, 2013). Dikkatli yiyecek seçimi başlı başına patolojik bir davranış olmasa da, aşırı beslenme kısıtlamaları ve sosyal yaşam sorunları olası ON için risk faktörleridir (Gkiouleka ve ark., 2022). Genel olarak kilo verme amacıyla yeme davranışını kısıtlayan bireyler, gıda tüketimini kısıtlamayan bireylere göre daha fazla ortorektik yeme davranışı sergilemektedirler (Barthels ve ark., 2018).

ON, daha önce yeme bozukluğu tanısı almış kişilerde ve kısıtlayıcı bir diyet uygulayan veya vegan/vejeteryan olan kişilerde daha sık görülür (Novara ve ark., 2022). Zayıf olma isteği veya vücut memnuniyetsizliği nedenleriyle çeşitli inançlar ve davranışlara sahip olma, yaşam boyunca diyet yapma ON'nin ortak özellikleridir (Novara ve ark., 2022; Strahler ve ark., 2021).

Ortoreksiyalı kişiler, yedikleri gıdaların kalitesine çok önem verirler, bu da belirli ürünlerin diyetlerinden çıkarılmasına yol açar (Gkiouleka ve ark., 2022). Zamanla diyet kısıtlamalarına ek olarak stres, kaygı ve kendinden nefret etme eşlik eder ve bu bozukluk en sık, uygun beslenme ve fiziksel aktivite konusunda endişe duyan insanları etkiler (Gortat ve ark., 2021).

Ortorektik kişiler, sağlıklı besin içeriğine sahip olmayan yüksek oranda işlenmiş veya yapay katkı maddeleri içeren gıdaları diyetlerinden çıkarırlar. Bu kişiler sadece yiyeceğin kalitesine değil, yiyeceklerin hazırlanmasında kullanılan teknik ve ekipmana oldukça önem verir, ürün etiketlerini dikkatle okur, alışverişini sıklıkla sağlıklı gıda satan mağazalardan yapar ve yiyeceklerin satın alınması ile hazırlanmasına dair bir takım endişeler taşırlar. Tablo 2.3' te bunun örnekleri verilmiştir (Gortat ve ark., 2021).

Ortorektik bireylerin asıl amacı kendi sağlıklarını korumak olsa da diyetlerindeki kısıtlılık, beslenme yetersizliklerine ve sağlık üzerinde geri dönüşsüz hasarlara neden olabilir. Bu yüzden başta diyetisyenler olmak üzere tüm sağlık profesyonelleri ON'ye sebep olan faktörler konusunda bilgilendirilmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır (Yeşil ve ark., 2018).

Araştırmalarda ON'nin kaynağının obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozukluğu, çeşitli fobiler veya hipokondrinin (hastalanmaya karşı aşırı korku hissetme) olduğu görülmekle birlikte kesin etiyolojisi aydınlatılamamıştır (Gortat ve ark., 2021).

Tablo 2.3. Ortorektik bir hasta tarafından gıda ile ilgili gösterilen örnek kaygılar (Koven ve Abry, 2015)

Endişelerin Kaynağı	**Endişe Tipi**
Yemeğin kaynağı	Sebzelere böcek ilacı veya suni gübre uygulandı mı? Süt ürünleri hormonsuz mu?
Yiyeceklerin saklanması	Pişirme sırasında herhangi bir besin kaybı oldu mu? Herhangi bir koruyucu eklendi mi?
Paketleme	Ambalaj, gıda kontaminasyonuna neden olabilir mi (örn. Kanserjen maddeler)? Gıda etiketleri, belirli bir ürünün sağlık güvenliğini değerlendirmek için gereken güvenilir bilgileri sağlıyor mu?

Tanı kriteleri çok net olmadığı için ON'nin prevalansına dair çok farklı değerler ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Son 10 yılda yapılan araştırmalar, ortoreksiya riskiyle karşı karşıya kalan insan sayısının arttığını göstermektedir. Ortoreksiya ve ortoreksiya riskinin prevalansı farklı toplumlarda yapılan çalışmalarda %1 ile %60 arasında değişmektedir (Gortat ve ark., 2021). ON ergenler ve genç yetişkinler arasında daha yaygındır. Bu nedenle önleme eğitim programları erken yaşta başlatılmalı ve ergenler ile onların ebeveynlerine yönelik olmalıdır. Programın içeriği dengeli beslenme, sağlıksız kilo kontrol yöntemlerinin sağlık üzerindeki etkileri, aile ve akran çevresi bağlamında vücut ağırlığına ilişkin olumsuz yorumlardan ve baskılardan kaçınma hakkında olmalıdır. Ayrıca, düzenli tıbbi izleme ve ON'ye özgü tarama araçlarının düzenli kullanımı, bu durumları erken safhada tespit etmek için diğer bir faydalı uygulama olabilir. Kişide/kişilerde ON tespit edildiğinde ise multidisipliner bir ekip tarafından tavsiye edilen tedavi protokolü uygulanmalıdır (Gkiouleka ve ark., 2022).

2.3. FİZİKSEL AKTİVİTE

2.3.1. Fiziksel Aktivite Tanımı

Fiziksel aktivite enerji kullanarak vücut hareketlerini anlatmak için kullanılan uluslararası bir terimdir. En kolay tanımıyla vücudun enerji harcamak için yaptığı harekettir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017). Egzersiz ise fiziksel uygunluğun bir veya daha fazla bileşeninin korunmasını ya da geliştirilmesini hedefleyen düzenli, planlı ve tekrarlı fiziksel aktivitelerdir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016). Yani egzersiz bir tür fiziksel aktivitedir, ancak her fiziksel aktivite egzersiz değildir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), fiziksel aktiviteyi iskelet kaslarının kasılmasını ve enerji harcamasını gerektiren herhangi bir vücut hareketi olarak tanımlamaktadır (WHO, 2016). Ayrıca fiziksel aktivite günlük hayatta kas ve eklemlerimizi kullanarak enerjinin harcanmasıyla gerçekleşen, kalp ve solunum hızını arttıran ve farklı derecelerde yorgunluklara neden olan aktiviteler şeklinde de tanımlanabilir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017). Fiziksel olarak aktif olmanın en bilinen yolları arasında bisiklet sürme, sıçrama, yürüme, oturma, kalkma, yüzme, koşma, kol ve bacak hareketleri, baş ve gövde hareketleri gibi temel vücut hareketlerinin hepsini veya bir bölümünün yer aldığı bir çok spor dalı, dans, egzersiz, oyun gibi farklı beceri seviyelerine uygun zevk alınarak yapılabilecek aktiviteler yer alır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017; WHO, 2016).

2.3.2. Fiziksel Aktivitenin Önemi ve Faydaları

Günümüzde motorlu taşıt kullanımınındaki artış ve iş, eğitim, eğlence için ekran kullanımı süresindeki artış yüzünden hayatlar giderek hareketsiz hale gelmektedir. Oysa düzenli olarak fiziksel aktivite yapmak kalp hastalığı, inme, diyabet ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıkları önlemeye, sağlıklı vücut ağırlığını korumaya yardımcı olur ve ruh sağlığı ile hayat kalitesini daha iyi bir hale getirebilir (WHO, 2016). Fiziksel aktivite aynı zamanda, stres ve kaygıyı da azaltabilir. Örneğin iş ya da okul dönüşü hissedilen yorgunluk 30 dakikalık yürüyüş ya da koşu ile yerini mutluluk ve rahatlamaya bırakabilir (Ali, 2018). DSÖ yetişkinlerin haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta veya en az 75 dakika yüksek yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite yapmalarını tavsiye etmektedir (WHO, 2016).

DSÖ'ye göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal anlamda tam bir iyilik halidir. Fiziksel aktivitenin sağlığımız üzerine etkileri,

bedensel sağlığımız, ruhsal ve sosyal sağlımız ve yaşlılık üzerine etkileri olmak üzere üç başlık altında incelenebilir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016):

Bedensel Sağlık: Hayat şartlarında teknolojinin ve modernleşmeyle birlikte gelen kolaylıklar sayesinde kişilerin çoğu gün içerisindeki fiziksel aktivitelerini en az düzeye indirgemekte yani hareketsizliğe yönelmektedirler (Bulut, 2013). Halbuki düzenli fiziksel aktivite kas ve kemiklerimizi güçlendirir, obezite, kan şekeri dalgalanmaları, kardiyovasküler hastalıklar ve kanserin önlenmesine ve azaltılmasına yardımcı olur (Elmagd, 2016).

Ruhsal ve Sosyal Sağlık: Fiziksel aktivite, farklı fiziksel hastalıkların tedavisinde ve önlenmesinde olduğu kadar, depresif ve anksiyete bozuklukları gibi bazı psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan önemli bir halk sağlığı aracıdır (Peluso ve Andrade, 2005).

Depresyonu olan kişiler, daha az aktif olma eğiliminde olsalar da, artan aerobik egzersiz veya ağırlık antrenmanının depresif semptomları, anksiyete semptomları ve panik bozukluğunu önemli derecede azalttığı ve meditasyon veya rahatlamaya eşdeğer olduğu görülmektedir (Paluska ve Sckwenk, 2000).

Gelecekteki Yaşantı (Yaşlılık): Yaşlılıkta düzenli yapılan egzersiz veya fiziksel aktivite; düşmeleri, ağrıyı, sarkopeniyi, osteoporozu ve bilişsel bozukluğu önlemenin veya azaltmanın önemli bir yoludur ancak yaşlı yetişkinlerin çoğu şu anda tavsiye edilen haftalık düzenli fiziksel aktivite süresine ulaşamamaktadır (Eckstrom ve ark., 2020).

Fiziksel aktivitenin sağlık üzerine diğer yararları şunlardır:

- Stres ve kaygıyı azaltır.
- Mutluluk hormonlarını arttırır.
- Öz güveni arttırır.
- Beyin performansını ve hafızayı güçlendirir.
- Kasları ve kemikleri güçlendirir.
- Kalp hastalıkları, kanser, diyabet ve obezite riskini azaltır (Elmagd, 2016).

Hareketsiz olmanın sağlıksız olduğu tarih boyunca bilinmekle birlikte günümüzde dünya nüfusunun neredeyse üçte birinin hareketsiz olması büyük bir halk sağlığı sorunu teşkil etmektedir (Lavie ve ark, 2019). Artık fiziksel hareketsizlik ölüme yol açan risk

faktörleri arasında dünyada dördüncü sırada gelmekte ve her yıl 3,2 milyon insan hareketsiz bir yaşam tarzı veya yetersiz fiziksel aktivite sebebiyle hayatını kaybetmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017).

2.3.3. Fiziksel Aktivite Türleri

Fiziksel aktivite ve egzersiz türleri, dayanıklılık (aerobik), kuvvet, esneklik ve denge aktiviteleri şeklinde sınıflandırılır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016).

Dayanıklılık (Aerobik) aktiviteleri: Herhangi bir fiziksel aktivitenin yorgunluk olmadan daha uzun süre yapılabilmesi, dayanıklılık olarak ifade edilir. Aerobik egzersizler olarak da bilinen dayanıklılık egzersizleri vücudumuzun oksijen kullanım kapasitesini yükselten, büyük kas gruplarının dinamik ve ritmik şekilde çalıştıran egzersizlerdir ve bu egzersizler belirli zaman aralıklarında sabit bir şiddette ve belirli sürelerde yapılmalıdır. Uzun süreli yüzme, düzenli ve sık adımlarla yürüme, bahçe işlerinde çalışma, bisiklet sürme, tenis gibi fazla yüklenme gerektirmeyen aktiviteler dayanıklılığı arttırabilecek hareketlere örnek olarak verilebilir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016).

Kuvvet aktiviteleri: Kasların herhangi bir dirence karşı koyabilme kabiliyetine kuvvet denir; kasların güçlü şekilde kasılmalarını gerektiren aktivitelere ise kuvvet aktiviteleri denir. Kuvvet aktiviteleri, hem kaslar hem de kemikleri güçlendirir, vücuttaki yağ yüzdesini düşürür, vücuttaki kas ve kemik yüzdelerini arttırır ve kayıplarını önler. Kuvvet aktiviteleri yapılırken sadece bir bölgeye ağırlık verilmeden, bedenin üst ve alt kısmı, sağı ve solu, ön ve arka gövde kasları dengeli bir şekilde güçlendirilmelidir. Bu aktivitelere örnek olarak; bir ağırlık kaldırmak veya taşımak, merdiven çıkmak, şınav çekmek, mekik çekmek, ağırlıklarla kuvvet antrenmaları yapmak gibi aktiviteler verilebilir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016).

Esneklik: Bir fiziksel aktiviteyle uğraşırken gövdeden, kol veya bacakların serbestçe hareket edebilme becerisine esneklik denir. Başka bir deyişle, eklemlerin geniş açıda hareket edebilmesidir. Yetişkinlerin esnek bir vücuda sahip olmaları, günlük yaşamda daha kolay ve rahat hareket etmelerini sağlayarak yaşam kalitelerini arttırır. Her eklem için farklı tiplerde esneklik egzersizleri yapılabilir. Esneklik sağlayan egzersizlere örnek olarak; yoga, pilates ve Tai Chi gibi düzenli fiziksel aktiviteler vardır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016).

Denge aktiviteleri: Vücudumuzun düşmeden durabilme ve düzgün hareket edebilme yeteneklerine denge aktiviteleri denir. Dengede görme duyusu, iç kulaktaki denge ve derin duyunun sağlam olmasının yanı sıra ilgili kasların da yeterli derecede kuvvetli olması gereklidir. Parmak uçlarında kolaylıkla durabilen, gözleri kapalıyken veya düz çizgide sendelemeden yürüyebilen kişiler iyi bir dengeye sahiptirler. Düzenli yapılan denge egzersizleri ve kas kuvvetini, esnekliğini / dayanaklılığını arttıran egzersizler ile denge gelişebilmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016).

2.3.4. Fiziksel Aktivite ve Yeme Bozuklukları İlişkisi

Fiziksel aktivite de yeterli ve dengeli beslenme gibi sağlığın önemli sosyal belirleyicilerindendir. Sağlığına özen gösteren kişilerin hem beslenme hem de fiziksel aktivite konularında hassas olması beklenen bir durumdur. Spor yapan kişilerde sağlıklı beslenmeye olan ilgi ve dikkat daha fazladır (Üstündağ, 2020). Bazen sağlıklı olmak adına yapılan bazı davranışlar takıntı haline gelip beklenen aksine sağlığa sakıncalı bir hal alabilir. Hem sağlıklı beslenme hem de egzersiz takıntılı bir şekilde sürdürüldüğünde, duygusal sıkıntı, yetersiz beslenme ve kilo kaybı, sosyal ve işlevsel bozulmalar gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilir (Strahler ve ark., 2021). Ankara Üniversitesi Olimpik Yüzme Havuzu diyet polikliniğine başvuran düzenli egzersiz yapan bireylerde yeme bozukluklarının incelendiği bir çalışmada düzenli egzersiz yapan bireylerde ON görülme sıklığının çok yüksek olduğu ve bu durumun besin alımını yanlış etkileyerek hatalı beslenmeye neden olduğu gösterilmiştir (Yeşildemir, 2018). Egzersiz yapan kişilerde ON prevalansını inceleyen bir metaanaliz araştırmasında da düzenli spor yapanlarda ON görülme riskinin daha fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca bu kişilerin sağlıklı beslenmeyi yaşam tarzı olarak gördükleri ve yiyecek satın alırken ürün bilgilerine çok dikkat ettikleri görülmüştür (Dalmaz ve Tekdemir, 2015).

Spor salonuna gelen bireyler üzerinde yapılan birçok çalışmada ise kadınların ortoreksiya eğilimi erkeklere göre daha yüksek daha yüksek bulunmuştur (Almeida ve ark., 2018; Baysal, 2020; Dalmaz, 2014; Yeşildemir, 2018).

2.3.5. Fiziksel Aktivite ve Cinsiyet İlişkisi

Kişilerin fiziksel aktive seviyelerinin yeterli düzeyde olması sağlığın korunmasında ve geri kazanılmasında büyük bir etkiye sahiptir. Sedanter yaşam bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan obezite ve tip 2 diyabet için büyük risk faktörü oluşturmaktadır. Bu

nedenle hem kadın ve hem de erkekler için düzenli fiziksel aktivite önerilmektedir (Güler, 2022).

Literatürde kadınların fiziksel aktivite düzeylerinin erkeklerin fiziksel aktivite düzeylerinden daha düşük olduğu görülmektedir (Genç ve ark., 2011; Güler, 2022; WHO, 2016). Yaşanılan şehrin yürümeye uygun ve güvenli olması, hem fiyat hem de mesafe açısından kadınların kolay ulaşalabileceği spor salonları, sosyal tesis ve parkların bulunması ve kadınlara özel spor alanlarının olması kadınların fiziksel aktivite düzeylerini arttırıcı faktörler olarak tanımlanmıştır (Güler, 2022).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Tipi

Çalışma olgu-kontrol, analitik tipte bir anket çalışması olarak planlanmıştır. 2021 Ekim ile 2022 Şubat aralığında Kocasinan Belediyesi Spor Kulübü'ne kayıtlı, haftada en az 3 gün ve 60 dk düzenli olarak fiziksel aktivite yapan 18-64 yaş arası tüm kadınların (n=100) olgu grubu olarak çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır. 2021 Ekim ile 2022 Şubat aralığında Kocasinan Belediyesi Spor Kulübü'ne herhangi bir nedenle gelen (bilgi almak için veya refakatçı gibi) düzenli fiziksel aktivite yapmayan kadınların kontrol grubuna alınması planlanmıştır. Çalışmaya dahil edilebilecek kadınlar çalışma hakkında bilgilendirilmiş, çalışma için gönüllü olanlardan yazılı onam alınarak çalışmaya dahil edilmiştir. Sonuçta 82 düzenli fiziksel aktivite yapan kadınlardan oluşan olgu grubu ve 96 düzenli fiziksel aktivite yapmayan kadınlardan oluşan kontrol grubu ile çalışma tamamlanmıştır.

3.2. Araştırma Verilerinin Toplanması

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak sosyo demografik özellikler formu, antropometrik özellikler formu, sağlık durmu ve yaşam tarzı formu ve ORTO-11 ölçeği kullanılmıştır. Veriler ortalama 15 dakikada doldurulabilecek bir anket formu aracılığıyla yüz yüze görüşülerek, araştırmacı tarafından toplanmıştır. Anket dört bölümden oluşmaktadır:

- Birinci bölümde gönüllülerin yaş, cinsiyet, medeni durumu gibi sosyo-demografik özellikleriyle ilgili sorular vardır.
- İkinci bölümde antropometrik ölçüm bilgilerinin yer aldığı sorular (boy, vücut ağırlığı (VA)) vardır.

- Üçüncü bölümde sağlık durumu ve hayat tarzı alışkanlıklarının belirlenmesine yönelik sorular vardır. Kronik hastalıklar, fiziksel aktivite sıklıkları ve sigara içme durumları değerlendirilmiştir.
- Dördüncü bölümde Orto-11 ölçeği kullanılmıştır.

Ülkemizde 2006 yılında Arusoğlu tarafından Türkçeye uyarlama çalışması hazırlanan Orto-11 ölçeğini ilk defa, Orto-15 şeklinde 2005'te Donini ve arkadaşları oluşturmuştur (Donini ve ark., 2015). Orto-11 ölçeğinde 11 soru yer almaktadır ve bireylerden kendilerini ne sıklıkla sorularda anlatıldığı gibi hissettiklerini "her zaman (1 puan), sık sık (2 puan), bazen (3 puan) ve hiçbir zaman (4 puan)" seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmeleri istenmiştir. 6.soru ters puanlandırılmıştır. Çalışmada Orto-11 ölçeğinin değerlendirilmesi için kullanılan kesim noktası Arusoğlu'nun Türkçeye Uyarlama Çalışması'nda yer alan kesim noktası elde etme yöntemiyle belirlenmiştir. Araştırmanın kesim noktası %25'lik dilimde 27 olarak belirlenmiş ve bunun altı ortorektik kabul edilmiştir (Öyekçin ve Şahin, 2011).

3.3. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS 22.0 programında bilgisayarda değerlendirilmiştir. İstatiksel değerlendirilmesinde; nicel veriler için aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca, min-max değerleri kullanılarak düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınların ölçek puan ortalamalarının sosyodemografik (eğitim, medeni durum gibi) verilerle karşılaştırılmasında, kikare ve One Way Anova testleri; antropometrik ölçümlerle karşılaştırılmasında ise bağımsız t testi uygulanmıştır. $p<0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

3.4. Araştırma Etik Durumu

Araştırmanın yapılabilmesi için Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı (Tarih: 20/10/2021, Karar No: 2021/694) ve Kayseri Kocasinan Belediyesi Spor Kulübü'nden gerekli yazılı kurum izinleri alınmıştır. Ayrıca araştırmanın yürütülme aşamasında, katılımcı kadınlardan çalışmanın amacını açıklayan bilgilendirilmiş olur formu okutularak yazılı onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya 18-64 yaş aralığında 82'si düzenli fiziksel aktivite yapan (olgu grubu), 96'sı ise fiziksel aktivite yapmayan (kontrol grubu) toplamda 178 kadın katılmıştır. Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların yaş ortalaması 35,15±11; fiziksel aktivite yapmayan kadınların yaş ortalaması ise 34,12±11'dir. Olgu ve kontrol gruplarının bazı özellikleri (yaş, eğitim, meslek, medeni durum, çocuk sayısı, ekonomik durum, kendi sağlık durumu beyanı, kronik hastalık varlığı, sigara kullanımı) karşılaştırıldığında benzer özellikte oldukları görülmüştür (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınların bazı özelliklerinin karşılaştırılması

		FİZİKSEL AKTİVİTE YAPMA DURUMU				x²	p
		Fiziksel Aktivite Yapan		Fiziksel Aktivite Yapmayan			
		n	%	n	%		
Yaş	**18-35 yaş**	38	46,3	60	62,5	4,935	0,085
	36-50 yaş	34	41,5	26	27,1		
	51-64 yaş	10	12,2	10	10,4		
Eğitim	**Lise altı**	12	14,6	12	12,5	0,990	0,610
	Lise mezunu	30	36,6	30	31,3		
	Üniversite ve yüksek lisans	40	48,8	54	56,3		
Meslek	**Çalışmayan**	35	42,7	31	32,3	2,047	0,153
	Çalışan	47	57,3	65	67,7		
Medeni durum	**Evli**	54	65,9	56	58,3	1,059	0,303
	Evli değil	28	34,1	40	41,7		
Çocuk sayısı	**0**	32	39,0	39	40,6	2,760	0,252
	1-3	50	61,0	54	56,3		
	4 ve üstü	0	0	3	3,1		
Ekonomik durum	**Kötü**	2	2,4	6	6,3	2,096	0,351
	Orta	50	61,0	51	53,1		
	İyi	30	36,6	39	40,6		
Kendi sağlık durumu beyanı	**Sağlıklı**	66	80,5	73	76,0	0,511	0,475
	Sağlıksız	16	19,5	23	24,0		
Kronik hastalık	**Var**	35	42,7	44	45,8	0,178	0,673
	Yok	47	57,3	52	54,2		
Sigara kullanımı	**Evet**	18	22,0	17	17,0	0,504	0,478
	Hayır	64	78,0	79	82,3		

Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların boy ortalaması 163,75±7,1 cm; fiziksel aktivite yapmayan kadınların boy ortalaması ise 163,04±6,88 cm'dir. Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların ağırlık ortalaması 68,64±12,38 kg; fiziksel aktivite yapmayan kadınların ağırlık ortalaması ise 65,82±11,96 kg'dır. Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların BKİ (Beden Kitle İndeksi) ortalaması 25,61±4,43 kg/m²; fiziksel aktivite yapmayan kadınların BKİ ortalaması ise 24,86±4,94 kg/m²dir. Kontrol grubu ve olgu

grubu arasında yaş, boy, kilo ve BKİ ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.2.de düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınların BKİ, kendi vücut ağırlığını tanımlamaları ve vücut ağırlıklarından memnuniyet durumlarının karşılaştırılması gösterilmektedir (Tablo 4.2.). Gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.2. Düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınların vücut ağırlık durumları ve algılarının karşılaştırılması

		FİZİKSEL AKTİVİTE YAPMA DURUMU				**x^2**	**p**
		Fiziksel Aktivite Yapan		**Fiziksel Aktivite Yapmayan**			
		n	**%**	**n**	**%**		
BKİ	**Normal (≤25)**	43	52,4	59	61,5	1,470	0,225
	Normal üstü(>25)	39	47,6	37	38,5		
Kendi kilosundan memnuniyet durumu	**Memnun**	21	25,6	35	36,5	2,414	0,120
	Memnun değil	61	74,4	61	63,5		
Kendi vücut ağırlığını tanımlama	**Kilolu**	38	46,3	37	38,5	1,115	0,573
	İdeal	40	48,8	54	56,3		
	Zayıf	4	4,9	5	5,2		

Tablo 4.3.te düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınların diyet yapma, ara/ana öğün tüketimi, su tüketimi, kendi beslenme tanımı ve besin takviyesi kullanım durumlarının karşılaştırılması verilmiştir (Tablo 4.3). Diyet yapma, su tüketimi ve besin takviyesi kullanmayanların oranı ile beslenmelerini yeterli olarak tanımlayanların oranı düzenli fiziksel aktivite yapan kadınlarda yapmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 4.3. Düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınların bazı beslenme davranışlarının karşılaştırılması

		FİZİKSEL AKTİVİTE YAPMA DURUMU					
		Fiziksel Aktivite Yapan		Fiziksel Aktivite Yapmayan			
		n	%	n	%	x²	P
Diyet yapma durumu	**Yapan**	29	35,4	15	15,6	9,261	0,002
	Yapmayan	53	64,6	81	84,4		
Ara öğün tüketme durumu	**Tüketenler**	76	92,7	90	93,8	0,080	0,777
	Tüketmeyenler	6	7,3	6	6,3		
Öğün atlama durumu	**Atlayanlar**	51	62,2	61	63,5	0,034	0,853
	Atlamayanlar	31	37,8	35	36,5		
Kendi su tüketim durumlarını değerlendirmeleri	**Yetersiz**	36	43,9	57	59,4	4,224	0,039
	Yeterli	46	56,1	39	40,6		
Kendi beslenme durumlarını değerlendirmeleri	**Yetersiz**	3	3,7	14	14,6	6,133	0,047*
	Yeterli	56	68,3	59	61,5		
	Fazla	23	28,0	23	24,0		
Düzenli besin takviyesi kullanımı	**Kullanmayanlar**	79	96,3	82	85,4	6,110	0,013
	Düzenli kullananlar	3	3,7	14	14,6		

*: Fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınlarda beslenme durumlarını değerlendirmeleri (yeterli/yetersiz) arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Çalışmaya katılan kadınların %44,4'ünün (79 kadın) kronik hastalığı vardır. En sık görülen kronik hastalıklar sırasıyla şunlardır:

- Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların % 12,2'sinin (10 kadın); fiziksel aktivite yapmayan kadınların ise %10,4'ünün (kadın) kemik-eklem hastalığı vardır.
- Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların % 11'i (9 kadın); fiziksel aktivite yapmayan kadınların ise %10,4'ü (10 kadın) anemi hastasıdır.

Çalışmaya katılan kadınlardan %38,2'si (68 kadın) düzenli olarak besin takviyesi kullanmaktadır. En sık kullanılan besin takviyeleri sırasıyla şunlardır:

- Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların % 28'i (23 kadın); fiziksel aktivite yapmayan kadınların ise %28,1'i (27 kadın) düzenli olarak D vitamini kullanmaktadır.
- Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların % 8,5'i (7 kadın); fiziksel aktivite yapmayan kadınların ise %19,8'i (19 kadın) düzenli olarak multivitamin kullanmaktadır.
- Düzenli fiziksel aktivite yapan kişilerin % 12,2'si (10 kadın); fiziksel aktivite yapmayan kadınların ise %11,5'i (11 kadın) düzenli olarak C vitamini kullanmaktadır.

Çalışmaya katılan toplam 178 kadının ortorektik puan ortalaması 25,71±4,68 bulunmuştur. Düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınlar ortorektik puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların ortorektik puan ortalaması yapmayanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınların ortorektik puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	**%**	**Ortorektik puan ortalaması**	**t**	**p**
Fiziksel aktivite	**Fiziksel aktivite yapan**	82	46,1	24,71±4.72	2,658	0,009
	Fiziksel aktivite yapmayan	96	53,9	26,56±4,51		

Çalışmaya katılan düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınların ORTO-11 ölçeğindeki sorular puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında 5, 7 ve 10. sorularda düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların puan ortalaması yapmayanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınlarda ORTO-11 sorularının puan ortalamalarının karşılaştırılması

	FİZİKSEL AKTİVİTE YAPMA DURUMU				p
	Fiziksel Aktivite Yapan		Fiziksel Aktivite Yapmayan		
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standard Sapma	
1-Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?	2,85	0,90	2,73	0,88	0,397
2-Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?	2,28	0,95	2,38	0,86	0,444
3-Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?	2,50	0,93	2,66	0,90	0,228
4-Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?	2,31	0,96	2,46	0,97	0,300
5-Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?	3,17	0,85	3,67	0,58	0,000
6-Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?	2,36	0,72	2,48	0,78	0,279
7-Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanları tüketmek kendinize olan güveninizi arttırır mı?	1,87	0,97	2,19	0,93	0,027
8-Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açısından)	2,70	0,79	2,72	0,88	0,864
9-Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?	1,40	0,70	1,57	0,80	0,137
10-Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hisseder misiniz?	1,96	0,88	2,43	0,93	0,001
11-Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?	1,28	0,57	1,19	0,49	0,303

Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların yaş, eğitim, kendi sağlık durumu beyanı, kronik hastalık varlığı ve sigara kullanım durumlarının ortorektik puan ortalamaları Tablo 4.6.da verilmiştir (Tablo 4.6.). Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların yalnızca kronik hastalık görülme durumlarında ortorektik puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar bulunduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kronik hastalıklara sahip kişilerde ortorektik puan ortalaması düşük yani ortorektik eğilim daha fazla bulunmuştur.

Tablo 4.6. Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların yaş, eğitim, kendi sağlık durumu beyanı, kronik hastalık varlığı ve sigara kullanım durumlarının ortorektik puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	%	Ortorektik puan ortalamaları	f / t*	p
Yaş	**18-35 yaş**	38	46,3	25,68±4,61	2,004	0,142
	36-50 yaş	34	41,5	24,26±4,56		
	51-64 yaş	10	12,2	22,60±5,21		
Eğitim	**Lise altı**	12	14,6	25,41±4,94	0,670	0,515
	Lise mezunu	30	36,6	25,26±4,88		
	Üniversite ve yüksek lisans	40	48,8	24,10±4,57		
Kendi sağlık durumu beyanı	**Evet**	66	80,5	24,90±4,96	0,736	0,464
	Hayır	16	19,5	23,93±3,60		
Kronik hastalık	**Var**	35	42,7	23,31±4,78	2,391	0,019
	Yok	47	57,3	25,76±4,44		
Sigara kullanımı	**Evet**	18	22,0	24,00±4,32	0,729	0,468
	Hayır	64	78,0	24,92±4,84		

f: One Way Anova (3'ten fazla değişkenin karşılaştırıldığı) testi yapılanlarda kullanılan değerdir.

t: Bağımsız t (2 değişkenin karşılaştırıldığı) testi yapılanlarda kullanılan değerdir.

Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların BKİ, kendi vücut ağırlığını tanımlamaları ve vücut ağırlıklarından memnuniyet durumlarının ortorektik puan ortalamaları Tablo 4.7.de verilmiştir (Tablo 4.7). Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların vücut ağırlık durumları ve algılarının ortorektik puan ortalamalarının arasında anlamlı farklılıklar bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.7. Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların vücut ağırlık durumları ve algılarının ortorektik puan ortalamalarının karşılaştırılması

		N	%	Ortorektik puan ortalamaları	f / t*	P
BKİ	**Normal (≤25)**	31	52,4	25,20±5,25	0,985	0,327
	Normal üstü(>25)	37	47,6	24,17±4,05		
Kendi kilosundan memnuniyet durumu	**Memnun**	21	25,6	24,57±5,37	0,166	0,869
	Memnun değil	61	74,4	24,77±4,52		
Kendi vücut ağırlığını tanımlama	**Kilolu**	38	46,3	24,47±4,04	0,293	0,747
	İdeal	40	48,8	25,07±5,16		
	Zayıf	4	4,9	23,50±7,04		

f: One Way Anova (3'ten fazla değişkenin karşılaştırıldığı) testi yapılanlarda kullanılan değerdir.

t: Bağımsız t (2 değişkenin karşılaştırıldığı) testi yapılanlarda kullanılan değerdir.

Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların diyet yapma, ara/ana öğün tüketimi, su tüketimi, kendi beslenme tanımı ve besin takviyesi kullanım özelliklerinin ortorektik puan ortalamaları Tablo 4.8.de gösterilmektedir (Tablo 4.8.). Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların yalnızca diyet yapma durumlarında ortorektik puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar bulunduğu görülmüştür ($p<0,05$). Diyet yapan kişilerde ortorektik puan ortalaması düşük yani ortorektik eğilim daha fazla bulunmuştur.

Tablo 4.8. Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların diyet yapma, ara/ana öğün tüketimi, su tüketimi, kendi beslenme tanımı ve besin takviyesi kullanım durumlarının ortorektik puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	%	Ortorektik puan ortalamaları	f / t*	P
Diyet yapma durumu	**Yapıyor**	29	35,4	22,89±4,08	2,681	0,009
	Yapmıyor	53	64,6	25,71±4,78		
Ara öğün tüketme durumu	**Tüketenler**	76	92,7	24,68±4,76	0,239	0,811
	Tüketmeyenler	6	7,3	25,16±4,62		
Öğün atlama durumu	**Atlayan**	51	62,2	24,94±4,88	0,542	0,589
	Atlamayan	31	37,8	24,35±4,49		
Kendi su tüketim durumlarını değerlendirmeleri	**Yetersiz**	36	43,9	24,86±3,97	0,239	0,812
	Yeterli	46	56,1	24,60±5,27		
Kendi beslenme durumlarını değerlendirmeleri	**Yetersiz**	3	3,7	30,00±4,35	2,866	0,063
	Yeterli	56	68,3	24,08±5,16		
	Fazla	23	28,0	25,56±2,87		
Düzenli besin takviyesi kullanımı	**Kullanmayanlar**	56	68,3	25,19±4,55	1,348	0,181
	Düzenli kullananlar	26	31,7	23,69±5,00		

f: One Way Anova (3'ten fazla değişkenin karşılaştırıldığı) testi yapılanlarda kullanılan değerdir.

t: Bağımsız t (2 değişkenin karşılaştırıldığı) testi yapılanlarda kullanılan değerdir.

Fiziksel aktivite yapmayan kadınların yaş, eğitim, kendi sağlık durumu beyanı, kronik hastalık varlığı ve sigara kullanım durumlarının ortorektik puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.9.).

Tablo 4.9. Fiziksel aktivite yapmayan kadınların ortorektik puan ortalamalarının bazı değişkenlerle karşılaştırılması

		N	%	Ortorektik puan ortalamaları	f / t*	p
Yaş	**18-35 yaş**	60	62,5	27,28±4,90	2,159	0,121
	36-50 yaş	26	27,1	25,19±3,42		
	51-64 yaş	10	10,4	25,80±3,88		
Eğitim	**Lise altı**	12	12,5	27,08±5,46	1,046	0,356
	Lise mezunu	30	31,3	27,40±4,71		
	Üniversite ve yüksek lisans	54	56,3	25,98±4,15		
Kendi sağlık durumu beyanı	**Evet**	73	76,0	26,56±4,38	0,003	0,997
	Hayır	23	24,0	26,56±4,98		
Kronik hastalık	**Var**	44	45,8	26,77±4,53	0,418	0,677
	Yok	52	54,2	26,38±4,52		
Sigara kullanımı	**Evet**	17	17,7	27,35±6,09	0,620	0,542
	Hayır	79	82,3	26,39±4,12		

f: One Way Anova (3'ten fazla değişkenin karşılaştırıldığı) testi yapılanlarda kullanılan değerdir.

t: Bağımsız t (2 değişkenin karşılaştırıldığı) testi yapılanlarda kullanılan değerdir.

Fiziksel aktivite yapmayan kadınların BKİ, kendi vücut ağırlığını tanımlamaları ve vücut ağırlıklarından memnuniyet durumlarının ortorektik puan ortalamaları Tablo 4.10.da verilmiştir (Tablo 4.10). Fiziksel aktivite yapmayan kadınlarda yalnızca BKİ değerleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). BKİ ortalaması yüksek (>25) olan kişilerde ortorektik puan ortalaması düşük yani ortorektik eğilim fazladır.

Tablo 4.10. Fiziksel aktivite yapmayan kadınların vücut ağırlık durumları ve algılarının ortorektik puan ortalamalarının karşılaştırılması

		N	%	Ortorektik puan ortalamaları	f / t*	p
BKİ	**Normal (≤25)**	59	61,5	27,61±4,56	2,991	0,004
	Normal üstü(>25)	37	38,5	24,89±3,92		
Kendi kilosundan memnuniyet durumu	**Memnun**	35	36,5	27,54±4,87	1,627	0,107
	Memnun değil	61	63,5	26,00±4,23		
Kendi vücut ağırlığını tanımlama	**Kilolu**	37	38,5	26,05±4,52	1,895	0,156
	İdeal	54	56,3	26,57±4,46		
	Zayıf	5	5,2	30,20±4,08		

f: One Way Anova (3'ten fazla değişkenin karşılaştırıldığı) testi yapılanlarda kullanılan değerdir.

t: Bağımsız t (2 değişkenin karşılaştırıldığı) testi yapılanlarda kullanılan değerdir.

Fiziksel aktivite yapmayan kadınların diyet yapma, ara/ana öğün tüketimi, su tüketimi, kendi beslenme tanımı ve besin takviyesi kullanım özelliklerinin ortorektik puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.11.).

Tablo 4.11. Fiziksel aktivite yapmayan kadınların sigara kullanımı, ara/ana öğün tüketimi, su tüketimi, kendi beslenme tanımı ve besin takviyesi kullanım durumlarının ortorektik puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	%	Ortorektik puan ortalamaları	f / t*	p
Diyet yapma durumu	**Yapıyor**	15	15,6	24,67±4,67	1,792	0,076
	Yapmıyor	81	84,4	26,91±4,42		
Ara öğün tüketme durumu	**Tüketenler**	90	93,8	26,61±4,54	0,407	0,427
	Tüketmeyenler	6	6,2	25,83±4,30		
Öğün atlama durumu	**Atlayan**	61	63,5	27,04±4,85	1,402	0,164
	Atlamayan	35	36,5	25,71±3,75		
Kendi su tüketim durumlarını değerlendirmeleri	**Yetersiz**	57	59,4	26,07±4,66	1,297	0,198
	Yeterli	39	40,6	27,28±4,23		
Kendi beslenme durumlarını değerlendirmeleri	**Yetersiz**	14	14,6	27,57±5,20	0,739	0,481
	Yeterli	59	61,5	26,64±4,11		
	Fazla	23	24,0	25,73±5,09		
Düzenli besin takviyesi kullanımı	**Kullanmayanlar**	54	56,3	27,05±5,15	1,276	0,205
	Düzenli kullananlar	42	43,8	25,92±3,48		

f: One Way Anova (3'ten fazla değişkenin karşılaştırıldığı) testi yapılanlarda kullanılan değerdir.

t: Bağımsız t (2 değişkenin karşılaştırıldığı) testi yapılanlarda kullanılan değerdir.

Tablo 4.12.de çalışmaya katılan düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların (n=82) fiziksel aktivite özelliklerinin ortorektik puan ortalamaları bakımından karşılaştırılmaları yapılmıştır (Tablo 4.12.). Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınlarda, fiziksel aktivite yapma nedenlerinin ve fiziksel aktivite yapma sürelerinin ortorektik puan ortalamaları ile arasında anlamlı farklılıklar tespit edilirken (p<0,05); fiziksel aktivite çeşitlerinin (yürüyüş, fitness) ortorektik puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar bulunmadığı tespit edilmiştir. En az 6 ay süreyle düzenli fiziksel aktivite yapanların diğerlerine göre ortorektik eğiliminin daha fazla olduğu görülmektedir.

Kadınlar en yaygın düzenli fiziksel aktivite yapma nedenlerini (%54,9) 'sağlıklı olmak' şeklinde beyan etmişlerdir. Ayrıca kadınların en çok 1-5 ay süreyle (%63,4) fiziksel aktivite yaptıkları tespit edilmiştir. En fazla yaptıkları fiziksel aktivitelerin ise yürüyüş (%62,2) ve fitness (%92,7) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.12.).

Tablo 4.12. Fiziksel aktivite özelliklerinin ortorektik puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	%	Ortorektik puan ortalamaları	f / t*	p
Fiziksel aktivite yapma nedenleri	**Zayıflamak için**	37	45,1	25,89±4,65	2,079	0,041
	Sağlıklı olmak için	45	54,9	23,75±4,61		
Fiziksel aktivite yapma süresi	**1-5 ay**	52	63,4	25,57±4,55	2,215	0,030
	6 ay ve üstü	30	36,6	23,23±4,71		
Yürüyüş yapma durumu	**Hiç yapmayanlar**	31	37,8	24,83±4,42	0,993	0,375
	Hafta 3-4 gün yapanlar	37	45,1	25,21±4,94		
	Haftada en az 5 gün yapanlar	14	17,1	23,14±4,76		
Fitness yapma durumu	**Hiç yapmayanlar**	4	4,9	21,75±4,92	1,294	0,199
	Hafta 3-4 gün yapanlar	78	92,7	24,87±4,69		

f: One Way Anova (3'ten fazla değişkenin karşılaştırıldığı) testi yapılanlarda kullanılan değerdir.

t: Bağımsız t (2 değişkenin karşılaştırıldığı) testi yapılanlarda kullanılan değerdir.

Çalışmaya katılan tüm kadınların (n=82) fiziksel aktivite dışındaki özelliklerinin ortorektik puan ortalamaları bakımından karşılaştırılması Tablo 4.13.de verilmiştir (Tablo 4.13.). Tüm katılımcıların kendi vücut ağırlıklarını tanımlamalarının, su tüketimlerinin, atıştırmalık tercihlerinin ve düzenli besin takviyesi kullanım özelliklerinin ortorektik puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar bulunmamıştır ($p>0,05$). Yalnızca BKİ değerleri (zayıf, normal, kilolu) arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Bu farklılık normal ağırlıktaki kadınlar ve kilolu kadınlar arasında bulunmuştur. Kilolu kadınların ortorektik puan ortalamaları normal kilodaki kadınlara göre anlamlı derecede düşük yani ortorektik eğilim daha fazladır ($p<0,05$).

Tablo 4.13. Tüm katılımcıların fiziksel aktivite dışındaki özelliklerinin (BKİ, kendi vücut ağırlığı tanımlaması, su tüketimi, atıştırmalık tercihi, besin takviyesi kullanımı) ortorektik puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	%	Ortorektik puan ortalamaları	f / t*	P
BKİ değerleri	**Zayıf (<18)**	4	2,2	25,25±6,39	4,602	0,011*
	Normal (18-24,99)	98	55,1	26,65±4,95		
	Kilolu (≥25)	76	42,7	24,52±3,98		
Kendi vücut ağırlığını tanımlama	**Zayıf**	9	5,1	27,22±6,28	0,932	0,392
	İdeal	94	52,8	25,93±4,80		
	Kilolu	75	42,1	25,25±4,33		
Su tüketimi	**Yetersiz**	93	52,2	25,60±4,42	0,330	0,741
	Yeterli	85	47,8	25,83±4,98		
Atıştırmalık Tercihi	**Sağlıklı**	79	44,4	25,40±4,55	0,345	0,709
	Sağlıksız	86	48,3	26,01±4,91		
	Hiçbiri	13	7,3	25,61±4,11		
Düzenli besin takviyesi kullanımı	**Kullanmayanlar**	110	61,8	26,10±4,92	1,436	0,153
	Düzenli kullananlar	68	38,2	25,07±4,23		

*: Normal ve kilolu kişilerin ortorektik puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınlarda ON görülme durumunun incelenmesinin amaçlandığı araştırma kapsamında 18-64 yaş aralığında sosyodemografik özellikleri benzer, düzenli fiziksel aktivite yapan (olgu grubu, n=82) ve düzenli fiziksel aktivite yapmayan (kontrol grubu, n=96) iki grup kadının ON durumları incelenmiştir. Olgu ve kontrol gruplarının demografik özellikleri (yaş, eğitim, meslek, medeni durum, çocuk sayısı, ekonomik durum) benzer bulunmuştur (Tablo 4.1.).

Çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların %80,5'i; fiziksel aktivite yapmayan kadınların ise %76'sı kendini sağlıklı bulmakta ve aralarında anlamlı bir fark görülmemektedir (Tablo 4.1.). 18-50 yaş aralığında eşit sayıda düzenli spor yapan ve yapmayan toplam 150 kadının incelendiği bir çalışmada düzenli spor yapanlar ile yapmayanların sağlık sorunu bildirme sıklıkları sırasıyla %82,7, %89,3 olarak bulunmuştur (Uzundiz ve ark., 2022). Uzundiz ve arkadaşlarının yaptığı araştımada bu çalışmayla benzer şekilde spor yapan kişilerin sağlık sorunlarının yapmayanlara göre daha az olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre sporun sağlık üzerindeki yararlı etkileri spor yapan kişilerde sağlık sorunlarının daha az görülmesini sağlamış olabilir.

Araştırmaya katılanların %44,4'ünün kronik hastalığı olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca düzenli fiziksel aktivite yapan kadınlarda yapmayanlara göre daha az kronik hastalık görülmekte ancak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.1.). Trabzon'da 2014 senesinde diyet polikliniğine gelen kadınlar üzerinde yapılan araştırmada katılımcıların %30,8'ine herhangi bir hastalık teşhisi konmuştur (Yılmaz, 2014). Bir belediyenin spor merkezine giden 18 yaş üstü kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların %21.2'sinin kronik bir hastalığı vardır (Dağlı, 2022). Bu araştırmalarda hastalık

görülme durumu yapılan çalışmaya göre daha az bulunmuştur. Bunun nedeni çalışma kapsamındaki kişilerin farklılıkları olabilir.

TÜİK 2019 verilerine göre kadınların %24,9'u sigara kullanmaktadır. Çalışmada kadınların sigara içme oranı (%25) TÜİK verilerine benzer bulunmuşur. Trabzon'da 2014 senesinde diyet polikliniğine gelen kadınlar üzerinde yapılan araştırmada kişilerin hayat tarzı alışkanlıkları incelendiğinde katılımcıların %25'inin sigara kullandığı, % 75'inin ise sigara kullanmadığı belirlenmiştir (Yılmaz, 2014). Bir belediyenin spor merkezine giden 18 yaş üstü kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada kadınların sigara kullanma oranı % 17,1 bulunmuştur (Dağlı, 2022). Yurt dışında spor merkezine devam eden 269 birey üzerinde yapılan bir çalışmada ise kadınların (94 kadın) %43,6'sının sigara içtiği tespit edilmiştir (Ertürk, 2018). Çalışmalar arası farklılıklar araştırmaların yapıldığı yerler ve katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir.

Ayrıca Adıyaman'da 15-49 yaş aralığındaki kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada kronik hastalık varlığı ve sigara kullanma durumu ile fiziksel aktivite yapma durumu arasında bu çalışmada da olduğu gibi ilişki saptanmamıştır (Şahin, 2018).

Araştırmada düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların BKİ ortalaması 25,61±4,43 kg/m²; fiziksel aktivite yapmayan kadınların BKİ ortalaması ise 24,86±4,94 kg/m² bulunmuştur. Çalışmada kontrol grubu ve olgu grubu arasında BKİ ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.2.). Ankara'da 18-35 yaş arası 242 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada spor yapanların BKİ ortalaması 22,24±3,95; spor yapmayanların BKİ ortalaması ise 23,05±4,13 bulunmuştur (Eyili, 2017). 18-50 yaş aralığında düzenli spor yapan ve yapmayan toplam 150 kadının incelendiği bir çalışmada her iki grupta BKİ değerleri birbirine benzer bulunmuştur (düzenli spor yapan grup 23.8±4.39 kg/m², düzenli spor yapmayan grup 23.95±3.55 kg/m²) (Uzundiz ve ark., 2022). Adıyaman 15-49 yaş aralığındaki kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada fiziksel aktivite düzeyleri ile BKİ'leri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Şahin, 2018). Çalışmalarda spor yapan ve yapmayan kişilerde BKİ değerleri genel olarak benzer bulunmuştur. Fiziksel aktivite düzeyleri ile BKİ'leri arasında da anlamlı farklılıklar saptanmamıştır. Bu durum kişilerin yalnızca kilo kontrolü için spor yapmadıklarını düşündürmektedir.

Çalışmada, düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınlarda kilo memnuniyetleri arasında fark tespit edilmemiştir (Tablo 4.2.). Yurt dışında yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada hem kadınlar hem de erkeklerde fiziksel aktivite sıklığı ile vücut ağırlığı memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Araújo ve Araújo, 2003). 20-40 yaş arasındaki kadınlarla yapılan bir çalışmanın sonucunda araştırmaya katılan kadınların fiziksel aktivite düzeylerinin beden algısı ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (Güngör ve Karabörklü, 2018). Çalışmadaki sonuçlar bu iki araştırmayla benzer çıkmıştır. Mülazımoğlu ve ark (2001)'nın sporcu ve sporcu olmayan kadınların fiziksel kaygı ve beden imgesinden hoşnut olma seviyesiyle ilgili yaptıkları bir araştırmada; beden imgesinden hoşnut olma seviyeleri arasında sporcu olanlar lehine anlamlı bir fark bulunmuştur (Mülazımoğlu ve ark., 2001). Bu araştırmanın sonucunun farklı çıkmasının nedeni ise olgu grubunun diğer çalışmalardan farklı olarak sporcu kadınlardan oluşması olabilir.

Çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapanlar ve yapmayanlar arasında kendi vücut ağırlıklarını tanımlamaları (kilolu, ideal ve zayıf) arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir (Tablo 4.2.). 15-49 yaş aralığındaki kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada benzer şekilde fiziksel aktivite düzeyleri ile kendi kilosunu algılama şekli arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Şahin, 2018). 18-50 yaş aralığında düzenli spor yapan ve yapmayan kadınların incelendiği bir çalışmada da kendi vücut ağırlıklarını tanımlamaları arasında farklılık bulunmamıştır (Uzundiz ve ark., 2022). Bu sonuçlar kişilerin kendilerini tanıdıklarını ve çalışmaların benzer kiloda olgu-kontrol gruplarından oluştuklarını göstermektedir.

Çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların %35,4'ünün diyet yaptığı tespit edilmiştir (Tablo 4.3.). Tokat'ta spor merkezinde yapılan araştırmada kadınların %50,5'inin diyet yaptıkları tespit edilmiştir (Kozan, 2013). Spor merkezine devam eden 269 birey üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların %50,5'i diyet yaparken, %49,5'inin daha önce hiç diyet yapmadığı bulunmuştur (Ertürk, 2018). Ankara'da düzenli egzersiz yapan 206 kişide kadınların %47,1'i hastalıklarına özel diyet yapmaktadır (Yeşildemir, 2018). Bu araştırmalardaki diyet yapma oranları yapılan çalışmaya göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni çalışma gruplarının yaş aralığının ve örneklem büyüklüğünün farklılığı olabilir.

Ayrıca düzenli fiziksel aktivite yapan kadınlarda (%35,4) yapmayanlara (%15,6) göre diyet yapma durumunun daha yaygın olduğu görülmektedir (Tablo 4.3.). Adıyaman 15-49 yaş aralığındaki kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada benzer şekilde fiziksel aktivite düzeyi yüksek olanlarda diyet yapma oranı anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Şahin, 2018). 18-50 yaş aralığında düzenli spor yapan ve yapmayan toplam 150 kadının incelendiği bir çalışmada düzenli spor yapan kadınların %41.3'ü, düzenli spor yapmayan kadınların ise %38.7'sinin diyet yaptığı bildirilmiştir. Bu araştırmada gruplar arasında anlamlı bir fark olmasa da çalışmamıza benzer şekilde spor yapan kadınların yapmayanlara göre daha fazla diyet yaptıkları tespit edilmiştir (Uzundiz ve ark., 2022). Çalışmalarda düzenli spor yapan gruplarda diyet yapanların oranlarının daha yüksek olması düzenli fiziksel aktivite yapılmasına bağlı olarak sağlıklı yaşam tarzı için artan bilinç düzeyi ile ilişkili olabilir.

Düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınlarda ara/ana öğün tüketimi durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.3.). 18-50 yaş aralığında düzenli spor yapan ve yapmayan toplam 150 kadının incelendiği bir çalışmada ara öğün tüketmeyenlerin oranı düzenli spor yapan grupta daha fazladır (sırasıyla %28.0 ve %18.7). Benzer şekilde öğün atlama oranı düzenli spor yapan grupta daha fazladır (sırasıyla %36 ve %30.7) (Uzundiz ve ark., 2022). Araştıma sonucu yapılan çalışmadan farklı çıkmıştır. Bunun nedeni katılımcıların sağlık durumları ve eğitim düzeylerindeki farklılıklar olabilir.

Çalışmaya katılan kadınların günlük ortalama 1700 ml su tükettiği tespit edilmiştir. Araştırmada düzenli fiziksel aktivite yapan kadınlarda yeterli su tüketme ve yeterli beslendiklerini düşünme oranları yapmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3.). Bu durum düzenli fiziksel aktivitenin su tüketimi ve beslenmeyi olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Ancak literatürde bu tarz bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmaya katılan kadınlardan %38,2'si (68 kadın) düzenli olarak besin takviyesi kullanmaktadır. TBSA 2017 verilerine göre ise kadınlarda besin takviyesi kullanma oranı %13,6 'dır (TBSA, 2017). Çalışmada, kadınlarda besin takviyesi kullanım oranının yüksek çıkmasının nedeni araştırmanın kapsadığı grubun özellikleri ve örneklem büyüklüğünden kaynaklı olabilir. Araştırmada en fazla kullanılan besin

takviyeleri D vitamini, C vitamini ve multivitaminlerdir. TBSA 2017 verilerine göre 19-64 yaş arası kadınların en çok kullanıldıkları besin destekleri ise demir, B12 vitamini, D vitamini ve multivitamin/mineraller olarak saptanmıştır (TBSA, 2017). Ayrıca araştırmada düzenli fiziksel aktivite yapmayan kadınlarda besin takviyesi kullanımı yapanlara göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (Tablo 4.3.). 18-50 yaş aralığında düzenli spor yapan ve yapmayan toplam 150 kadının incelendiği bir çalışmada düzenli spor yapan kadınlarda besin desteği kullanma eğilimi daha fazladır. Her iki grupta da çoğunlukla besin desteği olarak, multivitamin/mineral takviyesi tercih edilmektedir (Uzundiz ve ark., 2022). 19-64 yaş arası kadınlarda kilo verme amaçlı bitkisel destek ve besin desteği kullanımının incelendiği bir çalışmaya katılan kadınların en çok kullandığı besin takviyeleri B12 vitamini, demir ve D vitamini olarak tespit edilmiştir. Daha önce yapılan araştırmalarda olduğu gibi multivitamin ve mineraller en çok kullanılan besin takviyeleri olarak gözlemlenmiştir. Aynı çalışmada daha sık spor yapan ve bazı sağlıklı beslenme alışkanlıkları olan (fast-food tüketmeyen, su tüketimi yeterli ve öğün saatleri düzenli) kadınların daha çok besin takviyesi kullandıkları tespit edilmiştir (Örs, 2016). Yapılan çalışmada ise diğer araştırmalardan farklı olarak fiziksel aktivite yapmayan kadınlarda besin takviyesi kullanımının daha yaygın olmasının nedeni besin takviyesi kullanım durumunu değerlendirirken ayrıntıların (kullanılan besin takviyesi ve kullanım süresi gibi) dikkate alınmamış olması olabiir.

Çalışmaya katılan toplam 178 kadının ortorektik puan ortalaması 25,71±4,68 bulunmuştur. Düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınların ortorektik puan ortalamaları (sırasıyla 24,71±4.72; 26,56±4,51) karşılaştırılarak düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların ortorektik puan ortalaması yapmayanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Tablo 4.4.). Segura-Garcia'nın kadın atletlerle yaptığı çalışmasında kadın atletlerin, fiziksel aktivite yapmayan kontrol grubu kadınlarına göre daha sık diyet yaptıklarına ve ortorektik eğilimin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Segura-García ve ark., 2015). Almanya'da 3 fitness salonunda ON ve egzersiz ilişkisinin incelendiği bir araştırmada sonuçlar, ON ve egzersiz bağımlılığı arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir (Rudolph, 2018). Portekiz'de bir spor salonunda egzersiz yapan kişilerde ON varlığının araştırıldığı bir çalışmada, fiziksel görünümünden memnun olmayan ve daha sık egzersiz yapan kişilerde ON eğiliminin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Almeida ve ark., 2018). Çalışmamızla birlikte bu araştırmalarda da

fiziksel aktivite yapanlarda ON görülme durumunun daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Literatürde bu çalışmalardan farklı olarak hareketsiz yaşam süren ve düzenli spor yapan kişiler arasında ortorektik puan açısından anlamlı fark bulunmayan çalışmalara da rastlanmıştır (Dalmaz, 2014; Özdengül ve ark., 2021). Sporcular diğer yeme bozuklukları için daha yüksek risk altındadır ve sporcular arasında ON ile ilgili bulgular çelişkilidir (Özdengül ve ark., 2021). Genel olarak çalışmalarda fiziksel aktivite yapanlarda ON görülme riskinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Segura-García ve ark., 2015; Almeida ve ark., 2018; Rudolph, 2018). Bu durum fiziksel aktivite yapanlarda sağlıklı beslenmenin takıntıya dönüşme riskinin yüksek olmasından kaynaklı olabilir. Ayrıca ortoreksiyanın fiziksel aktivite yapanlarda bir risk oluşturduğu ve çeşitli önlemler (eğitim gibi) alınmasının gerekli olduğunu göstermektedir.

Çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapan kadınlarda diyet yapanlarda ve kronik hastalığa sahip olanlarda ON puan ortalaması düşük yani ortorektik eğilim daha fazla bulunmuştur (Tablo 4.6. ve Tablo 4.8.). Bu durumun nedeni kronik hastalığı olan bireylerin hastalık yönetiminde fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme konularına dikkat etmelerinden kaynaklı olabilir. Ancak literatürde bu tarz bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmada ON puan ortalaması besin takviyesi kullananlarda daha düşük bulunmuştur ancak anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 4.8. ve Tablo 4.11.). Portekiz'de yapılan bir çalışmada bir spor salonuna gelen rasgele 193 kişide ON görülenler daha fazla besin takviyesi tüketmekteler ancak anlamlı bir farklılık yoktur (Almeida ve ark., 2018). Amerika'da ON semptomlarının incelendiği bir araştırmada ON semptomlarına sahip kişilerin daha fazla besin takviyesi kullandıklarına ulaşılmıştır. En fazla kullandıkları besin takviyeleri ise sırasıyla multivitamin, protein tozları, C vitaminleri ve probiyotiklerdir (Oberle ve ark., 2019). Bu durum ON riski taşıyan kişilerin sağlıklı beslenmek adına besin ilgi gösterilebileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların %54,9'u sağlıklı olmak, %45,1'i zayıflamak için fiziksel aktivite yapmaktadır (Tablo 4.12.). Kırşehir'de düzenli spor yapan ve yapmayan 118 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada spor yapan kadınların % 56,8'i formunu koruma, %31,4' ü ise kilo verme amacıyla spor yapmışlardır (Karabulut ve Altun, 2018). Şahin ve arkadaşları tarafından Çanakkale'de 20-49 yaş aralığındaki 517 kadının incelendiği bir çalışmada, düzenli fiziksel aktivite yapanların %55,17'si

sağlık için, %31,03'ü ise zayıflamak için yapmaktalar (Şahin ve ark., 2014). Çalışmadaki sonuçlar bu iki araştırmayla benzer çıkmıştır. Sonuçların benzer çıkması kadınların düzenli fiziksel aktivite yapmanın sağlık ve kilo verme üzerindeki yararlı etkilerinin bilincinde olduklarını göstermektedir. Sağlıklı olmak için düzenli fiziksel aktivite yapanlarda zayıflamak için yapanlara göre ortorektik puan ortalaması anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Tablo 4.12.). Bu sonuç çalışmanın bir başka sonucu olan: 'kilolu kadınların ortoreksiya eğilimlerinin normal kilodaki kadınlara göre daha fazla olması' ile de uyumludur (Tablo 4.13). Bu sonuçlar ortoreksiya nervozanın diğer yeme bozukluklarından farklı olarak kilo vermek yerine sağlıklı beslenmeye odaklanmış olduğunu kanıtlamaktadır.

Araştırmada düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların en çok yaptıkları aktiviteler sırasıyla fitness ve yürüyüştür (Tablo 4.12.). Trabzon'da 2014 senesinde diyet polikliniğine gelen kadınlar üzerinde yapılan araştırmada fiziksel aktivite türü incelendiğinde %85'inin yürüyüş yaptığı saptanmıştır (Yılmaz, 2014). 18-30 yaş arası 202 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların egzersiz çeşidi incelendiğinde; %53,2'sinin fitness, vücut geliştirme ve pilates gibi çeşitli egzersizleri, %40,5' inin kişinin yürüyüş ve %6,3'ünün koşu yaptığı tespit edildi (Ünal ve ark., 2022). Konya'da 263 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların fiziksel aktivite türü bakımından en çok yürüyüş-koşu faaliyetini tercih ettiği belirlenmiştir (Kaya ve ark., 2021). Şahin ve arkadaşları tarafından Çanakkale'de 20-49 yaş aralığındaki 517 kadının incelendiği bir çalışmada düzenli aktivite yapan kadınlar içinde en çok tercih edilen aktivitenin yürüme olduğu tespit edilmiştir (Şahin ve ark., 2014). İstanbul 'da spor yapan (n=62) ve yapmayan (n=49) kadınların incelendiği bir araştırmada spor yapan kadınların fiziksel aktivite türü bakımından en çok yürüyüş ve fitness yaptıkları tespit edilmiştir (Hallaç, 2019). Araştırmaların çoğunda bu çalışmayla benzer şekilde en çok tercih edilen fiziksel aktivite fitness ve yürüyüş olmuştur. Bunun nedeni spor salonlarında daha çok fitness yapılması ve yürüyüşün kendi başına da yapılabilir olmasından kaynaklı olabilir.

Çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların %63,4'ü 1-5 ay, %26,6'sı 6 ay ve üstü sürede spor yapmaktadır (Tablo 4.12.). Spor merkezine devam eden 269 birey üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların (94 kadın) %33'ünün 7 ay ve üstü sürede spor

yaptıkları tespit edilmiştir (Ertürk, 2018). Spor yapan (n=62) ve yapmayan (n=49) kadınların incelendiği bir araştırmada spor yapan kadınların (94 kadın) %29'unun 7 ay ve üstü sürede spor yaptıkları tespit edilmiştir (Hallaç, 2019). Çalışmadaki sonuçlar bu iki araştırmayla benzerlik göstermektedir. Kocaeli'de 16 spor merkezine kayıtlı 666 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada ise araştırmamızdan farklı olarak kadınların %46,8'inin 7 ay ve üstü sürede spor yaptıkları bulunmuştur (Uzuner ve ark., 2019). Bu farklılık örneklem büyüklüğünden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların spor yapma süresi arttıkça ON puan ortalamaları azalmaktadır. En az 6 ay süreyle düzenli fiziksel aktivite yapanlarda diğerlerine göre ortorektik puan ortalaması anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Tablo 4.12.). Yüksek düzeyde ON'a sahip genç yetişkinler, düşük düzeyde ON'a sahip genç yetişkinlere göre daha yüksek düzensiz yeme tutumları ve daha yoğun fiziksel aktivite göstermiştir (Brytek-Matera ve ark., 2022). Egzersiz yapmanın genç yetişkinlerde ON eğiliminin incelendiği bir çalışmada bireylerin ON seviyeleri ile haftalık egzersiz seviyeleri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (İren, 2021). Spor yapan 107 kişinin incelendiği bir çalışmada 12 ay ve üzerinde süreyle spor yapanların Orto-11 puanı, daha az süreyle spor yapanlara göre anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur (Baysal, 2020). Bu çalışmayla birlikte diğer çalışmalarda da fiziksel aktivite süresi artttıkça ON riskinin arttığı bulunmuştur. Bu durum düzenli fiziksel aktivite yapma durumu ve sağlıklı beslenme düşüncesinin sağlıklarıyla ilgili kaygıları yüksek olan kişilerde birlikte görülme olasılığının yüksek olduğunu göstermektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

- Çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların BKİ ortalaması yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuş ancak anlamlı bir farklılık yoktur. Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların BKİ (Beden Kitle İndeksi) ortalaması 25,6±4,4 kg/m²; fiziksel aktivite yapmayan kadınların BKİ ortalaması ise 24,8±4,9 kg/m²dir.
- Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınlarda diyet yapan, yeterli su tüketen ve besin takviyesi kullanmayanların oranı ile beslenmelerini yeterli olarak tanımlayanların oranı fiziksel aktivite yapmayanlara göre daha yüksektir ($p<0,05$).
- Araştırmaya katılan kadınların %44,4'ünün kronik hastalığı vardır. Ayrıca düzenli fiziksel aktivite yapanlarda yapmayanlara göre daha az kronik hastalık görülmekte ancak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). En sık görülen kronik hastalıklar ise kemik-eklem hastalıkları ve anemidir.
- Çalışmaya katılan kadınlardan %38,2'si (68 kadın) düzenli olarak besin takviyesi kullanmaktadır. En sık kullanılan besin takviyeleri sırasıyla şunlardır; D vitamini, multivitamin ve C vitaminidir. Ayrıca araştırmamızda fiziksel aktivite yapmayan kadınlarda besin takviyesi kullanım oranı yapanlara göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur ($p<0,05$).
- Çalışmaya katılan toplam 178 kadının ortorektik puan ortalaması 25,71±4,68 bulunmuştur. Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların ortorektik puan ortalaması 24,71±4.72; yapmayanların ortorektik puan ortalaması 26,56±4,51 bulunmuştur. Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların ON eğiliminin daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

- Araştırmada düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların ortorektik puan ortalamalarına bakıldığında kronik hastalıklara sahip kişilerde ve diyet yapanlarda puan ortalaması düşük yani ortorektik eğilim daha fazladır ($p<0,05$).
- Çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapan kadınlarda normal BKİ'ye (≤ 25) sahip olanların ortorektik puan ortalamalarının daha fazla olmasına rağmen anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir ($p>0,05$).
- Araştırmada düzenli fiziksel aktivite yapan kadınlarda besin takviyesi kullananların kullanmayanlara göre ortorektik puan ortalamaları daha düşük olmasına rağmen anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).
- Araştırmada fiziksel aktivite yapmayan kadınlarda BKİ ortalaması yüksek (>25) olan kişilerin normal (≤ 25) olanlara göre ortorektik puan ortalaması düşük yani ortorektik eğilimin daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).
- Araştırmada düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların %54,9'u sağlıklı olmak, %45,1'i ise zayıflamak için fiziksel aktivite yapmaktadır. Sağlıklı olmak için düzenli fiziksel aktivite yapan kişilerde diğerlerine göre ortorektik puan ortalaması düşük yani ortorektik eğilim daha fazladır ($p<0,05$).
- Çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapan kadınlarda fiziksel aktivite yapma sürelerinin ortorektik puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). En az 6 ay süreyle düzenli fiziksel aktivite yapanların diğerlerine göre ortorektik eğiliminin daha fazla olduğu görülmektedir.
- Araştırmada düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların en çok yaptıkları aktiviteler sırasıyla fitness ve yürüyüştür. Yürüyüş ve fitness yapma sürelerinin ortorektik puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Çalışmaya katılan kadınların %55,1'inin normal kiloda, %42,7'sinin ise kilolu olduğu saptanmıştır. Kilolu kadınların ortorektik puan ortalamaları normal kilodaki kadınlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$).
- Araştırmaya katılanların %48,3'ü sağlıksız, %44,4'ü ise sağlıklı ara öğünler tercih etmektedir. Sağlıklı atıştırmalık tüketenlerin ortorektik puan ortalamasının daha düşük olmasına rağmen atıştırmalık tercihlerinin ortorektik puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Öneriler;

- Araştırmada düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların beslenmelerine (diyet yapma, su tüketimi, yeterli beslenme gibi) daha çok dikkat ettikleri ve ortoreksiya nervoza görülme sıklığının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum bize düzenli fiziksel aktivite yapan kadınlarda sağlıklı beslenmenin takıntıya dönüştürülme riskinin yüksek olabileceğini göstermiştir. Bu sebeple egzersiz yapan kişiler sağlıklı beslenme hakkında bilgilendirilmeli ve doğru bir beslenme tablosuna sahip olmaları için teşvik edilmelidir.
- ON kişilerin yalnızca beslenme alışkanlıklarını değil, aynı zamanda egzersiz davranışlarını da etkilemektedir. Ortorektik bireyler, sık egzersiz yapmanın sağlık sorunlarına neden olabileceği konusunda bilinçlendirilmelidir.
- ON görülme olasılığının yüksek olduğu gruplara (özellikle spor yapan bireyler, kadınlar ve ergenlere) ON'nin riskleri ve oluşabilecek sağlık problemleriyle ilgili eğitimler yapılmalıdır. Eğitimin içeriği dengeli beslenme, vücut ağırlığını kontrol etmenin sağlıklı yolları, aile ve akran çevresi bağlamında vücut ağırlığına ilişkin olumsuz yorumlardan ve baskıdan kaçınma hakkında olmalıdır.
- ON henüz yeni bir kavram olup, net tanı kriterleri yoktur. Bu nedenle ortorektik eğilimleri nelerin tetiklediği hakkında daha fazla çalışma yapılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

Ali SKS. The important of physical activities in our life. International Physical Medicine & Rehabilitation Journal, 2018; 3(4): 308-310.

Almeida C, Borba, VV, Santos L. Orthorexia nervosa in a sample of Portuguese fitness participants. Eating and Weight Disorders, 2018; 23(4): 443-451.

Altınsoy C, Yılmaz YA. Çocuklardaki gizli tehlike: tıkanırcasına yeme bozukluğu. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 2021; 6(3): 433-448.

American Psikiyatri Birliği. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed). Çeviri: Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2013.

Araújo DSMS, Araújo CGS. Self-perception and dissatisfaction with weight does not depend on the frequency of physical activity. Arq Bras Cardiol, 2003; 80(3): 235-249.

Arusoğlu G, Kabakçi E, Köksal G, Merdol TK. Ortoreksiya nervoza ve Orto-11'in Türkçeye uyarlama çalışması. Türk Psikiyatri Derg. 2008;19(3):283-91.

Arusoğlu, G. Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi, Orto-15 Ölçeğinin Uyarlanması, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2006; s.: 24.

Atchison EA, Zickgraf FH. Orthorexia nervosa and eating disorder behaviors: a systematic review of the literature. Appetite, 2022; 1: 177-185.

Aytaç MH, Hocaoğlu Ç. Living with a bulimia nervosa: a case report. Journal of Mood Disorders, 2016; 6(3): 158-163.

Barthels F, Meyer F, Pietrowsky R. Orthorexic and restrained eating behaviour in vegans, vegetarians, and individuals on a diet. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 2018; 23: 159-166.

Baysal I. Spor Yapan Bireylerin Ortoreksiya Nervoza Eğilimleri ile Beslenme Durumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2020; s.: 120.

Bhattacharya A, Cooper M, McAdams C, Peebles R, Timko CA. Cultural shifts in the symptoms of anorexia nervosa: the case of orthorexia nervosa. Appetite, 2022; 1: 170.

Bratman S, Knight D. Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating. Broadway Books, Newyork 2000: p.: 256.

Brigham Sk, Eddy K, Manzo DL, Thomas JJ. Evaluation and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in adolescents. Current Pediatrics Reports, 2018; 6(8): 107-113.

Brytek-Matera A, Orthorexia nervosa - An eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 2012; 1: 55–60.

Brytek-Matera A, Pardini S, Szubert J, Novara C. Orthorexia nervosa and disordered eating attitudes, self-esteem and physical activity among young adults. Nutrients, 2022; 14(6): 1289-1296.

Bulut S. A social determinants of health, physical activity. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi, 2013; 70(4): 205-214.

Çadırcı K. Anemi ve primer hipotiroidi birlikteliği olan ilginç bir pika sendromu. ODÜ Tıp Dergisi, 2015; 2(ek) :32-35.

Dağlı ÇS. Bir belediyenin spor salonuna devam eden kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Gazi Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi, 2022; 7(2): 153-162.

Dalmaz M, Tekdemir G. Prevalence of orthorexia nervosa symptoms among people who exercise in gyms. International Refereed Journal of Orthopaedics Traumatology and Sports Medicine, 2015; 4: 23-39.

Dalmaz M. Spor Salonunda Spor Yapan Bireylerde Yeme Farkındalığı ile Ortoreksiya Nervoza Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2014; s.: 82.

Donini L, Marsili D, Graziani M, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. Eat Weight Disord ST, 2015; 10(2): 28-32.

Donini LM, Marsili D, Graziani M, Imbriale M. Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. Eating and Weight Disorders, 2004; 9(2):151-157.

EckstromE, Neukam S, Kalin L, Wright J. Physical activity and healthy aging. Clin Geriatr Med, 2020; 36(4): 671-683.

Elmagd MA. Benefits, need and importance of daily exercise. International Journal of Physical Education, Sports and Health, 2016; 3(5): 22-27.

Ertürk E. Spor Merkezine Devam Eden Bireylerin Beslenme Durumları ve Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2018: 142.

Eyili ÇM. Kadınlarda Fiziksel Aktivitenin Yaşam Kalitesi ve Sağlık Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2017; s.: 71.

Faraji H, Fırat B. Yeme bozuklukları ve duygular. Fenerbahçe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2022; 2(1), 153-174 .

Garipoğlu G, Arslan M, Öztürk S. Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde okuyan kız öğrencilerin ortoreksiya nervoza eğilimlerinin belirlenmesi. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2019; 1(3): 23-27.

Genç A, Şener Ü, Karabacak H, Üçok K. Kadın ve erkek genç erişkinler arasında fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi farklılıklarının araştırılması. Kocatepe Tıp Dergisi, 2011; 12(3): 145-150.

Giel K, Bulik C. Binge eating disorder. Nature Reviews Disease Primers, 2022; 8(1): 16.

Gkiouleka M, Stavraki C, Sergentanis TN, Vassilakoy T. Orthorexia nervosa in adolescents and young adults: a literature review. Children (Basel), 2022; 9(3): 365.

Gortat M, Samardakiewicz M, Perzyński A. Orthorexia nervosa - a distorted approach to healthy eating. Psychiatr Pol, 2021; 55(2): 421-433.

Güler B. Kadınların fiziksel aktiviteleri önündeki engeller: sistematik derleme çalışması. Spor Eğitim Dergisi, 2022; 6 (1): 20-32.

Güngör F, Karabörklü Argut S. Fiziksel aktivite düzeyleri kadınların beden yapısı farkındalığı ile ilişkili midir? 1st International Congress on Healthy Life, 2018; 55-56.

Gürdal Küey A. Ergenlerde yeme bozuklukları. Çetin FÇ, Pehlivantürk B, Ünal F (Eds.), Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2008; s. 407-422.

Hallaç N. Spor Yapan ve Yapmayan Kadınların Problemli Yeme Davranışı ve Benlik Saygısı Bakımından İrdelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2019: 98.

Harford J, Petersen J, Prichard I. "Eat clean, train mean, get lean": Body image and health behaviours of women who engage with fitspiration and clean eating imagery on instagram. Body Image, 2022; 42: 25-31.

Hocaoğlu Ç, Kaçar K. Pika, geri çıkarma bozukluğu nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2019; 22(3): 347-354.

Ilgaz Ş, Kesici C. Fast food besinlerin sağlığa etkileri. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2021; 21: 40-43.

İren G. Egzersiz Yapmanın Genç Yetişkinlerde Ortoreksiya Nervoza Eğilimi Ve Beden Memnuniyetine Yönelik Tutumlarıyla İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul 2021: 62.

Karabulut OE, Altun M. Düzenli olarak spor yapan ve yapmayan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının farklı değişkenler bakımından incelenmesi: Kırşehir ili örneği. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, 2018; 19(1): 936-948.

Kaya A, Aksu HS, Arslan F. Fiziksel aktivitelere düzenli ve düzensiz olarak katılım sağlayan kadınların fiziksel aktivite özdeğer algılarının incelenmesi. Sportive, 2021; 4(2): 57-76.

Koven SN, Abry WA. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. Neuropsychiatr Dis Treat, 2015; 11: 385-394.

Kozan D. Tokat'ta Spor Merkezlerine Devam Eden Kadınların, Beslenme Alışkanlıkları, Zayıflamaya Yönelik Uygulamaları ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya 2013: 107.

Kuzu A, Öztürk ÇP. Spor yapan bireylerde egzersiz bağımlılığı, ortoreksiya nervoza ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Sağ Aka Derg, 2023; 10(2): 226-234.

Lasson C, Raynal P. Personality profiles in young adults with orthorexic eating behaviors. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 2021; 26(8): 2727-2736.

Lavie CJ, Ozemek C, Carbone S, Katzmarzyk PT, Blair SN. Sedentary behavior, exercise, and cardiovascular health. Circulation Research, 2019; 124: 799-815.

Moroze RM, Dunn TM, Craig Holland J, Yager J, Weintraub P. Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal "orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria. Psychosomatics, 2014; 56(4): 397-403.

Mülazımoğlu Ballı Ö, Kirazcı S, Aşçı FH. Sporcu ve sporcu olmayan bayanların sosyal fizik kaygısı ve beden imgesinden hoşnut olma. Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 2001; 11(1): 9-16.

Niedzelski A, Wojtaś KN. Prevalence of orthorexia nervosa and its diagnostic tools—a literature review. Int J Environ Res Public Health, 2021; 18(10): 5488-5496.

Novara C, Pardini S, Visioli, Meda N. Orthorexia nervosa and dieting in a non-clinical sample: a prospective study. Eating and Weight Disorders- Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 2022; 27: 2081-2093.

Oberle CD, Klare DL, Patyk KC. Health beliefs, behaviors, and symptoms associated with orthorexia nervosa. Eat Weight Disord, 2019; 24(3): 495-506.

Örs DE. 19-64 Yaş Arası Kadınlarda Zayıflama Amaçlı Bitkisel Destek Ve Besin Desteği Kullanımı, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2016: 162.

Öyekçin GD, Şahin ME. Yeme bozukluklarına yaklaşım. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 2011; 15(1): 29-35.

Özaydın T, Ouyaba AT, Kesim SI. Predictors of Orthorexia Nervosa behavior in women within the framework of the theory of planned behavior. Perspect Psychiatr Care, 2022; 58(4): 1599–1606.

Özdengül F, Yargic MP, Solak R, Yaylali O, Kurklu GB. Assessment of orthorexia nervosa via ORTO-R scores of Turkish recreational and competitive athletes and

sedentary individuals: a cross-sectional questionnaire study. Eat Weight Disord, 2021; 26(4): 1111-1118.

Özgen C, Köse H, Reyhan S. Relationship between exercise addiction, orthorexia nervosa, and sports supplement attitude in Turkish fitness participants. Progress in Nutrition, 2021; 23(4): 326-335.

Paluska SA, Schwenk TL. Physical activity and mental health: current concepts. Sports Med, 2000; 29(3):167-180.

Peluso MAM, Andrade L. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. Clinics (Sao Paulo), 2005; 60(1): 61-70.

Rudolph S. The connection between exercise addiction and orthorexia nervosa in German fitness sports. Eat Weight Disord, 2018; 23(5):581-586.

Segura-García C, Ramacciotti C, Rania M, Aloi M, Caroleo M, Bruni A, Gazzarrini D, Sinopoli D, De Fazio P. The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. Eating and Weight Disorders- Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 2015; 20: 161-166.

Strahler J, Wachten H, Stark R, Walter B. Alike and different: Associations between orthorexic eating behaviors and exercise addiction. Int J Eat Disord, 2021; 54(8): 1415-1425.

Suiçmez M. Medyada kadın bedeninin ötekileştirilmesi: Victoria's Secret Modeli. Middle Black Sea Journal of Communication Studies, 2018; 3(2), 67-84.

Şahin G, Özer MK, Söğütçü T, Bavli Ö. Kadınlarda düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi, 2014; 10(4): 88- 97.

Şahin T. Adıyaman İl Merkezinde 15-49 Yaş Kadınlarda Obezite Sıklığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 2018: 149.

Şengül R. Ortoreksiya nervoza nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları. KSÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2019; 14(2): 101-104.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. Kuban Matbaacılık. Ankara, 2016.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2022, Yayın No: 1031, Ankara, 2022.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2017, Yayın No: 1132, Ankara, 2022.

TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı (2017). Fiziksel Aktivite Nedir? Erişim: [https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/tr/fiziksel-aktivite/fiziksel-aktivite-nedir.html]. Erişim Tarihi: 30 Haziran 2023.

TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı (2017). Sayılarla Fiziksel Aktivite. Erişim: [https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/tr/fiziksel-aktivite/ulkemizde-durum.html]. Erişim Tarihi: 30 Haziran 2023.

Uzundiz K, Sezer YS, Taşkıran YM. Düzenli spor yapan ve yapmayan çalışan yetişkin kadınların beslenme alışkanlıklarının ve antropometrik ölçümlerinin incelenmesine yönelik bir çalışma. Sağlık ve Spor Bilimleri Dergisi, 2022; 5(1): 7-16.

Uzuner ME, Atali L, Bayazıt B, Ağdaş H. Kadınların spordan ve spor merkezlerinden beklentilerinin karşılanma düzeyleri. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 2019; 13(19): 1703-1720.

Ünal A, Çelik A, Altuğ F. Genç yetişkin kadınlarda egzersiz inanışları ve fiziksel aktivite düzeyi. The Journal of World Women Studies, 2022; 7(1): 58-64.

Ünsal A. Beslenmenin önemi ve temel besin öğeleri. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019; 2(3), 1-10.

Üstündağ EG. Spor Salonunda Spor Yapan Bireylerde Yeme Farkındalığı ile Ortoreksiya Nervoza Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin 2020: 135.

WHO (2016). Physical Activity. Erişim: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity]. Erişim Tarihi: 30 Haziran 2023.

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

Yeşildemir G. Egzersiz Yapan Bireylerde Beslenme Durumu, Sağlıklı Beslenme Takıntısı ve Yeme Davranış Bozukluklarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2018; s.: 180.

Yılmaz A. Trabzon Özel İmperial Hastanesi Diyet Polikliniğine Başvuran 20-64 Yaş Kadınlarda Antropometrik Ölçümler, Kan Biyokimyasal Değerleri, Kronik Hastalık Durumu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2014; s.: 14-42.

Zakhur M, Haddad Ç, Kutsal H, Tarabay C. Differences in the associations between body dissatisfaction and eating outcomes by gender? A Lebanese population study. Revue d Epidemiologie et de Santé Publique, 2021; 69(6): 139-144.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınlarda ortoreksiya nervoza görülme durumu
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER

BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe [ ]	İngilizce [ ]	Diğer [ ]
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe [ ]	İngilizce [ ]	Diğer [ ]
OLGU RAPOR FORMU			Türkçe [ ]	İngilizce [ ]	Diğer [ ]
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe [ ]	İngilizce [ ]	Diğer [ ]

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER

BELGE ADI		Açıklama
SİGORTA	[ ]	
ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	[ ]	
BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	[ ]	
İLAN	[ ]	
YILLIK BİLDİRİM	[ ]	
SONUÇ RAPORU	[ ]	
GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	[ ]	
DİĞER	[ ]	

T.C. ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

KARAR BİLGİLERİ

Karar No : 2021/694 Tarih : 20.10.2021

Yukarıda bilgileri verilen prospektif başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/ çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Sema Kader KÖSE

Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma İle İlişki		Katılım (*)		İmza
Prof. Dr. Sema Kader KÖSE	Tıbbi Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	E [ ]	K [x]	E [ ]	H [x]	E [x]	H	
Prof. Dr. Selma GÖKAHMETOĞLU	Mikrobiyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E [ ]	K [x]	E [ ]	H [x]	E [x]	H	
Prof. Dr. Zuhal HAMURCU	Tıbbi Biyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E [ ]	K [x]	E [ ]	H [x]	E [x]	H	
Prof. Dr. Hüseyin Sinan TOPÇUOĞLU	Endonti	E.Ü. Diş Hek.Fak.	E [x]	K [ ]	E [ ]	H [x]	E [x]	H	
Prof. Dr. Adnan BAYRAM	Anest ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak.	E [x]	K [ ]	E [ ]	H [x]	E [x]	H	
Doç. Dr. Mehmet DOLANBAY	Kadın Hast. ve Doğum	E.Ü. Tıp Fak..	E [x]	K [ ]	E [ ]	H [x]	E [x]	H	
Doç. Dr. Fatih KARDAŞ	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak..	E [x]	K [ ]	E [ ]	H [x]	E [x]	H	
Doç.Dr.Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E [x]	K [ ]	E [ ]	H [x]	E [x]	H	
Doç. Dr. Hakan İMAMOĞLU	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E [x]	K [ ]	E [ ]	H [x]	E [x]	H	
Doç. Dr. Oktay BOZKURT	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E [x]	K [ ]	E [ ]	H [x]	E [x]	H	
Dr.Öğr.Üyesi Kemal Erdem BAŞARAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E [x]	K [ ]	E [ ]	H [x]	E [x]	H	
Dr.Öğr.Üyesi Gözde E. ZARARSIZ	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E [ ]	K [x]	E [ ]	H [x]	E [x]	H	
Uzm. Dr. Uğur AYDEMİR	Genel Cerrahi	Bünyan Dev. Hst	E [x]	K [ ]	E [ ]	H [x]	E [x]	H	
Av. Haluk Korkusuz	Avukat	Kayseri Barosu	E [x]	K [ ]	E [ ]	H [x]	E [x]	H	
Sevtap KOÇER	Sivil Üye	Serbest	E [ ]	K [x]	E [ ]	H [x]	E [x]	H	

*: Toplantıda Bulunma

'tik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2011 - KAEK-80)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Düzenli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınlarda ortoreksiya nervoza görülme durumu
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ETİK KURULUN ADI	ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ
TELEFON	0 352 437 49 10 - 11
FAKS	0 352 437 52 85
E-POSTA	serifeserim@erciyes.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ					
KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Arda Borlu				
KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı				
KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniveristesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD.,Kayseri				
VARSA İDARİ SORUMLU ÜNVANI/ ADI SOYADI					
DESTEKLEYİCİ					
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)					
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ					
ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1				
	FAZ 2				
	FAZ 3				
	FAZ 4				
	Gözlemsel ilaç çalışması				
	Tıbbi cihaz klinik araştırması				
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları				
	İlaç dışı klinik araştırma	x			
	Diğer ise belirtiniz	Yüksek Lisans Tezi			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ x	ÇOKMERKEZ	ULUSAL x	ULUSLARARASI	

Düzenli Fiziksel Aktivite Yapan ve Yapmayan Kadınlarda Ortoreksiya Nervoza Görülme Durumu

Değerli gönüllü, anketimizden elde dilecek sonuçlar sizlere verilen sağlık hizmetlerinin daha verimli ve etkili şekilde yürütülmesine ışık tutacaktır. Anket kapsamında vereceğiniz bilgiler sadece bu çalışmalarda değerlendirilecek, başka bir amaç için kullanılmayacaktır. Katkılarınız ve katılımınız için teşekkür ederiz.

I. KİŞİSEL BİLGİLER

1. Yaşınız: .....

2. En son bitirdiğiniz okul: a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite e) Yüksek lisans

3. Mesleğiniz nedir? .....

4. Medeni durumunuz: a) Evli değil b) Evli

5. Çocuğunuz var mı? a) Evet b) Hayır

6. Evet ise kaç tane?.....

7. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız? a) Çok kötü b) Kötü c) Orta d) İyi e) Çok iyi

II.ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

8. Boyunuz (cm cinsinden) .....

9. Kilonuz (kg cinsinden).....

10. BMI (kg/m2 formülü ile araştırmacı tarafından hesaplanıyor).....

III.SAĞLIK DURUMU VE YAŞAM TARZI

11. Sağlıklı olduğunuzu düşünüyor musunuz? a) Evet b) Hayır

12. Tanısı konulmuş bir sağlık sorununuz var mı? a) Evet b) Hayır

13. Cevabınız evetse bu sağlık sorununuz nedir? Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.

a) Kalp-damar hastalıkları
b) Anemi
c) Şeker Hastalığı
d) Sindirim sistemi ile ilgili hastalıklar
e) Karaciğer, safra kesesi hastalığı
f) Böbrek hastalığı
g) Kemik-eklem hastalığı
h) Göğüs hastalıkları
ı) Solunum ile ilgili hastalıklar
i) Deri hastalıkları
j) Sinüzit-baş ağrısı
k) Diğer (Belirtiniz) ……

14. Kilonuzdan memnun musunuz? a) Evet b) Hayır

15. Kendi vücut ağırlığınızı nasıl tanımlarsınız?

a) Çok kilolu b) Kilolu c) Normal d) Zayıf e) Çok zayıf

16. Özel bir diyet yapıyor musunuz? a) Evet b) Hayır

17. Eğer özel bir diyet yapıyorsanız ne amaçla yapıyorsunuz?

a) Kilo vermek için
b) Kilo korumak için
c) Kilo almak için
d) Hastalık kontrolü için
e) Diğer (……)

18. Sigara kullanıyor musunuz?a)Evet b) Hayır c) ..... önce bıraktım

19. Günde kaç öğün yemek yersiniz? ……... ana öğün , ... ara öğün

20. Ana öğün atlar mısınız?a) Evet b) Hayır c) Bazen

21. Ara öğün tüketiyorsanız, tükettiğiniz en sık ara öğün nedir?Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.

a) Süt, yoğurt
b) Meyve
c) Kuruyemiş
d) Cips
e) Kraker
f) Çikolata
g) Poğaça, simit
h) Diğer(.....)

22. Günde kaç bardak veya litre su içersiniz?… bardak veya ….. litre

23. Düzenli fiziksel aktivite yapıyor musunuz? a) Evet b) Hayır

24. Düzenli fiziksel aktivite yapıyorsanız, ne kadar süredir düzenli fiziksel aktivite yapıyorsunuz?.....

25. Düzenli fiziksel aktivite yapıyorsanız, neden yapıyorsunuz?
a) Zayıflamak için
b) Fit görünmek için
c) Sağlıklı olmak için

26. Cevabınız evet ise aktivite türü ve sıklığınızı işaretleyiniz.

	Her gün	Haftada 5-6 kez	Haftada 3-4 kez	Haftada 1-2 kez
Yürüyüş				
Koşu				
Fitness				
Dans				
Bisiklet				
Diğer(…….)				

27. Beslenme durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
a)Yetersiz besin tüketiyorum
b)Yeterli besin tüketiyorum
c) Gereğinden fazla besin tüketiyorum

28. Herhangibir besin takviyesi kullanıyor musunuz?
a) Hiç kullanmıyorum
b) Bazen, düzensiz olarak tükettiğim olur
c) Düzenli kullanıyorum

29. Eğer bazen veya düzenli olarak besin takviyesi kullanıyorsanız tükettiğiniz besin takviyesi/takviyeleri nelerdir?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

a) Multivitamin
b) Dvitamini
c) C vitamini
d) Balık yağı
e) Probiyotik
f) Propolis
g)Diğer (……)

IV. ORTO-11 ÖLÇEĞİ

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm sorulara cevap veriniz. Hiçbir sorunun doğru veya yanlış cevabı yoktur. Her bir soru için size uygun cevabı işaretleyiniz.

	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 olur mu?				
7-Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanları tüketmek kendinize olan güveninizi arttırır 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 hisseder misiniz?				
11-Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?				

DÜZENLİ FİZİKSEL AKTİVİTE YAPAN VE YAPMAYAN KADINLARDA ORTOREKSİYA NERVOZA GÖRÜLME DURUMU

ORİJİNALLİK RAPORU

%18	%18	%2	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%6
2	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	%2
3	dspace.baskent.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%2
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
5	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	%1
6	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	%1
7	sagligim.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
8	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
9	www.scilit.net İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Şuheda YÜKSEL

EĞİTİM BİLGİLERİ

Yüksek Lisans, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı A.B.D, 2023 (Tez Savunma ve Makale Yayımlanma Aşaması).

Lisans, Nuh Naci Yazgan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 2017.

İŞ BİLGİLERİ

Kocasinan Belediyesi, Kocasinan Akademi Yakut Tesisi, Diyetisyen, 2020

Kocasinan Belediyesi, Barbaros Spor Kulübü, Diyetisyen, 2020-2022