

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KADIN DİYETİSYENLERDE SOSYAL FİZİK KAYGISININ
ORTOREKSİYA NERVOZA VE EGZERSİZ BAĞIMLILIĞINA
ETKİSİ**

HAZIRLAYAN

ZEYNEP ECE SUNGUR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA - 2022

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KADIN DİYETİSYENLERDE SOSYAL FİZİK KAYGISININ
ORTOREKSİYA NERVOZA VE EGZERSİZ BAĞIMLILIĞINA
ETKİSİ**

HAZIRLAYAN

ZEYNEP ECE SUNGUR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DR. ÖĞR. ÜYESİ İREM OLCAY EMİNSOY

ANKARA - 2022

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Zeynep Ece SUNGUR tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 6/01/2022

Tez Adı:.....

Tez Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı - Soyadı, Kurumu)

İmza

.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

ONAY

Prof. Dr. F. Belgin ATAÇ

Enstitü Müdürü

Tarih: ... / ... /

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 14 / 12 / 2021

Öğrencinin Adı, Soyadı: Zeynep Ece Sungur

Öğrencinin Numarası: 21920082

Anabilim Dalı: Beslenme ve Diyetetik

Programı: Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Tezi

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı:

Tez Başlığı: Kadın Diyetisyenlerde Sosyal Fizik Kaygısının Ortoreksiya Nervoza ve Egzersiz Bağımlılığına Etkisi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, 14 / 12 / 2021 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından toTurnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 19'dur. Uygulanan filtrelemeler:

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

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

Öğrenci İmzası:.....

ONAY

Tarih: ... / ... /

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

.....

.....

TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince tez danışmanlığımı üstlenerek, bana her aşamada yol gösteren, bilgi ve tecrübelerini, zamanını, sabrını, ilgi ve anlayışını benden esirgemeyen değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi İrem OLCAY EMİNSOY’a,

Eğitim hayatım boyunca emekleriyle tam donanımlı şekilde mezun olmamızı sağlayan Başkent Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik bölüm hocalarıma,

Hayatım boyunca her konuda desteğini hiçbir zaman esirgemeyen aileme, bana her konuda güvenen, her zaman yanımda hissettiğim canım aileme,

Yüksek lisans sürecine birlikte başlayıp, tüm aşamalarda her zorluğu birlikte atlattığımız, manevi desteğiyle bu süreçte bana güç veren canım arkadaşım Beyza Elif ERBİŞİM’e

Çalışmamın veri toplama sürecinde yardımlarını esirgemeyen, her zaman yanımda olan canım arkadaşlarım Çilenay TATLI, Damla Sinem BOZAN’a

Çalışmam süresince bilimsel katkı ve manevi desteğinden dolayı Dyt. Aysu ÇALIŞIR ÖZDEN’e

Sonsuz teşekkür ederim...

ÖZET

Sungur ZE. Kadın Diyetisyenlerde Sosyal Fizik Kaygısının Ortoreksiya Nervoza ve Egzersiz Bağımlılığına Etkisi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2022.

Bu çalışma kadın diyetisyenlerde sosyal fizik kaygısının ortoreksiya nervoza ve egzersiz bağımlılığına etkisinin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür. Çalışma Mayıs-Temmuz 2021 tarihleri arasında 22-64 yaş arası Beslenme ve diyetetik lisans mezunu ile eğitim düzeyi üniversite üzeri olan diğer meslek gruplarına mensup çalışmaya katılmaya gönüllü 81 kadın (39 diyetisyen, 42 diğer meslek grupları) ile çevrimiçi anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmada veri toplamak amacıyla hazırlanan anket formu bireylerin bazı sosyodemografik özelliklerini, beslenme alışkanlıkları, egzersiz yapma durumları ile ilgili soruları ve Sosyal Fizik Kaygısı Envanteri (SFKE), Ortoreksiya-11 Ölçeği (ORTO-11), Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği-17 (EBÖ-17) ve Besin Tüketim Sıklığı Formu sorularını içermektedir. Çalışmada bireylerin yaş ortalaması 30.2 ± 10.88 yıl olarak bulunmuştur. Araştırmada bireylerin %48.1'i diyetisyen, %51.9'u diğer meslek gruplarına mensup olarak bulunmuştur. Diyetisyen bireylerin %74.4'ünün ve diğer meslek gruplarındaki bireylerin %59.5'inin Beden kütle indeksi (BKİ) sınıflamasına göre normal grupta yer aldığı saptanmıştır. Meslek ile BKİ arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Enerji alım ortalamaları diyetisyenlerde 1614.7 ± 599.95 kkal, diğer meslek gruplarındaki bireylerde 1911.1 ± 745.46 kkal olarak bulunmuş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Bireylerin günlük karbonhidrat alımları; diyetisyenlerin 179.9 ± 85.31 g, diğer meslek gruplarındaki bireylerin ise 193.7 ± 92.36 g karbonhidrat aldığı görülmüştür. Sükroz yüzdelerine bakıldığında ise diyetisyenlerde sırasıyla 8.2 ± 4.29 , diğer meslek gruplarında sırasıyla 9.9 ± 4.45 olarak bulunmuş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Bireylerin günlük diyet ile aldıkları toplam protein miktarı ve enerjinin proteinden gelen yüzdesi incelendiğinde; diyetisyenlerde ortalama 70.0 ± 27.11 g ve %17.8 $\pm$ 3.74 iken, diğer meslek gruplarındaki bireylerde ortalama 76.6 ± 28.46 g ve %16.8 $\pm$ 3.59 olarak bulunmuştur. Bireylerin günlük yağ alımları; diyetisyenler ve diğer meslek gruplarındaki bireylerin sırasıyla 68.5 ± 26.94 g ve 91.4 ± 39.10 g olarak saptanmış olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Tekli doymamış yağ asit alımının günlük ortalama değeri diyetisyenlerde 23.8 ± 9.56 g, diğer meslek gruplarındaki bireylerde 31.4 ± 12.66 g olarak belirlenmiştir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Günlük doymuş yağ asit alım ortalamaları değerlendirildiğinde; diyetisyenlerde 27.2 ± 13.03 g iken, diğer meslek gruplarındaki bireylerde 40.2 ± 18.35 g olarak bulunmuş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. Diyetle günlük kolesterol

alım düzeylerinin ortalama değeri diyetisyenlerde 312.4 ± 217.24 mg, diğer meslek gruplarındaki bireylerde 425.2 ± 209.51 mg olarak bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$). Diyetisyenlerin %46.2'sinin, diğer meslek gruplarının ise %33.3'ünün düzenli olarak egzersiz yapma alışkanlığı olduğu belirlenmiştir. Diyetisyen bireylerin SFKE'nden aldıkları puan 33.0 ± 6.21 , diğer meslek gruplarındaki bireylerin ise 34.3 ± 8.83 olarak bulunmuştur. Diyetisyenlerde ortorektik olan bireylerin oranı %30.8 iken diğer meslek gruplarında bu oran %35.2'dir. Diyetisyenlerin %43.6'sı, diğer meslek gruplarındaki bireylerin ise %45.2'si egzersiz bağımlılığında risk grubu içerisinde. Meslek grupları ve SFKE, ORTO-11, EBÖ-17 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$). Ortorektik olan bireylerin SFKE'nden aldığı puan 38.6 ± 8.91 , olmayanların ise 32.18 ± 8.04 olarak bulunmuştur. SFKE ve ORTO-11 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Diyetisyenlerde ortorektik bireylerde SFKE ortalama puanı 34.5 ± 5.38 , olmayan bireylerde 32.3 ± 6.53 olarak belirlenmiş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Diğer meslek gruplarındaki bireylerde ise ortorektik olan grubun SFKE puan ortalaması 42.0 ± 9.89 , olmayanların ise 32.0 ± 9.43 olarak saptanmış ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). ORTO-11 ve EBÖ-17 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($p < 0.05$) bulunmakla birlikte aralarında negatif korelasyon bulunmuştur. Bu çalışma sosyal fizik kaygısının ortoreksiya nervoza ve egzersiz bağımlılığına etkisi ile ilgili yapılan ilk çalışmadır. Ortoreksiya nervoza ve egzersiz bağımlılığı ile ilgili yapılan, bu bozuklukların temelinde yatan ve toplum üzerindeki etkisini ölçen çalışmalar yetersizdir. Bu nedenle daha geniş ve kapsamlı çalışmalar bu konuların aydınlatılmasında etkili olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sosyal fizik kaygısı, ortoreksiya nervoza, egzersiz bağımlılığı

ABSTRACT

Sungur Z.E. The Effect of Social Physical Anxiety on Orthorexia Nervosa and Exercise Addiction in Female Dietitians, Başkent University, Institute of Health Sciences, Nutrition and Dietetics Program, Master Thesis, 2022.

This study was carried out to determine the effect of social physical anxiety on orthorexia nervosa and exercise addiction in female dietitians. The study was carried out between May-July 2021 with 81 women (39 dietitians, 42 other occupational groups) aged 22-64, aged 22-64, with a bachelor's degree in nutrition and dietetics and from other occupational groups with a higher education level, using the online survey method. The questionnaire form, which was prepared to collect data in the study, included questions about some sociodemographic characteristics, nutritional habits, and exercise status of individuals and included Social Physical Anxiety Inventory (SPAII), Orthorexia-11 Scale (ORTO-11), Exercise Addiction Scale-17 (EAS-17). and Food Consumption Frequency Form. In the study, the ages of the individuals ranged from 22 to 64, and the mean age was found to be 30.2 ± 10.88 years. In the study, 48.1% of the individuals were dietitians and 51.9% were members of other occupational groups. It was determined that 74.4% of dietitians and 59.5% of individuals in other occupational groups were in the normal group according to the Body Mass Index (BMI) classification. The relationship between occupation and BMI was found to be statistically significant ($p < 0.05$). The mean energy intake was found to be 1614.7 ± 599.95 kcal in dietitians and 1911.1 ± 745.46 kcal in individuals from other occupational groups, and this difference was statistically significant ($p < 0.05$). Daily carbohydrate intake of individuals; It was observed that dietitians took 179.9 ± 85.31 g, while individuals in other occupational groups took 193.7 ± 92.36 g of carbohydrates. When the percentages of sucrose were examined, it was found as 8.2 ± 4.29 , respectively in dietitians and 9.9 ± 4.45 in other occupational groups, and this difference was statistically significant ($p < 0.05$). When the total amount of protein and the percentage of energy coming from protein are analyzed by individuals in their daily diet; while it was 70.0 ± 27.11 g and $17.8 \pm 3.74\%$ in dietitians, it was found to be 76.6 ± 28.46 g and $16.8 \pm 3.59\%$ in individuals from other occupational groups. Daily fat intake of individuals; dietitians and individuals in other occupational groups were found to be 68.5 ± 26.94 g and 91.4 ± 39.10 g, respectively, and this difference was found to be statistically significant ($p < 0.05$). The mean daily value of monounsaturated fatty acid intake was determined as 23.8 ± 9.56 g in dietitians and 31.4 ± 12.66 g in individuals from other occupational groups, and this difference was statistically significant ($p < 0.05$). When the average daily saturated

fatty acid intake is evaluated; While it was 27.2 ± 13.03 g in dietitians, it was found to be 40.2 ± 18.35 g in individuals from other occupational groups, and this difference is statistically significant. The mean value of dietary cholesterol intake levels was 312.4 ± 217.24 mg in dietitians and 425.2 ± 209.51 mg in individuals from other occupational groups, and there was a statistically significant relationship between them ($p < 0.05$). It has been determined that %46.2 of dietitians and %33.3 of other occupational groups have the habit of exercising regularly. The score of dietitians in SPAI was found to be 33.0 ± 6.21 and individuals from other occupational groups were found to be 34.3 ± 8.83 . While the rate of orthorexic individuals in dietitians is %30.8, this rate is %35.7 in other occupational groups. %43.6 of dietitians and %45.2 of individuals in other occupational groups are in the risk group for exercise addiction. No statistically significant relationship was found between occupational groups and SPAI, ORTO-11, EAS-17 ($p > 0.05$). The scores of individuals with orthorexic SPAI were found to be 38.6 ± 8.91 , and 32.18 ± 8.04 for those who were not. A statistically significant correlation was found between SPAI and ORTO-11 ($p < 0.05$). In dietitians, the mean SPAI score was determined as 34.5 ± 5.38 in orthorexic individuals and 32.3 ± 6.53 in non-orthorexic individuals, and no statistically significant difference was found between them. In individuals from other occupational groups, the mean SPAI score of the orthorexic group was 42.0 ± 9.89 , and 32.0 ± 9.43 in the non-orthorexic group, and this difference was statistically significant ($p < 0.05$). Although there was a statistically significant relationship ($p < 0.05$) between ORTO-11 and EAS-17, a negative correlation was found between them. This is the first study on the effect of social physical anxiety on orthorexia nervosa and exercise addiction. Studies on orthorexia nervosa and exercise addiction, underlying these disorders and indicating how they affect society, are insufficient. Therefore, more extensive and comprehensive studies will be effective in illuminating these issues.

Keywords: Social physique anxiety, orthorexia nervosa, exercise addiction

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Beslenmenin Tanımı.....	3
2.2. Beslenme ve Yeme Bozuklukları.....	3
2.2.1. Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5'te yer alan beslenme ve yeme bozuklukları.....	3
2.2.1.1. Pika.....	4
2.2.1.2. Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu.....	4
2.2.1.3. Kaçınan/Kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu.....	4
2.2.1.4. Anoreksiya nervoza.....	4
2.2.1.5. Bulimiya nervoza.....	5
2.2.1.6. Tıkınırcasına yeme bozukluğu.....	5
2.2.1.7. Tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları.....	5
2.2.1.8. Tanımlanmamış diğer beslenme ve yeme bozuklukları.....	5
2.2.2. DSM-5'te yer almayan beslenme ve yeme bozuklukları.....	6
2.2.2.1. Ortoreksiya nervoza.....	7
2.2.2.2. Ortoreksiya nervozanın epidemiyolojisi.....	7
2.2.2.3. Ortoreksiya nervozanın tanı ve tedavisi.....	8
2.2.2.4. Ortoreksiya nervoza, anoreksiya nervoza ve obsesif kompulsif bozukluk ilişkisi.....	10
2.3. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz.....	10
2.3.1. Fiziksel aktivitenin sağlık üzerine etkileri.....	11
2.3.2. Fiziksel aktivite olarak kabul edilen aktiviteler.....	11
2.3.3. Fiziksel aktivite ve özellikleri.....	11

2.4. Bağımlılık ve Egzersiz Bağımlılığı.....	14
2.4.1. Bağımlılık.....	14
2.4.1.1. Davranışsal bağımlılık.....	14
2.4.1.2 Yeme bağımlılığı.....	15
2.4.2. Egzersiz bağımlılığı.....	15
2.4.2.1. Egzersiz bağımlılığında tanı ve tedavi.....	16
2.5. Kaygı ve Sosyal Fizik Kaygısı.....	18
2.5.1. Kaygı/Anksiyete bozuklukları.....	18
2.5.2. Sosyal kaygı/anksiyete bozukluğu.....	18
2.5.3. Sosyal fizik kaygısı.....	18
2.6. Sosyal Fizik Kaygısı ve Yeme Davranışı.....	19
2.7. Sosyal Fizik Kaygısı ve Egzersiz Davranışı.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi.....	21
3.2. Araştırmanın Genel Planı.....	21
3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	21
3.3.1. Demografik özellikler.....	21
3.3.2. Genel sağlık bilgileri.....	22
3.3.3. Beslenme alışkanlıkları.....	22
3.3.4. Egzersize ilişkin bilgiler.....	22
3.3.5. Antropometrik ölçümler.....	22
3.3.6. ORTO-11 ölçeği.....	23
3.3.7. EBÖ-17 ölçeği.....	23
3.3.8. Sosyal fizik kaygı envanteri.....	24
3.3.9. Besin tüketim sıklık formu.....	24
3.3.10. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi.....	25
4. BULGULAR.....	26
4.1. Bireylerin Genel Özellikleri.....	26
4.2. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri.....	30
4.3. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları.....	31
4.4. Bireylerin Egzersiz Davranışları.....	33
4.5. Bireylerin Ölçek Puanlarına Göre Değerlendirilmesi.....	35
4.6. Bireylerin Diyet ile Enerji, Makro ve Mikro Besin Öğelerini Alım	

Miktarları.....	37
4.7. Bireylerin Sosyal Fizik Kaygısı, Ortoreksiya Nervoza ve Egzersiz Bağımlılığı Eğilimleri ile Antropometrik Ölçümleri, Beslenme Durumları ve Egzersiz Davranışlarının Değerlendirilmesi.....	42
5. TARTIŞMA.....	60
5.1. Bireylerin Genel Özellikleri.....	60
5.2. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri.....	61
5.3. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları.....	61
5.4. Bireylerin Egzersiz Davranışları.....	61
5.5. Bireylerin Diyet ile Enerji ve Besin Öğelerini Alım Miktarları.....	62
5.6. BKİ'nin Ortoreksiya ve Egzersiz Bağımlılığına Etkisinin İncelenmesi	65
5.7. Bazı Değişkenlerin Sosyal Fizik Kaygı Durumuna Etkisi.....	65
5.8. Sosyal Fizik Kaygısının Ortoreksiya Nervoza ve Egzersiz Bağımlılığına Etkisi.....	67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
6.1. Sonuçlar.....	68
6.2. Öneriler.....	71
KAYNAKLAR.....	72
EKLER	
EK 1: Proje Onayı	
EK 2: Anket Formu	
EK 3: Sosyal Fizik Kaygı Envanteri	
EK 4: Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği	
EK 5: ORTO-11 Ölçeği	
EK 6: Besin Tüketim Sıklığı Formu	

TABLÖLER LİSTESİ

Sayfa

Tablo 2.1. Moroze ve arkadaşları tarafından önerilen “Ortoreksiya nervoza” tanı ölçütleri.....	9
Tablo 2.2. Fiziksel aktivitelerin metabolik eşdeğerleri.....	13
Tablo 3.1. BKİ değerlerine göre sınıflandırma.....	22
Tablo 3.2. Egzersiz bağımlılığı ölçeği değerlendirme çizelgesi.....	24
Tablo 4.1. Bireylerin genel özellikleri.....	26
Tablo 4.2. Bireylerin mesleklerine göre dağılımı.....	27
Tablo 4.3. Bireylerin genel alışkanlıkları.....	28
Tablo 4.4. Bireylerin genel sağlık durumları.....	29
Tablo 4.5. Bireylerin mesleklerine göre antropometrik ölçümlerinin ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri.....	30
Tablo 4.6. Bireylerin mesleklerine göre BKİ sınıflaması.....	30
Tablo 4.7. Bireylerin mesleklerine göre beslenme alışkanlıklarının dağılımı.....	32
Tablo 4.8. Bireylerin mesleklerine göre egzersiz davranışlarının dağılımı.....	33
Tablo 4.9. Bireylerin haftalık yaptıkları egzersiz türleri ve sıklıkları.....	34
Tablo 4.10. Bireylerin SFKE, ORTO-11 ve EBÖ-17 puan ve sınıflandırmasının mesleklere göre dağılımı.....	36
Tablo 4.11. Bireylerin günlük diyetle enerji ve makro besin ögesi alımlarının ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri.....	38
Tablo 4.12. Bireylerin günlük mikro besin ögesi alımlarının ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri ile referans değerleri karşılama yüzdeleri.....	41
Tablo 4.13. Bireylerin ortoreksiya nervoza ve egzersiz bağımlılığı durumlarına göre BKİ ve yaşlarının ortalamalarının göre değerlendirilmesi.....	43
Tablo 4.14. Diyetisyen ve diğer meslek gruplarındaki bireylerin günlük diyetle enerji ve besin ögesi alımlarının ortoreksiya nervoza eğilimine göre dağılımı.....	45
Tablo 4.15. Diyetisyenlerin egzersiz bağımlılığı durumlarına göre enerji ve makro besin ögesi alımları.....	48
Tablo 4.16. Diğer meslek gruplarındaki bireylerin egzersiz bağımlılığı durumlarına göre enerji ve makro besin ögesi alımları.....	50
Tablo 4.17. Diyetisyenlerin enerji besin ögesi alımları ile SFKE arasındaki korelasyon...	51

Tablo 4.18. Diğer meslek grubundaki bireylerin enerji besin ögesi alımları ile SFKE arasındaki korelasyon.....	52
Tablo 4.19. Bazı bireysel özellikler ile sosyal fizik kaygısı arasındaki ilişki.....	54
Tablo 4. 20. Bireylerin bazı fiziksel aktiviteye ilişkin durumlarına göre egzersiz bağımlılığı durum dağılımları.....	56
Tablo 4.21. Bireylerin SFKE puanlarına göre ORTO-11 ve EBÖ-17 puanlarının dağılımı.....	57
Tablo 4.22. Mesleklere bağımlı olarak ortoreksiya ve egzersiz bağımlılığı durumuna göre sosyal fizik kaygı puanları.....	58
Tablo 4.23. SFKE, SFKE'nin alt boyutları (FGR, ODB), ORTO-11, EBÖ-17 ve EBÖ-17'nin alt boyutları (AODD, BSİEÇ, TGT) arasındaki korelasyon.....	59

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

ACSM	American College of Sports Medicine (Amerikan Spor Hekimliği Koleji)
ADA	American Dietetic Association (Amerikan Diyetisyenler Birliği)
APA	American Psychological Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
AODD	aşırı odaklanma ve duygu değişimi
AN	anoreksiya nervoza
BDB	beden dismorfik bozukluk
BEBİS	beslenme bilgi sistemleri paket programı
BSİEÇ	bireysel-sosyal ihtiyaçların ertelenmesi
BN	bulimiya nervoza
cm	santimetre
DRI	Diyetle Referans Alım Düzeyi
DSM-4	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EBÖ-17	egzersiz bağımlılığı ölçeği 17
FA	fiziksel aktivite
FGR	fiziksel görünüm rahatlığı
g	gram
kg	kilogram
kcal	kilokalori
MET	metabolic equivalent of task (metabolik eşdeğer)
ml	mililitre
ODB	olumsuz değerlendirme beklentisi
OKB	obsesif kompulsif bozukluk
ON	ortoreksiya nervoza
ORTO-11	ortoreksiya 11 ölçeği
SAB	sosyal anksiyete bozukluğu
SD	sedanter davranış
SFKE	sosyal fizik kaygı envanteri
SPSS	istatistik paket programı
SS	standart sapma
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TGT	tolerans gelişimi ve tutku
TÜBER	Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TYB	tıkınırcasına yeme bozukluğu
VO ₂	oksijen tüketimi
VO ₂ max	maksimum oksijen tüketimi

1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (1). Sağlık, en üst seviyedeki iyi olma durumundan, yaşam sonuna dek değişik seviyelerdeki iyilik durumlarını kapsayan bir süreçtir (2). Sağlığın bozulması yalnızca bireyi değil; ilerleyen zamanla birlikte aile, çevre ve toplumu da etkisi altına alır. Bir ülkede bulunan her bir bireyin sağlık durumu o toplumun genel sağlık durumunu belirler. Sağlıklı toplum için her bir bireyin sağlığının korunması ve sürdürülmesi gerekmektedir. Bu nedenle de hastalıkların oluşmasına neden olabilecek risk oluşturan yaşam tarzı unsurları iyi bilinmeli ve bireyler bu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulanmalıdır (3). Bu yaşam biçimi davranışları arasında sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin rolü büyüktür (4).

Beslenme, kaçınılmaz olarak tüm insanları içine alan günlük bir yaşam etkinliği olarak tanımlanır (5). Sağlıklı beslenme, sağlıklı bir yaşam tarzının önemli bir parçasıdır ve obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi hastalıkların görülme riskini düşürmesi yönünden olumlu sonuçlarla ilişkilidir (6). Fiziksel inaktivite ve sağlıksız beslenme davranışları dünya çapında sayısız kronik hastalığa neden olmaktadır (7).

Yeme tutumu, günümüzde en büyük sorunlardan biri olarak karşımıza gelmektedir. Sürekli değişim içerisinde olan toplumsal değerler insan davranışlarını da etkilemektedir. Tüketim alışkanlıklarının değişmesi ile birlikte ihtiyaçlar yerini normalin dışına bırakmıştır. Yeme davranışı ve alışkanlıkları da zaman içerisinde standardın dışına çıkan, ideal benlik algısının ağırlık üzerinde şekillendiği bazı dönemlerde ise zayıflık üzerinde şekillendiği bir davranış biçimi haline gelmiştir (8). Son yıllarda, toplumda sağlıklı beslenmenin sağlık için olumlu etkileri olduğu konusunda belirgin bir farkındalık oluşmaya başlamıştır. Ancak sağlıklı beslenmeye olan bu davranış biçiminin takıntı haline getirilmesi, sağlıkta ve yaşam kalitesinde olumsuz bir sonuca neden olur. Bu durum "ortoreksiya nervoza" (ON) olarak adlandırılır. ON yeme bozuklukları kategorisinde adlandırılan hastalıklar arasında yeni bir kavramdır (9). Sağlıklı beslenme hakkında eğitilmiş olan bireylerin hizmet verdikleri gruplara yönelik olduğu kadar kendileri için de sağlıklı beslenmeye önem verdikleri ve bunun da beslenme obsesyonuna yol açabildiği bildirilmektedir (10). Diyetisyenler diğer bireylere göre vücut ağırlıkları, fiziksel görünüşleri ve diyet kalitelerinin daha iyi olmasıyla ilgili daha yüksek taleplere maruz kalabilirler. Diyetisyenlerin beden ve besin arasında iyi bir ilişki sağlamadan hastalara ve

danışanlara uygun danışmanlık sağlamasının zor olabileceği düşünülmektedir (11). Yapılan bir çalışmada diyetisyenlerin %49.5'inin ON için risk altında olduğu, %12.9'unun bir yeme bozukluğu için risk altında olduğu ve %8.2'sinin bir yeme bozukluğuna sahip olduğu belirtilmiştir (12).

Geçmişten günümüze ince, sağlıklı, kaslı vb. niteliklere sahip olmak ve diğer kişiler üzerinde olumlu etki bırakmak bireyler için önem arz etmektedir. İnsanlar güzel olmayı olumlu, çirkin olmayı da olumsuz değerlerle eşleştirmektedirler. Bu durum medya tarafından da desteklenmekte olup, gösterilen ideal beden kalıbı bireylerin duygu ve düşüncelerini değiştirebilmekte ve bu nedenle beden algılarını etkilemektedir (13).

Özellikle, beden şekline ilişkin kültürel idealler ve mesajlar, bireylerin görünüşleri konusunda kaygılarını artırabilir ve bireyler kendilerini formda, zayıf ve kaslı olarak göstermeye çalışabilirler. Kendini göstermenin doğası, egzersiz ve spor alanındaki araştırmaların odak noktası olmuştur (14). Egzersizin birçok kişi tarafından sevilerek yapılıyor olması yanında bazen de kompulsif bir eylem şeklinde zarar doğurarak yapılması olasıdır (15). Aşırı egzersizin ruh halini iyileştirdiği, öfori ve zindelik hali oluşturduğu ve endorfin üretimini artırdığı, bu sebeple de “kronik aşırı egzersiz”in bir bağımlılık türü olabileceği öne sürülmüştür (16). Beslenme ve diyetetik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin yaklaşık %23'ünün egzersiz bağımlılığı riski altında olduğu bulunurken, çoğunluğun bazı egzersiz bağımlılığı belirtileri gösterdiği belirlenmiştir (17).

Bu sonuçlara göre diyetisyenler mesleki alanları nedeniyle fiziki görünüşlerinden kaygı duyma durumları ve beslenme konusundaki bilgi düzeyleri nedeniyle sağlıklı beslenme takıntısı görülmesi diğer meslek gruplarında çalışan bireylere göre daha fazla olabilmektedir. Bu çalışmanın amacı kadın diyetisyenlerde sosyal fizik kaygısının ortoreksiya nervoza ve egzersiz bağımlılığına etkisinin belirlenmesidir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenmenin Tanımı

Sağlıklı beslenme bireyin yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olup yeterli ve dengeli beslenme anlamı taşımaktadır. Sağlığın korunması, geliştirilmesi, sürdürülmesi için vücudun ihtiyaç duyduğu besin öğelerini yeterli ve uygun bir düzende alınabilmesi yeterli ve dengeli beslenmenin temel adımıdır (18).

Beslenme ve sağlıklı beslenme anlayışı, son zamanlarda önemli ölçüde değişmiştir. Besin alımı bir zamanlar yalnızca hayatta kalma ve doygunluk gibi işlevsel bir amaca hizmet ederken, şimdi tat, fiziksel ve psikolojik sağlık gibi ek yönlerin yanı sıra etik ve çevresel kaygılar da dahil olmak üzere karmaşık ve çok boyutlu bir yapıya dönüşmüştür (19).

2.2. Beslenme ve Yeme Bozuklukları

2.2.1. Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-V'te yer alan beslenme ve yeme bozuklukları

Yeme bozukluğu bireylerin sadece yemek ve beden ile ilişkisinin bozulmadığı, aynı zamanda ciddi fiziksel, psikososyal ve ekonomik sonuçları da beraberinde getiren mortalite oranı yüksek bir psikiyatrik hastalıktır (10). Yeme bozuklukları temel olarak vücut ağırlığı ile aşırı ilgilenme ve yeme davranışlarında ciddi değişikliklerle seyreden hastalıkları kapsamaktadır. Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu bunların başında gelmektedir. Gece yeme sendromu, obezite ve ortoreksiya nervoza henüz resmi sınıflama sistemlerinde yeme bozukluğu olarak tanımlanmamaktadır (20).

Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 (DSM-5)'e göre “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” başlığı altında toplanmış ve Pika, Geri Çıkarma Bozukluğu, Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu, Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza, Tıknırcasına Yeme Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu ve Tanımlanmamış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu şeklinde sıralanmıştır (21).

2.2.1.1. Pika

Pika, besin değeri taşımayan yabancı maddelerin (sabun, toprak, kil, metal vb.) bir aydan daha uzun süre boyunca tiksinsenmeden istekli bir biçimde yenmesiyle karakterize olan psikiyatrik bir hastalıktır (22). Pika etiyolojisi genellikle bilinmemekle birlikte olası açıklamalar; kültürel beklentiler, strese yanıt, açlık, gastrointestinal sıkıntı, mikrobesein eksikliği (demir, çinko, kalsiyum, vb.), patojenler ve toksinlere maruziyet olarak bildirilmektedir (23). Pikanın, özellikle uyaran azlığı ve ebeveyn ihmalinin olduğu ortamlardan öğrenilmiş bir davranışın sonucu olarak ortaya çıkabileceği öne sürülmektedir. Sıklıkla mental retardasyon ve gelişimsel sorunlarla ilişkilidir (24).

2.2.1.2. Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu

Geri çıkarma (ruminasyon bozukluğu), mide bulantısı veya iğrenme olmadan, gönüllü olarak yeniden çiğnenip tekrar yutulan sindirilmemiş besinlerin tekrarlayan regürjitasyonudur. Ruminasyon genellikle yemeye başladıktan kısa bir süre sonra gerçekleşir. Mevcut tanı kriterlerine göre bebeklik ve çocukluk dönemi beslenme bozukluğu olarak sınıflandırılmasına karşın, adölesanlarda ve yetişkinlerde ortaya çıkabilmektedir (25).

2.2.1.3. Kaçınan/Kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu

Ağırlık ve beden görünümü kaygısı olmadan, sürekli yiyeceklerden kaçınılması veya beslenme kısıtlaması ile karakterize bir yeme ve beslenme bozukluğudur (26). Bu yeme bozukluğuna belirgin bir şekilde besin alımı kısıtlaması ve gelişim geriliği eşlik etmekte olup kilo alma korkusu eşlik etmemektedir. Bu nedenle anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozadan ayrı bir tanı olarak sınıflandırılmaktadır (27).

2.2.1.4. Anoreksiya nervoza

Anoreksiya nervoza (AN), kilo almaktan duyulan yoğun korku ve bu korku yüzünden besin alımının aşırı miktarda kısıtlandığı ciddi bir hastalıktır (28). İnce bir bedene sahip olma isteği ve ağırlık artışına karşı duyulan aşırı korku hastayı katı diyet kısıtlamasına, aşırı egzersiz yapmaya, kendini kusturma veya laksatif-diüretik kullanma gibi olumsuz davranışlara itebilmektedir (29). Bu hastaların görünümü genel olarak ince ve kaşektiktir. Hipotansiyon, hipotermi, parmaklarda kendini kusturmaya bağlı olarak cilt derisinde kalınlaşma ve sertleşme, deride ve saçlarda kuruluk, kalpte bradikardi, vajinal

mukozada hipoöstrojenizasyona bağı olarak kuruluk, ağız ve dişlerde çürük gibi vital bulgular görülebilir (30).

2.2.1.5. Bulimiya nervoza

Bulimiya nervoza (BN); besin alımı denetiminin ortadan kalktığı tıkanırcasına yeme dönemlerinin ve kendini kusturma, laksatif ve diüretik kullanma, yemek yememe veya aşırı spor yapma gibi telafi edici davranışların üç ay içinde, haftada en az bir kere olmasıyla karakterize olan ve bireyin kendini çoğunlukla görünümü ve kilosuyla değerlendirip yargılamasına yol açan bir yeme bozukluğu türüdür (31). Bu telafi edici davranışlara rağmen, BN'li kişiler genellikle normal ağırlıkta ya da hafif şişmandır (32). AN gibi BN'da da birçok farklı tıbbi farklı komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu komplikasyonlar arınma davranışı ve sıklığına bağlıdır. Diüretik kullanımı da tıpkı kendini kusturmada görülen asit baz ve elektrolit dengesizliklerine neden olur (33).

2.2.1.6. Tıkanırcasına yeme bozukluğu

Tıkanırcasına yeme bozukluğu (TYB) düzenli olarak telafi edici davranışlar olmadan beslenmede kontrol kaybı hissinin geliştiği sık ve kalıcı aşırı yeme olayları ile karakterize olan bir yeme bozukluğudur. TYB'nu BN'dan ayıran en önemli özellik, ağırlık artışı önlemek için kusma veya aşırı egzersiz gibi telafi edici davranışlar olmadan tekrarlayan aşırı yeme ataklarının olmasıdır (34).

2.2.1.7. Tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları

Bu bozukluk türü bireyde sosyal, mesleki veya diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı sıkıntıya veya bozulmaya neden olan, ancak diğer beslenme bozukluğu tanı kriterlerine uymayan bir beslenme ve yeme bozukluğudur (35).

2.2.1.8. Tanımlanmamış diğer beslenme ve yeme bozuklukları

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, beslenme ve yeme bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların beslenme ve yeme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır (20).

2.2.2. DSM-5'te yer almayan beslenme ve yeme bozuklukları

DSM-5'te yer alan tanımlanmış ve tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluklarının yanında araştırmalarda oldukça sık karşılaşılan birkaç beslenme ve yeme bozukluğu bulunmaktadır:

Ortoreksiya nervoza (ON); Ortoreksiya, DSM'de yer alması beklenen, yaklaşık olarak "doğru yemek" anlamına gelen, "sağlıklı" beslenmeye takıntılı bir şekilde odaklanma ve diyetle esnek olmama ile karakterize edilen ve klinik olarak önemli tıbbi veya psikososyal bozukluklara yol açan yeni bir yeme bozukluğudur (36,37).

Beden dismorfik bozukluğu (BDB); bireyin görüntüsündeki hayali ya da hafif kusurlardan rahatsız olması veya görüntüsüyle zihinsel olarak meşgul olması ile karakterize nispeten yaygın bir bozukluktur (38). DSM-5'te, BDB'nin anksiyete ve obsessif- kompulsif spektrum bozuklukları bölümüne konulması önerilmekte ve sanrısız bozukluğun somatik tipi ile BDB'nin sanrısız tipi arasındaki sınır belirginleştirilmeye çalışılmıştır (39).

Bigoreksiya; mevcut kaslarının yeterli olmadığı düşüncesi ile ilgili kaygı duyma ve kas kütlesini arttırmak için sürekli olarak uğraşma durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu bozukluğa sahip olan bireyler, normalin üzerinde kas kütlesine sahip olsalar bile hala kendilerini yetersiz ve zayıf görebilmektedirler (40).

Pregoreksiya; gebe kadınlarda görülen enerji alımını azaltıp aşırı egzersiz yaparak kilo artışını kontrol edilmesine dayanan bir yeme davranış bozukluğudur (23).

Drankoreksiya; özellikle genç yetişkinlerde, alkol tüketebilmek için ağırlık artışını önleme amaçlı telafi edici davranışların bulunduğu, alkolün kötüye kullanımıyla bağlantılı bir yeme bozukluğu olan "drankoreksiya" sarhoş" ve "anoreksi" kelimelerinden üretilmiştir (41).

Dişbulimiya; tip 1 diyabetli bir kişinin kilo vermek/kontrol etmek için insülin dozunu atlaması veya kısıtlamasıyla karakterize olan bir yeme bozukluğudur (42).

Kuş gibi beslenme (picky eating); çocuklarda besinlerden kaçınma ve besinleri çok küçük miktarlarda tüketme özellikle sebze alımını kısıtlaması, yeni yiyecekleri denemek istememesi ve yeni yiyecekler denemeye isteksiz olması ile karakterizedir (43).

2.2.2.1. Ortoreksiya nervoza

Ortoreksiya nervoza, ilk olarak 1997 yılında Yoga Journal'daki bir makalede doktor Steven Bratman tarafından tanımlanmıştır. Sağlıklı beslenmeyle ilgili patolojik bir takıntı olarak görülen bu durumu tanımlamak için, Yunanca “düz veya“ doğru ” anlamına gelen “orto” ve iştah anlamına gelen“ orexi ” kelimelerinden oluşan Ortoreksiya Nervoza terimi kullanılmıştır (44). ON terimi, bu saplantıyı kısıtlayıcı bir diyetle, yemek hazırlamaya odaklanarak ve ritüelleştirilmiş yeme kalıplarıyla sürdüren doğru beslenme takıntısı olan bireyleri tanımlar.

Ortorektik bireyler tipik olarak, diyetindeki besinlerin miktarının aksine kalitesiyle ilgilenir. Piyasada satılan besinlerin kaynağını (örneğin sebzelerin böcek ilaçlarına maruz kalıp kalmadığı, süt ürünlerinin hormon takviyeli ineklerden gelip gelmediği), işlenmesini (örneğin, pişirme sırasında besin içeriğinin kaybolup kaybolmadığı; mikrobisünlerin, suni tatlandırıcıların veya koruyucuların eklenip eklenmediği) ve paketlenmesini (örneğin, besinin plastik türevi kanserojen bileşikler içerip içermediği; etiketlerin belirli bileşenlerin kalitesini göstermek için yeterli bilgi sağlayıp sağlamadığı) incelemek için önemli bir zaman harcarlar (45).

Ortorektik bireylerde günlük diyetin yapılandırılması dört aşamaya bölünebilir; ilk bölüm endişeli düşünme ve gün içinde ya da ertesi gün yenilecek yemek hakkında plan yapmaya ayrılmıştır. İkinci aşama bir yiyeceğin her bileşeni için kapsamlı ve özenli satın alma süreci, üçüncü aşama sağlık sorununa neden olmayacak şekilde gerekli prosedürler uygulanarak mutfak hazırlığının yapılması, dördüncü aşama, önceki üç fazın uygun şekilde uygulanmasına dayalı bir memnuniyet yaratan rahatlık veya suçluluk duyma aşamasıdır (46) .

Bu aşamalardan herhangi birine ulaşılamıyorsa veya bu ritüellere uymak mümkün değilse, suçluluk duygusu ve ihmal edilen davranış için endişe ortaya çıkmaktadır (47).

2.2.2.2. Ortoreksiya nervozanın epidemiyolojisi

Ortoreksiya nervoza prevalansı ile ilgili istatistiklere, ortoreksik davranışlar çoğu zaman doğru olarak kabul edildiğinden, çok az rastlanmaktadır. ON'nin görülme yaygınlığının artmasında özellikle güzellik kavramının zayıflığa ilişkilendirilmesi, medyada sürekli olarak yer alan diyet ve ürünlerin içerikleri ile ilgili bilgiler, bazı ürünlerin kanserojen madde, katkı maddesi, boya ve hormon gibi maddeler içerdiği ile ilgili haberler

etken olmaktadır. ON için riskli bireyler; diyet yapmaya daha fazla ilgili olan kadınlar, özellikle belirli bir kiloda kalması gereken dansçılar, jimnastikçiler ve mankenlerdir (48). Donini ve ark. tarafından İtalya’da 525 bireyle yapılan bir çalışmada ON prevalansı %6.9 (49), Amerika’da üniversite öğrencilerine yapılan bir çalışmada ON prevalansı %71 olarak bulunmuştur (50). Türkiye’de performans sanatçıları arasında yapılan bir çalışmada ise ON prevalansı %56.4 olarak bulunmuştur (51).

Fidan ve ark. (52) tarafından 878 tıp öğrencisiyle yapılan çalışmada, ON prevalansını %43.6 olarak bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada Beslenme ve Diyetetik ve Egzersiz ve Spor Bilimleri bölümlerindeki üniversite öğrencilerinde ortoreksiya eğilimleri sıklığını sırasıyla % 35.9 ve %26.5 olarak bulmuşlardır ve beslenme öğrencileri 2 kat yüksek yeme bozukluğu riski göstermişlerdir (53). Yapılan diğer bir çalışmada ise ON prevalansının diyetisyenlerde %41.9 olduğu bulunmuştur (54).

2.2.2.3. Ortoreksiya nervozanın tanısı ve tedavisi

Ortoreksiya nervoza, resmi olarak bir yeme bozukluğu veya obsesif kompulsif sınıflandırma olarak tanınmamaktadır (6). ON tanısı için bir araç olan ve çoktan seçmeli 15 maddeden oluşan Ortoreksiya-15 Ölçeği (ORTO-15) anketi Donini ve ark. (49) tarafından oluşturulmuştur. ORTO-15’in Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Arusoğlu ve ark. (55) tarafından yapılmış ve Ortoreksiya-11 Ölçeği (ORTO-11) olarak uyarlanmıştır. Ayrıca ON için Moroze ve ark. tarafından yayımlanan bir çalışmada belirlenen tanı kriterleri Tablo 2.1’de verilmiştir (56).

Tablo 2.1. Moroze ve arkadaşları tarafından önerilen “Ortoreksiya nervoza” tanı ölçütleri (56)

Kriter A: Yemeklerin kalitesi ve kullanılan malzemeler ile ilgili kaygılara odaklanarak “sağlıklı besinler” le ilgili saplantı haline gelen durumlar. (Aşağıdakilerden iki veya daha fazlası varsa.)

- Besin “saflığı” ile ilgili inançların kişiyi meşgul etmesi ve dengesiz beslenme tarzında bir diyet tüketmek.
- Zararsız veya sağlıksız yiyecekler ve besin kalitesi ve bileşiminin fiziksel veya duygusal sağlık veya her ikisi üzerindeki etkisi hakkında endişeler.
- Hastanın “sağlıksız” olduğuna inandığı yiyeceklerden tavizsiz olarak kaçınması, herhangi bir yağ, koruyucu madde, gıda katkı maddesi, hayvansal ürün veya sağlıksız olarak kabul edilen diğer maddeleri içeren besinleri reddetme.
- Bireyler beslenme uzmanı olmadıkları halde yiyecek hazırlamada aşırı miktarda zaman harcarlar (örneğin günde 3 veya daha fazla saat). Algılanan kaliteye ve bileşime göre belirli yiyecek türlerini okuma, edinme ve hazırlama ile bu zamanlarını harcarlar.
- “Sağlıksız” veya “saf olmayan” besinler tüketildikten sonra suçluluk duygusu ve endişeler.
- Kişilerin doğru bulmadıkları diğer beslenme şekillerine karşı hoşgörüsüz olmaları
- Bireyin gelirine göre besinlerde algıladıkları kalite ve besin bileşimleri için aşırı miktarda para harcamak.

Kriter B: Obsesyonel meşguliyet aşağıdakilerden biri ile bozulur:

- Beslenme dengesizlikleri nedeniyle fiziksel sağlığın bozulması (örneğin, dengesiz beslenme nedeniyle kötü beslenmenin geliştirilmesi).
- Hastanın “sağlıklı” yeme hakkındaki inançlarına odaklanan takıntılı düşünceler ve davranışlar nedeniyle sosyal, akademik veya mesleki işleyişte şiddetli sıkıntı veya bozulma.

Kriter C: Bu bozukluk obsesif kompulsif bozukluk veya şizofreni ya da başka bir psikotik bozukluk gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi bağlı değildir.

Kriter D: Bu bozukluk, bazı dini inanışlara bağlı besin tercihi ya da tanı konulmuş besin alerjileri veya özel diyet gerektiren tıbbi hastalıklarla açıklanamaz.

Ortorektik eğilimi olan kişiler için, klinisyenler zayıf olma arzusuna odaklanmak yerine “saf sağlıklı yiyecekler” tüketme özlemine odaklanabilir. İyi bilinen yeme bozuklukları için geliştirilen tedavi varsayımları daha sonra ortoreksik popülasyonun ihtiyaçlarına göre genişletilebilir. Ortoreksiyadan muzdarip bir kişi, yeme davranışıyla ilgili bir sorunu olduğunu fark etmeli, tükettiği besinin kalitesinin sağlığı belirleyen tek faktör olmadığını anlamalı ve saplantıya düşmeden yemeyi öğrenmelidir. Ortoreksinin tedavisi, hekimler, psikoterapistler ve diyetisyenlerden oluşan multidisipliner bir ekip

gerektirir. Bazı durumlarda, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (sertralin, fluoksetin ve paroksetin gibi) ile kombine edilmiş bilişsel davranışçı terapi, ortoreksili kişilerin tedavisinde faydalı olabilir. Ayrıca, yeme bozukluğu olan diğer hastaların aksine, ortoreksiyalı kişilerin sağlıkları ve öz bakımlarıyla ilgili endişeleri nedeniyle tedaviye daha iyi yanıt verme eğiliminde olduklarına dikkat çekmek önemlidir. Hastaların yakın çevresi ile çalışmak ve beslenme eğitimini teşvik etmek, soruna nihai çözüme ulaşmak için gerekli olan erken bileşenlerdir (47).

2.2.2.4. Ortoreksiya nervoza, anoreksiya nervoza ve obsesif kompulsif bozukluk ilişkisi

Ortoreksiya nervozanın ayrı bir bozukluk olarak mı ele alınacağı yoksa Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ya da AN'nın bir alt kümesi olarak mı değerlendirileceği konusu tartışmalıdır. ON ve AN'nın ortak özellikleri içerisinde belirgin ağırlık kaybı, yüksek kaygı düzeyi, mükemmeliyetçilik ve kontrolü elinde tutmak için gösterilen uğraşı gösterilebilir. AN ve BN'da tüketilen besin miktarı önemli iken, ON'da tüketilen besin türü konusuna önem verilir. ON'nın, OKB ile birlikte olması durumunda kişilerde bazı obsesif eğilimler de görülmektedir. Ayrıca bu bireylerde kirlenme üzerine yoğun kaygı duyma, yemek yemeyi ve besinleri düzenlemeyi törensel bir şekilde gerçekleştirme ve besin ve sağlık hakkında tekrarlayan istenmeyen düşünceler görülmektedir. Ortoreksiyanın obsesif kompulsif bozukluktan ayrılan en önemli farkı ise ortoreksiyada takıntıların içeriğinin egoya yabancı değil egoya uyumlu olmasıdır (9). Ayrıca ON'dan farklı olarak OKB'ta, bireyler aşırı/mantıksız davrandıklarının farkında olabilmektedir (45).

2.3. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz

Fiziksel aktivite (FA) ile ilgili bilgiler çok eski çağlardaki mezar kalıntılarında dahi görülmektedir. Bugünkü anlamıyla fiziksel aktivite ilk kez yaklaşık İ.Ö. 2500 yıllarında Çin'de görülmüştür (57). FA günlük yaşamımızda kas ve eklemlerimizi kullanarak enerji harcanmasını içeren, kalp atış ve solunum hızını artıran, farklı şiddetlerde yapılabilen ve yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanmaktadır (58). Günlük enerji tüketimi; %60-75 bazal metabolizmanın, %10 kadar yiyeceklerin termik etkisinin ve hareket için gerekli %15-30 enerjinin toplamına eşittir. Günlük alınan enerji miktarının günlük enerji tüketimine eşit olması enerji dengesini sağlarken; harcanan enerjiden fazla olması kilo alımı; az olması ise zayıflama ile sonuçlanmaktadır (59).

Egzersiz ile fiziksel aktivite anlam olarak birbirinden ayrılmaktadır. Bunlar arasındaki fark; fiziksel aktivitenin günlük hayatta yaptığımız, oturma, kalkma, gezme, duş alma gibi yapılan kas hareketliliğine denilirken; egzersiz ise herhangi bir spor etkinliği içine girebilen özel, devamlı ve planlı olan kas hareketi olmasıdır (60). Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite egzersiz olarak tanımlanabilir (61).

2.3.1. Fiziksel aktivitenin sağlık üzerine etkileri

Bir kişinin cinsiyetini, yaşını ve fitness düzeyini hesaba kattıktan sonra, deneysel araştırmalar, düzenli fiziksel aktivitenin sağlığın korunmasına katkıda bulunduğunu göstermiştir (62). Düzenli olarak FA yapmanın, fiziksel, sosyal ve psikolojik esenliğe kadar değişen sağlıkla ilgili çeşitli faydaları bulunmaktadır. FA kişinin yaşam kalitesini iyileştirmekle birlikte aynı zamanda vücut işleyişini iyileştirir, yorgunluğa karşı direnci artırır, esnekliği artırır ve kas gücünü ve dayanıklılığını geliştirerek daha iyi iş verimliliği sağlar, bel problemleri riskini azaltır, ağırlık yönetimine yardımcı olur, kardiyovasküler hastalık insidansını, tip 2 diyabet oluşumunu, depresyon riskini azaltır, bireyin genel sağlığının korunmasına katkıda bulunur ve ayrıca yaşlanmanın etkilerini azaltabilir (63).

Amerikan Spor Hekimliği Birliği (ACSM) ve Amerikan Diyetisyenler Birliği (ADA) rehberine göre, yetişkinlerin haftanın her gününde veya çoğu gününde en az 30 dakikalık orta düzeyde şiddetli aktivite yapması gerekmektedir (64).

2.3.2. Fiziksel aktivite olarak kabul edilen aktiviteler

Yürüyüş yapma, koşma, sıçrama, yüzme, bisiklete binme, çömelme-kalkma, kol ve bacak hareketleri, baş gövde hareketleri gibi temel vücut hareketlerinin tamamını ya da bir kısmını içeren çeşitli spor dalları, dans, egzersiz, oyun ve gün içerisindeki aktiviteler fiziksel aktivite olarak kabul edilebilir (65).

2.3.3. Fiziksel aktivite ve özellikleri

Fiziksel aktivite, iskelet kasları vasıtasıyla vücudun hareketi sonucunda oluşan enerji harcanmasıdır. Her türlü fiziksel aktivite enerji harcanmasını gerektirmektedir (66).

Fiziksel aktivite düzeyi belirlenmeden önce 4 ana unsur göz önünde bulundurulmalıdır:

Fiziksel aktivite türü; aerobik (dayanıklılık), kuvvetlendirme, esneklik ve denge aktiviteleri şeklinde sınıflandırılabilir (67).

Fiziksel aktivitenin şiddeti; Bir aktiviteyi yapmak için harcanan çaba olarak ifade edilir. Aktivite şiddeti göreceli (kişisel) veya mutlak olarak ifade edilebilir. Mutlak şiddet yapılan iş sırasında tüketilen enerjinin ml/kg/dk oksijen tüketimi, metabolik eşdeğer (Metabolic Equivalent of Task-MET) veya kkal/dk olarak oran şeklinde ifade edilmesidir. Göreceli şiddet ise bireysel kapasitenin göz önünde bulundurulmasıdır. Bireyin egzersiz yaparken ne kadar zorlandığının ifade edilmesi olarak tanımlanabilir (68). Buna göre sakın bir şekilde otururken, istirahat hâlinde 1 MET olarak belirlenen bu değer fiziksel aktivite sırasında hareketin şiddeti arttıkça kişinin metabolizmasının dinlenme durumuna göre katlandığı değeri gösterir (69).

Oturma veya yatma pozisyonunda ≤ 1.5 MET enerji harcaması gerektiren aktiviteler sedanter davranış (SD) olarak tanımlanmaktadır. SD, dinlenme seviyesinin üzerinde, uzanma, yatma, oturma, televizyon izleme, bilgisayar kullanma gibi enerji harcamasında artış olmayan pozisyonları içeren aktivitelerdir. Düşük yoğunluklu FA genellikle sedanter davranış ile birbirinin yerine kullanılmaktadır fakat ayırıcı yönü enerji harcamasının 1.6-2.9 MET arasında olmasıdır (Yavaş yürümek, yazı yazmak vb). Buna karşın, spor ve egzersiz literatüründe “sedanter” terimi genellikle orta şiddetli fiziksel aktivitenin yokluğunu tanımlamak için kullanılmakta, önerilen düzeyde fiziksel aktivite yapmayan bir birey “sedanter” olarak tanımlanmaktadır (58).

Aşağıdaki tabloda farklı aktivitelerin karşılık geldiği MET değerleri belirtilmiştir (69):

Tablo 2.2. Fiziksel Aktivitelerin Metabolik Eşdeğerleri (69)

Hafif Şiddetli Aktiviteler (< 3 MET)	
- Uyku	0.9 MET
- Televizyon izleme	1.0 MET
- Hafif ev işleri (yemek hazırlama, toz alma)	1.5-3 MET
- Kişisel hijyen (traş olma, duş alma)	1.5-3 MET
- Yazı yazma, masa başı işleri	1.8 MET
- Düşük tempoda yürüyüş (< 3 km/saat)	2.9 MET
Orta Şiddetli Aktiviteler (3-6 MET)	
- Sabit bisiklet kullanımı	3.0 MET
- Bahçe işleri (çim biçme vs.)	3.3 MET
- Ev egzersizleri, jimnastik hareketleri	3.5 MET
- Normal yürüyüş temposu (3-6 km/saat)	3- 5 MET
- Bisiklet kullanımı (9-12 km/ saat)	4.0 MET
- Araba yıkama	4.5 MET
- Eşli danslar	4.8 MET
Yüksek Şiddetli Aktiviteler (>6 MET)	
- Yürüyüş 6 -7 km/saat	5-7 MET
- Merdiven çıkma (orta hızda)	6.5 MET
- Jogging	7.0 MET
- Koşu, ağırlık kaldırma egzersizleri, eşya taşıma, tenis	8.0 MET
- Yüzme (krol stil)	9.0 MET
- İp atlama	10.0 MET

MET: Metabolik Eşdeğer

Göreceli şiddette ise bireysel egzersiz kapasitesi göz önünde bulundurulur ve şiddet ona göre ayarlanır. Aerobik aktivite için göreceli şiddet, bireyin maksimal aerobik kapasitesi (VO_{2maks}), oksijen tüketimi (VO_2) rezerv yüzdesi veya bireysel maksimal kalp hızının yüzdesi olarak ifade edilebilir. Ayrıca egzersiz sırasında kişinin hissettiği zorluk derecesi (0-10'luk bir ölçek üzerinde) olarak da ifade edilebilir.

Fiziksel aktivitenin sıklığı; bir aktivitenin haftalık tekrarlanma sayısı olarak ifade edilir. Genelde “set, seans veya defa” şeklinde ifade edilmektedir (70).

Fiziksel aktivite süresi; Fiziksel aktivitelerin yapıldıkları zaman dilimleri ve ne kadar süre yapıldıklarını ifade eder (68).

2.4. Bağımlılık ve Egzersiz Bağımlılığı

2.4.1. Bağımlılık

Bağımlılık, bir maddenin amacı dışında ve o maddeye karşı gelişen tolerans sonucu, giderek artan miktarlarda alınması, bireyin yaşamında sorunlara neden olmasına rağmen kullanımına devam edilmesi ve madde alımı azaltıldığında ya da bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ile karakterize olan durumdur. Beyindeki ödül sistemi üzerindeki etkileri maddenin keyif verici özelliğine ve bireyin tekrar tekrar kullanarak bağımlı olmasına neden olur. Bağımlı birey, oluşan olumsuz sonuçlara rağmen, bağımlı olduğu maddeyi kompulsif bir biçimde kullanmayı sürdürür (71).

Bağımlılık yalnızca bir maddeye ya da teknolojik bir ürüne karşı oluşabilen bir durum değildir. İnsanların davranışsal olarak farklı bağımlılıkları da olabilir (72). Bireylerin bağımlılık davranışları sergilemelerinin pek çok nedeni bulunmaktadır. Bu nedenler, farklı araştırmacılar ve kuramcılar tarafından farklı isimler etrafında ele alınmıştır. Bu nedenlerden biri bireylerin karşılanmayan ihtiyaçlarından dolayı kaçınma ya da kaçma yoluyla başa çıkmaları olarak görülmektedir (73). İnsanlarda, bağımlılık davranışına sıklıkla hafıza, can sıkıntısı, utanç, suçluluk, alışkanlık, dürtüsellik, kısıtlama, depresyon ve anksiyete gibi karmaşık psikolojik / psikiyatrik yapılar eşlik eder (74).

2.4.1.1. Davranışsal bağımlılık

Psikoaktif madde alımının yanı sıra çeşitli davranışlar, olumsuz sonuçların bilinmesine davranışlar üzerindeki kontrolün kaybedilerek ödül mekanizması uyarılarak kalıcı davranışa neden olabilmektedir. Azalan kontrol, psikoaktif madde bağımlılığı veya bağımlılığının temel tanımlayıcı bir kavramıdır. Bu benzerlik, madde dışı veya davranışsal

bağımlılıklar kavramına, yani madde bağımlılığına benzer, ancak psikoaktif bir maddenin alınmasına dayalı olmayan, davranışsal bir odağı olan sendromlara yol açmıştır (75).

Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 (DSM-5)'te tanısal sınıflandırması, madde kötüye kullanımı ve obsesif-kompulsif bozukluğu kapsayan tüm hastalık sınıflarına ilişkin değişikliklerin yapılmasıyla birlikte eskiden, 'Dürtü Kontrol Bozuklukları'nın bir parçası olan Kumar Bozukluğu madde bağımlılıklarıyla ilişkilendirilmekte ve bir 'davranışsal bağımlılığın' prototipik bir örneği olarak nitelendirilmektedir. "İnternet bağımlılığı", "cinsel bağımlılık", "alışveriş bağımlılığı", "yeme bağımlılığı" ve "egzersiz bağımlılığı" gibi davranışlar davranışsal bağımlılık örneğidir (76).

2.4.1.2 Yeme bağımlılığı

Sanayileşme öncesi dönemde az işlenmiş, yüksek protein, yüksek tahıl ve nispeten düşük tuzlu besinler tüketilirken, günümüzde besin teknolojisinin gelişmesiyle birlikte, özellikle batı ülkelerinde tat ve lezzet artırıcı katkı maddelerinin eklendiği işlenmiş besinlerin tüketimi artmıştır. Bu besinlerin tüketimi kişilerde ödül duygusunun oluşmasına ve tekrar tüketme isteğinin artmasına yol açmıştır. Bu durum belirli besinlerin bağımlılık yapıcı etkileri olduğunu ortaya çıkarmıştır (77).

Genellikle işlenmiş, oldukça lezzetli ve yüksek enerjili besinler bağımlılık potansiyeline sahip olabileceği ve aşırı yemenin belirli formlarının bir bağımlılık davranışını temsil edebileceği düşüncesini içermektedir (78).

2.4.2. Egzersiz bağımlılığı

Egzersizin birçok kişi tarafından sevilerek yapılıyor olması yanında bazen de kompulsif bir eylem şeklinde zarar doğurarak yapılması olasıdır (15). Aşırı egzersizin ruh halini iyileştirdiği, öfori ve zindelik hali oluşturduğu ve endorfin üretimini artırdığı, bu sebeple de “kronik aşırı egzersiz”in bir bağımlılık türü olabileceği öne sürülmüştür. Aşırı egzersizin, psikolojik karakteristiklerini göstermesi sebebiyle bağımlılığın bir formu olabileceği görüşü desteklenmiştir. Negatif bağımlılık, pozitif bağımlılık, koşu bağımlılığı, kompulsif egzersiz, kompulsif jogging, egzersiz bağımlılığı ve zorunlu koşu terimleri uzun süredir, yüksek sıklıkta ve şiddette fiziksel aktivite yapmayı tanımlamak için kullanılan terimlerdir. Yaralanma, hastalık, sosyal ve iş ile ilgili kısıtlamalara rağmen fiziksel

aktiviteye devam etme özelliğinden dolayı bazı kaynaklarda egzersiz bağımlılığı, obsesif kompulsif bir davranış olarak da tanımlanmıştır (16).

Egzersiz davranışının işlev kaybına yol açacak şekilde tutku ile yapılması ve bırakılmaması birincil egzersiz bağımlılığı olarak adlandırılır. Bu davranışın ardında ruhsal ve fiziksel bir bağ vardır. Zayıf kalma ve çabalarını desteklemek amacıyla aşırı derece egzersiz yapma sonucunda ortaya çıkan egzersiz bağımlılığı ise ikincil egzersiz bağımlılığı olarak adlandırılır. İkincil egzersiz bağımlılığı yeme bozuklukları ile birlikte görülür (79).

Yapılan bir çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapan bireylerin %4.8'i egzersiz bağımlısı, %44.53'ünün ise bağımlı olmamasına rağmen, egzersiz bağımlılığı belirtisi gösterdikleri tespit edilmiştir (79). Macaristan'da popülasyon çapında bir çalışmada ise bağımlılık riski taşıyan bireylerin oranı sporcular arasında % 1.9 ve genel popülasyonda % 0.3 olarak bulunmuştur (80).

2.4.2.1. Egzersiz bağımlılığında tanı ve tedavi

Şu anda, egzersiz bağımlılığı resmi olarak tanınan herhangi bir tıbbi veya psikolojik teşhis çerçevesi içinde gösterilmemektedir. Bununla birlikte, ilgili morbiditelerle birlikte bilinen ve paylaşılan semptomlar temelinde, disfonksiyonun diğer veya sınıflandırılmamış bozuklukların çeşitli kategorilerinde dikkat çekmesi önemlidir. Teşhis değerlerine sahip semptomlar temelinde, egzersiz bağımlılığı potansiyel olarak davranışsal bağımlılıklar kategorisinde sınıflandırılabilir. Bazı bozukluklar, uzmanların görüş birliğine dayalı olarak, belirli teşhis çerçeveler içinde farklı kategoriler halinde sınıflandırılmıştır. Benzerlik sadece birkaç yaygın semptomda değil, aynı zamanda demografik özelliklerde, bozukluğun prognozunda, komorbiditede, tedaviye yanıtta, ailede yaygınlıkta ve etiyolojide de kanıtlanmıştır (62).

Egzersiz bağımlılığını belirlemek amacıyla, Florida Üniversitesi Egzersiz ve Spor Bilimleri Departmanı, Egzersiz Laboratuvarı'ndan Heather A. Hausenblas ve Pennsylvania State Üniversitesi Kinesyoloji Departmanı, Egzersiz Psikolojisi Departmanı'ndan Daniel Symons Downs tarafından, toplamda 2420 kişilik bir örneklem grubu kullanılarak, EBÖ-17 beş aşamada geliştirilmiştir (81). 17 sorudan oluşan Likert tipi (asla-1, daima-6) kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek, tek bir egzersiz türüne bağlı kalmadan, egzersiz bağımlılığını tespit etmeyi amaçlar. EBÖ-17 Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Yeltepe ve İkizler (16) tarafından yapılmıştır. EBÖ-17 ölçeği DSM-4 (Ruhsal

Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-4) madde bağımlılıkları kriterleri temel alınarak hazırlanmış ve yedi alt boyuttan oluşur. Bu alt boyutlar:

Tolerans: Egzersiz miktarının istenilen etkiye ulaşmak için artırılması ya da aynı miktarda egzersiz yapmaya devam etme sonucunda etkilerin azalması.

Yoksunluk (geri çekilme): Egzersiz yapmama sonucunda ortaya çıkan yoksunluk semptomlarından sakınmak ve rahatlama sağlamak için aynı miktarda egzersiz yapılması.

Niyet etkisi: Egzersizin sıklıkla düşünülenenden daha fazla miktarda ve daha uzun sürede yapılması

Kontrol kaybı: Şiddetli egzersiz yapma isteği ya da egzersizi kontrol etme ve bırakma isteğinde başarısız olma.

Zaman: Egzersiz yapmak için çok fazla zaman harcamak.

Diğer aktiviteleri azaltma: Egzersiz yapabilmek için aile, iş, sosyal ve diğer rekreatif faaliyetleri azaltmak ya da terk etmek.

Devamlılık: Fiziksel veya fizyolojik problemlerden (sakatlık vb.) haberdar olunmasına rağmen egzersize devam etmek.

EBÖ-17 ölçeğinde yukarıdaki 7 bağımlılık kriteri temel alınmış olup, bu kriterlerden 3 ya da daha fazlasını gösteren bireyler egzersiz bağımlısı olarak sınıflandırılmıştır (79).

Egzersiz bağımlılığı için tedavi yaklaşımları bilişsel-davranışçı yaklaşıma dayanmaktadır, ancak etkinlikleri hakkında çok az şey bilinmektedir (82). Egzersiz bağımlısı bireyi tedavi etmek çok yönlü bir yaklaşımı gerektirir ve tedavisine profesyonel yaklaşımların etkili olması muhtemeldir. Başlangıçta, bir egzersiz uzmanı, kişinin fiziksel ve duygusal esenliği de dahil olmak üzere sağlık durumunu belirlemelidir. Diyetisyenler ve psikologlar daha fazla analiz, hastanın beslenme alışkanlıklarının, iyileşme motivasyonunun, egzersiz hedeflerinin yeniden yönlendirilmesine ve başa çıkma stratejilerinin uygulanmasına yönelik kapasiteye odaklanmalıdır. Egzersiz bağımlıları için tedavi terapileri ayrıca sağlıklı beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesini, sağlıklı bir benlik saygısı ve beden imajını iyileştirme ve sürdürme stratejilerini, sağlıklı alternatif eğlence arayışlarının kademeli olarak dahil edilmesini ve zaman içindeki ilerlemenin izlenmesini içermelidir. Egzersiz bağımlılığından kurtulmanın aylar hatta yıllar alması muhtemeldir, bu nedenle altta yatan sorunları veya diğer koşulları ele almalıdır (83).

2.5. Kaygı ve Sosyal Fizik Kaygısı

2.5.1. Kaygı/Anksiyete bozuklukları

Kaygı, nedeni bilinmeyen bir sebepten dolayı hissedilen belirsiz korku, endişe ve sıkıntı ile gösterir. Kişide kötü bir durum olacağına ve bunu engelleyemeyeceğine ilişkin bir düşüncenin belirmesiyle kaygı ortaya çıkar (84). Fizyolojik olarak çarpıntı, nefes almada zorluk, hızlı hızlı nefes alma, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi belirtilerin yanında psikolojik özellikler olarak sıkıntı, heyecan, aniden çok kötü bir şey olacaktıymış hissi ve korkusu sayılabilir (85).

Yaygın anksiyete bozukluğu, yorgunluk, titreme, huzursuzluk, kas gerilimi, nefes darlığı, hızlı kalp atışı, ağız kuruluğu, ellerde soğukluk ve baş dönmesi gibi belirti ve bulgularla birlikte çoğu gün, en az altı ay süreyle aşırı endişe ve gerginlik olarak tanımlanır (86).

2.5.2. Sosyal kaygı/anksiyete bozukluğu

Sosyal kaygı, sosyal durumlarda başkalarından yoğun bir şekilde değerlendirilme korkusu ile karakterize edilen yaygın bir durumdur. İşlevselliği bozacak kadar şiddetli bir düzeye ulaştığında, buna sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) veya sosyal fobi denilmektedir (87). SAB, bireyin tanımadığı insanlarla karşılaştığında başkalarının gözünün üzerinde olabileceğinden, bir ya da birden fazla toplumsal durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyması, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir şekilde davranacağından korkması ve anksiyete belirtileri göstermesidir. Kişi korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir (88).

2.5.3. Sosyal fizik kaygısı

Sosyal fizik kaygısı, başkalarının kendilerini değerlendirdiğinin algılandığı durumlarda, bireyin vücudunun görünümü ile ilgili endişesini yansıtan, kendini sunma ve izlenim bırakma unsurlarından oluşan sosyal psikolojik değişkendir (89). Sosyal fizik kaygısı kavramı boy, ağırlık, kas yapısı gibi genel fiziksel görünüşün ötesinde bireyin ten rengi ve yüz şekli (burnu, gözlerinin uzaklığı, gülüşü vs.) gibi özellikleri de içeren kapsamlı bir kavramdır. Yani genel fiziksel görünüşün ötesinde daha ayrıntılı ve bütüncül bir durum söz konusudur (90).

İnsanların çoğu iyi görünümlü bireylerle daha fazla iletişim kurmak istemektedirler. Bundan dolayı bireyler diğer insanlar üzerinde daha etkili bir izlenim bırakmak ve iyi

görünmek için çabalamaktadırlar. Bu durum benlik sunumu ya da izlenim yönetimi olarak tanımlanmaktadır (90).

Benlik sunumu, insanların kendilerini başkalarına nasıl sunacaklarını ve başkaları tarafından nasıl algılandıklarını yönetme ve kontrol etme şekli olarak tanımlanabilir. Başka bir deyişle, olumlu sosyal izlenimlerin üretilmesi ve istenmeyen izlenimlerden kaçınılması olasılığını en üst düzeye çıkarmak için bireyin kendi yönlerini seçici olarak sunma veya kendi kendine ilgili bilgileri çıkarma girişimidir. Özellikle, beden şekline ilişkin kültürel idealler ve mesajlar, öz sunum kaygılarını artırabilir ve bireyler kendilerini formda, zayıf ve kaslı olarak göstermek için çaba gösterirler. Benlik sunumunun doğası, egzersiz ve spor araştırmalarının odak noktası olmuştur. Benlik sunumu, egzersiz ve spor ortamlarında ve egzersize bağlılığın önemli bir davranış, biliş ve duygulanım belirleyicisidir. Kendini sunuşta bedenin önemini akılda tutarak, kendini sunumla ilgili endişelerden birinin, kişinin bedeniyle ilgili öz bilincinden kaynaklanabilen sosyal fiziksel kaygı olduğunu iddia etmek mantıklıdır. Sosyal fizik kaygısı, küresel benlik saygısı, vücut tatminsizliği, fiziksel çekicilik, yeme tutumları, egzersiz güdüsü ve egzersiz gibi davranış kalıplarını içeren birçok psikolojik değişkenle yakından ilgilidir (14).

2.6. Sosyal Fizik Kaygısı ve Yeme Davranışı

Beden imajı, kişinin fiziksel görünümünün iç temsili olarak tanımlanan algısal, bilişsel, duyuşsal ve davranışsal konuları kapsayan çok boyutlu, sosyo-kültürel olarak bağımlı bir yapıdır. Beden imajının beden algısı ve beden kavramı olmak üzere iki ana bileşeni vardır. Beden algısı, insanların kendine değer verme duygusunu ifade edebilir. Beden memnuniyetsizliği terimi, ideal beden şekli ile ağırlık arasında algılanan tutarsızlıktan kaynaklanan olumsuz duygu ve düşünceleri ifade eder. Beden memnuniyetsizliği genellikle beden şekli ve ağırlığı ile ilgilidir ve muhtemelen yeme bozukluklarına yol açmaktadır (91).

Mükemmeliyetçilik, anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozanın psikopatolojisinde yer almaktadır. Literatür, ortoreksiya nervozalı bireylerin aynı zamanda mükemmeliyetçilik (aşırı yüksek standartlar, kusursuzluk beklentileri ve kendine ve başkalarına yönelik aşırı eleştiri ile tipikleşen bir kişilik özelliği); ancak ortoreksiya nervoza ile mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar sınırlıdır. ON'da, bireyler "mükemmel" bir diyet yemeyi hedeflerler ve sıkı diyet kurallarına uyarlar; bu nedenle, mükemmeliyetçi tabiat sergileyebilecekleri makul görünmektedir. Beslenme

kurallarına bağılılığın, mükemmeliyetçilik ile yeme bozukluğu arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bulunmuştur. AN ve BN'dan muzdarip bireylerde benlik saygısının daha düşük olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, ortoreksiyle ilgili literatür, bunun tersinin doğru olduğunu öne sürmektedir. Ortoreksikler için, benlik saygısı, ortoreksik olmayanlara göre daha yüksek görünmektedir. Ortoreksikler için, pozitif benlik saygısı, sağlıklı bir diyet sürdürme ve kendi arzuları üzerinde kontrol sahibi olma nedeniyle ortaya çıkmaktadır (92). Anoreksiya ve bulimiya hastalarına kıyasla ortorektik bireylerin amacı kilo vermeye çalışmak değil, mükemmelliğe ve saflığa ulaştığını hissetmektir (93).

2.7. Sosyal Fizik Kaygısı ve Egzersiz Davranışı

Sosyal fizik kaygısı, sosyal anksiyete ve olumsuz beden algısı ile pozitif olarak ilişkilidir. Görünüşte algılanan kusurların, sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin halkın eleştirisinden korkmasına neden olan temel korkulardan biri olabileceği ve fiziksel görünümüne vurgu yapan bireylerde görünümün sosyal değerlendirilmesinin yeme bozukluğu gibi belirtilere yol açtığı öne sürülmüştür (94). Yapılan bir çalışmada, sosyal görünüş kaygısının, yeme bozukluğu ile ilişkili olduğunu ve sosyal fizik kaygısının, düzensiz beslenme ve sosyal kaygı için ortak bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (95).

Sosyal fizik kaygısı, insanların nerede ve kiminle egzersiz yaptığını, bireyin egzersize duyumsal tepkilerini ve egzersiz sırasında ortaya koyduğu çaba ve efor düzeyini belirlemede önemli bir rol oynayabilir. Beden, fiziksel aktivite için çok kritik ve dikkat çekici olduğundan, sosyal fizik kaygısı muhtemelen spor ve egzersizde önemli bir sosyal kaygı biçimidir. Egzersiz ve spor ortamlarında bireyler arzu edilen bir izlenimi yaratmaya çalışırlar ve vücutlarının başkaları tarafından değerlendirmeye tabi olduğunu hissederler ve doğru beden imajına sahip olmak bireyler için önemlidir (14).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu çalışma Mayıs - Temmuz 2021 tarihleri arasında 22-64 yaş arası beslenme ve diyetetik bölümü lisans ve lisanüstü mezunu ile eğitim düzeyi üniversite üzeri olan diğer meslek gruplarına mensup (mühendis, avukat, öğretmen, doktor, psikolog, biyolog, kimyager, müzisyen, mimar, eczacı, halkla ilişkiler, radyo, televizyon ve sinema, bankacı, psikolojik danışmanlık ve rehberlik, akademisyen, muhasebecilik) çalışmaya katılmaya gönüllü 81 kadın (39 diyetisyen, 42 diğer meslek grupları) birey ile gerçekleştirilmiştir. Bu kriterlere uymayan bireyler çalışma dışı bırakılmıştır.

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırmalar Kurulu tarafından onaylanmıştır (Proje no: KA21/173)(EK 1).

3.2. Araştırmanın Genel Planı

Anket formunun ilgili kişilere ulaştırılması için sosyal medya (instagram, linkedin, whatsapp vb.) kullanılmıştır. Sosyal medya grupları kullanılarak beslenme ve diyetetik bölümü mezun gruplarından başlanarak, Instagram ve LinkedIn’de takipçilere mesaj gönderilerek Google form linki ilgili kişilere iletilmiştir ve formda yer alan açıklamalara göre anketi doldurmaları istenmiştir.

Bireylerin genel bilgileri ve antropometrik ölçümlerinin elde edilmesi için 21 sorudan oluşan anket formu (EK 2) sosyal fizik kaygı durumunun belirlenmesi için 12 sorudan oluşan Sosyal Fizik Kaygı Envanteri (EK 3), egzersiz bağımlılığı ile ilgili bilgi edinmek için 17 sorudan oluşan Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği-17 (EK 4), yeme tutum ve davranışları hakkında bilgi edinmek için 11 sorudan oluşan Ortoreksiya-11 Ölçeği (EK 5) ve Besin Tüketim Sıklığı Formundan (EK 6) yararlanılmıştır.

3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

3.3.1. Demografik özellikler

Bireylerin demografik özelliklerine ilişkin yaş, medeni durum, mesleki bilgiler ve çalışma durumunu içermektedir.

3.3.2. Genel sağlık bilgileri

Sigara ve alkol tüketimi, sağlıklı olma durumları, tanısı konulmuş hastalık varlığı, vücut ağırlık memnuniyetine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.3.3. Beslenme alışkanlıkları

Ana öğün ve ara öğün tüketme alışkanlıkları, su tüketimi ile ilgili sorular bulunmaktadır.

3.3.4. Egzersize ilişkin bilgiler

Bireylerin düzenli fiziksel aktivite yapma durumları, yapıyorlar ise ilgilendikleri fiziksel aktivite türü, fiziksel aktivite yapma amaçları, haftalık fiziksel aktivite yapma sıklığı ve süresine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.3.5. Antropometrik ölçümler

Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu bireylerin beyanına dayalı alınmıştır. Beden kütle indeksi (BKİ) istatistiksel analiz sırasında hesaplanmıştır.

Beden kütle indeksi: Vücut ağırlığının (kg) boy uzunluğunun karesine (m²) bölümü ile hesaplanmıştır. Tablo 3.1’de bireylerin DSÖ’ne göre BKİ değerlerinin sınıflandırması verilmiştir (96).

Tablo 3.1. BKİ değerlerine göre sınıflandırma (96)

BKİ (kg/m ²)	Sınıflama
< 18.5	Zayıf
18.5-24.9	Normal
25.0-29.9	Hafif şişman
30.0-34.9	I. derece obez
35.0-39.9	II. derece obez
40 <	III. derece obez

BKİ: Beden Kütle İndeksi

3.3.6. ORTO-11 ölçeği

Bratman (97) tarafından sağlıklı beslenme konusunda bireylerin takıntısını belirlemek amacıyla hazırlanan 10 soruluk ölçek, Donini ve ark. (98) tarafından geliştirilerek çoktan seçmeli 15 maddeden oluşan Ortoreksiya-15 Ölçeği (ORTO-15) anketi oluşturulmuştur. ORTO-15'in Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Arusoğlu ve ark. (55) tarafından yapılmış ve Ortoreksiya-11 Ölçeği (ORTO-11) olarak uyarlanmıştır.

Ortoreksiya-11 on bir maddeden oluşan likert tipi ölçek “her zaman” 1 puan, “asla” 4 puan olmak üzere; her bir seçenekte 1'er puan artacak şekilde düzenlenmiş olup kazanılan toplam puan 11-44 arasında olmaktadır. Sadece 6. soru ters puanlanmaktadır. Puan artışı ortoreksiya nervoza riskinin azaldığını göstermektedir (55).

ORTO-11 ölçeğinin değerlendirilmesi için kesim noktası elde etme yöntemi kullanılmıştır (99). Çalışmanın kesim noktası %25'lik dilimde 23 puan olarak belirlenmiş olup 23 puan ve altı ortorektik eğilim olarak değerlendirilmiştir.

3.3.7. EBÖ-17 ölçeği

Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği-17, Florida Üniversitesi Egzersiz ve Spor Bilimleri Departmanı, Egzersiz Laboratuvarı'ndan Heather A. Hausenblas ve Pennsylvania State Üniversitesi Kinesyoloji Departmanı, Egzersiz Psikolojisi Departmanından Daniel Symons Downs tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yeltepe ve İkizler tarafından yapılmıştır (81,16).

Beşli likert tipinde geliştirilen EBÖ-17'nin puan aralıkları Tablo 3.2'de verilmiştir. Buna göre puan aralıkları, “1-17 normal grup, 18-34 az riskli grup, 35-51 risk grubu, 52-69 bağımlı grup, 70-85 yüksek düzeyde bağımlı grup” şeklindedir. Ölçek “aşırı odaklanma ve duygu değişimi”, “bireysel-sosyal ihtiyaçların ertelenmesi ve çatışma”, “tolerans gelişimi ve tutku” olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Aşırı odaklanma ve duygu değişimi (AODD) alt boyutu ilk 7 maddeden (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7), bireysel-sosyal ihtiyaçların ertelenmesi ve çatışma (BSİE) alt boyutu 6 maddeden (8, 9, 10, 11, 12, 13) ve tolerans gelişimi ve tutku (TGT) alt boyutu ise son 4 (14, 15, 16,17) maddeden oluşmaktadır. EBÖ toplam 17 maddeden oluşmakta ve ölçekte ters madde içermemektedir (100).

Tablo 3.2. Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği Değerlendirme Çizelgesi (100)

Seçenekler	Puanlar	Puan Aralığı	Ölçek Değerlendirme
Kesinlikle Katılmıyorum	1	1-17	Normal Grup
Katılmıyorum	2	18-34	Az Riskli Grup
Kararsızım	3	35-51	Risk Grubu
Katılıyorum	4	52-69	Bağımlı Grup
Kesinlikle Katılıyorum	5	70-85	Yüksek Düzeyde Bağımlı Grup

3.3.8. Sosyal fizik kaygı envanteri

Araştırmada veri toplama aracı olarak Hart, Leary ve Rejeski (101) tarafından geliştirilen ve Türkiye’ye uyarlaması Mülazımoğlu Ballı ve Aşçı (14) tarafından yapılan Fiziksel Görünüm Rahatlığı (FGR) (5 madde) ve Olumsuz Değerlendirilme Beklentisi (ODB) (7 madde) olmak üzere iki alt boyutlu olup toplam 12 maddeden oluşan “Sosyal Fizik Kaygı Envanteri” kullanılmıştır. Maddeler 5’li likert tipi ölçek (tamamen yanlış, genellikle yanlış, bazen yanlış, bazen doğru, genellikle doğru, tamamen doğru) kullanılarak cevaplandırılmaktadır. Fiziksel Görünüm Rahatlığı (FGR) (5 madde) ve Olumsuz Değerlendirilme Beklentisi (ODB) (7 madde) olmak üzere iki alt boyutlu olup toplam 12 maddeden oluşmaktadır.

Envanterden alınabilecek en düşük puan 12 en yüksek puan 60’dır. Sosyal Fizik Kaygı Envanterinden alınan puan arttıkça kişinin dış görünüşünden duyduğu kaygı düzeyi de artmaktadır. Envanterdeki 1., 2., 5., 8. ve 11. maddeler ters puanlanmaktadır (102).

3.3.9. Besin tüketim sıklık formu

Bireylere son 3 ay göz önüne alınarak besin tüketim sıklıkları ve miktarları sorulmuş ve Besin Tüketim Sıklık Formuna (EK 6) kaydedilmiştir. Miktarların sorgulanmasında standart boyutlardaki ev ölçüleri (su bardağı, çay bardağı, kahve fincanı, kupa; yemek kaşığı, kepçe, tatlı kaşığı; küçük boy, orta boy, büyük boy vb.) kullanılmıştır. Çevrim içi ankette bireylerin porsiyon ölçülerini işaretleyebilmeleri için değişim hesabındaki miktarlar her besine göre kategorize edilerek toplanmıştır. Günlük enerji ve besin ögesi alımları Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı (BEBİS) aracılığıyla analiz edilmiştir.

3.3.10. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi ve tabloların oluşturulması amacıyla SPSS 25.0 İstatistik Paket Programı kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen sürekli değişkenler (nicel değişkenler) ortalama ($\bar{X}$), standart sapma ($\pm SS$), alt ve üst değerler ile kategorik değişkenler (nitel değişkenler) ise sayı (S) ve yüzde (%) olarak ifade edilmiştir.

Sürekli değişkenlerde, normal dağılıma uygunluk için Shapiro-Wilks testi kullanılmıştır. Bağımsız iki grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında; dağılım normal olmadığı için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis testi ile gruplar arasındaki farklılık analiz edilmiş ve fark olması durumunda post-hoc analizi Bonferroni düzeltemeli Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır.

Kategorik değişkenlerin analizinde ki-kare testi kullanılmıştır. İlişkinin gücü ve yönünün belirlenmesi için Spearson korelasyon analizi yapılmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Bireylerin Genel Özellikleri

Tablo 4.1’de çalışmaya katılan bireylerin mesleklerine göre yaş, medeni durum ve çalışma durumuna ilişkin demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Araştırmada diyetisyenler %48.1 (39 kişi), diğer meslek gruplarındaki bireyler ise %51.9 (42 kişi)’dur. Çalışmada bireylerin yaşları 22-64 arasında değişmekte olup ortalama yaş, diyetisyenlerde 26.6±9.03, diğer meslek gruplarındaki bireylerde 33.5±11.49 yıl olarak bulunmuştur. Diyetisyenlerin %43.6’sı, diğer meslek gruplarındaki bireylerin ise %52.4’ü aktif olarak çalışmaktadır. Çalışan bireylerin ortalama çalışma süresi diyetisyenlerde 89.4±158.23 ay, diğer meslek gruplarındaki bireylerde 101.3±97.48 ay olarak bulunmuştur.

Tablo 4.1. Bireylerin demografik özellikleri.

Demografik Özellikler	Diyetisyen (n:39)		Diğer Meslek Grupları (n:42)		Toplam (n:81)	
	S	%	S	%	S	%
Yaş (yıl) $\bar{X} \pm SS$	26.6±9.03		33.5±11.49		30.2±10.88	
Medeni Durum						
Evli	4	10.3	15	35.7	19	23.5
Bekar	35	89.7	27	64.3	62	76.5
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	17	43.6	22	52.4	39	48.1
Çalışmıyor	22	56.4	20	47.6	42	51.9
Çalışma Süresi (Ay) $\bar{X} \pm SS$	89.4±158.23		101.3±97.48		96.1±25.81	

Tablo 4.2’de bireylerin mesleklerine göre dağılımına yer verilmiştir. Bireylerin %48.1’i diyetisyen, %7.4’ü mühendis, %1.2’si avukat, %7.4’ü öğretmen, %2.5’i doktor, %4.9’u psikolog, %2.5’i biyolog, %1.2’si kimyager, %2.5’i müzisyen, %1.2’si mimar, %6.2’si eczacı, %4.9’u halkla ilişkiler, %2.5’i radyo, televizyon ve sinema, %2.5’i bankacı, %1.2’si psikolojik danışmanlık ve rehberlik, %1.2’si akademisyen, %2.5’i muhasebecilik mesleklerine mensup bireylerdir.

Tablo 4.2. Bireylerin mesleklerine göre dağılımı

Bireylerin Meslekleri	S	%
Diyetisyen	39	48.1
Mühendis	6	7.4
Avukat	1	1.2
Öğretmen	6	7.4
Doktor	2	2.5
Psikolog	4	4.9
Biyolog	2	2.5
Kimyager	1	1.2
Müzisyen	2	2.5
Mimar	1	1.2
Eczacı	5	6.2
Halkla İlişkiler	4	4.9
Radyo, Televizyon, Sinema	2	2.5
Bankacı	2	2.5
Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik	1	1.2
Akademisyen	1	1.2
Muhasebecilik	2	2.5

Tablo 4.3'te bireylerin mesleklerine göre genel alışkanlıklarına ilişkin bulgular gösterilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin %25.9'unun sigara içtiği ve günlük içilen sigara sayısının ortalama 10.7 ± 4.39 adet olduğu belirlenmiştir. Diyetisyenlerin %15.4'ü sigara içerken diğer meslek gruplarındaki bireylerin %35.7'si sigara içmektedir.

Bireylerin %2.5'i her gün, %4.9'u haftada 1-2 kez, %2.5'i haftada 3-4 kez, %17.3'ü 15 günde 1 kez, %12.3'ü ayda 1 kez alkollü içecek tüketmekte olup %60.5'i alkollü içecek tüketmemektedir. Diyetisyenlerin toplam %28.2'si diğer meslek gruplarındaki bireylerin ise %50'si alkollü içecek tüketmektedir. Tüketilen alkol miktarı ortalama 211.1 ± 283.03 ml/hafta olarak bulunmuştur. Bu değer diyetisyenlerde 107.6 ± 63.5 ml/hafta, diğer meslek gruplarındaki bireylerde 268.0 ± 338.74 ml/hafta olarak bulunmuştur.

Bireylerin günlük su tüketimlerine bakıldığında; %18.5'i 1000 ml'den az, %64.2'si 1001-1999 ml arası, %17.3'ü ise 2000 ml ve üzeri su tüketmektedir.

Tablo 4.3. Bireylerin genel alışkanlıkları

Genel Alışkanlıklar	Diyetisyen (n:39)		Diğer Meslek Grupları (n:42)		Toplam (n:81)	
	S	%	S	%	S	%
Sigara İçme Durumu						
Evet	6	15.4	15	35.7	21	25.9
Hayır	33	84.6	27	64.3	60	74.1
Sigara adet/gün ($\bar{X} \pm SS$)	9.5 $\pm$ 5.39		11.2 $\pm$ 4.02		10.7 $\pm$ 4.39	
Alkollü İçecek Tüketme Durumu						
Her gün	-	-	2	4.8	2	2.5
Haftada 1-2 kez	1	2.5	3	7.1	4	4.9
Haftada 5-6 kez	-	-	2	4.8	2	2.5
15 günde 1 kez	6	15.4	8	19.0	14	17.3
Ayda 1 kez	4	10.3	6	14.3	10	12.3
Hiç	28	71.8	21	50.0	49	60.5
Alkol Miktar (ml/hafta) ($\bar{X} \pm SS$)	107.6 $\pm$ 63.5		268.0 $\pm$ 338.74		211.1 $\pm$ 283.03	
Günlük Su Tüketimi						
1000 ml ve altı	5	12.8	10	23.8	15	18.5
1001-1999 ml	28	71.8	24	57.1	52	64.2
2000 ml ve üzeri	6	15.4	8	19.1	14	17.3

Tablo 4.4'te çalışmaya katılan bireylerin genel sağlık durumlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Bireylerin %61.7'si sağlıklı olduğunu düşünürken %6.2'si sağlıklı olduğunu düşünmediğini ve %32.1'i sağlıklı olduğundan emin olmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların %80.2'sinde hekim tarafından tanısı konulmuş bir hastalık bulunmazken; tanısı konulmuş hastalığı bulunan diyetisyenlerin oranı %10.3, diğer meslek gruplarındaki bireylerin oranı ise %28.6 olup diyetisyenlerden fazladır. En yüksek oranlara bakıldığında; en fazla görülen hastalık her iki grupta da sindirim sistemi hastalıkları olup toplam oranı %30.0 olarak bulunmuştur.

Bireylerin mesleklerine göre ağırlık memnuniyeti durumlarına bakıldığında diyetisyen bireylerin %38.5'i ağırlıklarından memnun değilken bu oran diğer meslek gruplarındaki bireylerde %57.2 olup diyetisyenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.4. Bireylerin genel sağlık durumları

Genel Sağlık Durumu	Diyetisyen (n:39)		Diğer Meslek Grupları (n:42)		Toplam (n:81)	
	S	%	S	%	S	%
Sağlıklı Olduğunu Düşünme						
Evet	26	66.7	24	57.2	50	61.7
Hayır	1	2.5	4	9.5	5	6.2
Emin Değilim	12	30.8	14	33.3	26	32.1
Tanısı Konulmuş Hastalık						
Var	4	10.3	12	28.6	16	19.8
Yok	35	89.7	30	71.4	65	80.2
Hastalık Türü**						
Kalp Damar Hastalıkları	-	-	1	6.7	1	5.0
Diyabet	1	20.0	2	13.3	3	15.0
Sindirim Sistemi Hastalıkları	3	60.0	3	20.0	6	30.0
Böbrek Hastalıkları	-	-	1	6.7	1	5.0
Solunum Sistemi Hastalıkları	-	-	3	20.0	3	15.0
Deri Hastalıkları	-	-	1	6.7	1	5.0
Hematolojik Hastalıklar	-	-	2	13.3	2	10.0
Kemik ve Eklem Hastalıkları	1	20.0	2	13.3	3	15.0
Ağırlık Memnuniyeti						
Evet	18	46.1	15	35.7	33	40.7
Hayır	15	38.5	24	57.2	39	48.2
Emin Değilim	6	15.4	3	7.1	9	11.1

**Bir bireyde birden fazla hastalık bulunabilmektedir.

4.2. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri

Tablo 4.5'te bireylerin cinsiyete göre antropometrik ölçümlerinin ve vücut analizlerinin ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri verilmiştir.

Vücut ağırlığı ortalaması diyetisyenlerde 56.4 ± 7.28 kg, diğer meslek gruplarındaki bireylerde ise 66.2 ± 12.03 kg olarak bulunmuştur. Boy uzunluğu ortalaması diyetisyenlerde 162.7 ± 4.80 cm, diğer meslek gruplarındaki bireylerde 165.6 ± 5.86 cm'dir. Diyetisyenlerde BKİ ortalaması 21.3 ± 2.83 kg/m² olarak bulunurken diğer meslek gruplarında bu değer 24.1 ± 4.43 kg/m²'dir.

Tablo 4.5. Bireylerin mesleklerine göre antropometrik ölçümlerinin ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri.

Antropometrik Ölçümler	Diyetisyen (n:39)			Diğer Meslek Grupları (n:42)		
	$\bar{X} \pm SS$	Alt	Üst	$\bar{X} \pm SS$	Alt	Üst
Vücut Ağırlığı (kg)	56.4 ± 7.28	47.00	76.00	66.2 ± 12.03	47.00	93.00
Boy (cm)	162.7 ± 4.80	150.00	172.00	165.6 ± 5.86	154.00	175.00
BKİ (kg/m ²)	21.3 ± 2.83	17.6	29.6	24.1 ± 4.43	18.1	33.6

BKİ: Beden Kütle İndeksi

Tablo 4.6'da Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırması göz önüne alınarak, bireylerin antropometrik ölçümlerinin ve vücut analizlerinin mesleklere göre dağılımı değerlendirilmiştir. Diyetisyen bireylerin %74.4'ünün ve diğer meslek gruplarındaki bireylerin %59.5'inin BKİ sınıflamasına göre normal grupta yer aldığı saptanmıştır. Meslek ile BKİ arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.6. Bireylerin mesleklerine göre BKİ sınıflaması dağılımları.

BKİ Sınıflaması (kg/m ²)	Diyetisyen (n:39)		Diğer Meslek Grupları (n:42)		Toplam (n:81)		
	S	%	S	%	S	%	p
Zayıf	7	17.9	2	4.8	9	11.1	
Normal	29	74.4	25	59.5	54	66.7	*0.000
Hafif Şişman	3	7.7	7	16.7	10	12.3	
I.Derece Obez	-	-	8	19.0	8	9.9	

*p<0.05 | BKİ: Beden Kütle İndeksi

4.3. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları

Tablo 4.7’de bireylerin mesleklerine göre beslenme alışkanlıklarına ilişkin bulgular gösterilmiştir. Diyetisyen bireylerin %79.5’inin, diğer meslek gruplarındaki bireylerin ise %47.6’sının beslenme düzenine normal seviyede dikkat ettiği belirlenmiştir. Beslenme düzenine dikkat etme durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Diyetisyen bireylerin %51.3’ü, diğer meslek gruplarındaki bireylerin %52.4’ü günde 3 ana öğün tüketmektedir. Diyetisyen bireylerde günde 2 ara öğün yapanlar %46.2 iken diğer meslek gruplarında bu oran %42.8 olarak bulunmuştur.

Diyetisyenlerin %35.9’unun, diğer meslek gruplarının ise %59.5’inin öğün atlama alışkanlığı bulunmakta olup, sırasıyla bireylerin %48.7 ve %31.0’ı bazen öğün atladığını ifade etmiştir. En sık atlanan öğün öğle öğünü (%41.3) olup bu oran diyetisyenlerde %47.6, diğer meslek gruplarında %36.0 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.7. Bireylerin mesleklerine göre beslenme alışkanlıklarının dağılımı.

Beslenme Alışkanlıkları	Diyetisyen (n:39)		Diğer Meslek Grupları (n:42)		Toplam (n:81)		
	S	%	S	%	S	%	p
Beslenme Düzenine Dikkat Etme							
Çok	2	5.1	2	4.8	4	4.9	*0.004
Normal	31	79.5	20	47.6	51	63.0	
Biraz	6	15.4	19	45.2	25	30.9	
Hiç	-	-	1	2.4	1	1.2	
Ana Öğün Sayısı							
1	1	2.6	1	2.4	2	2.5	0.805
2	18	46.2	18	42.8	36	44.4	
3	20	51.3	22	52.4	42	51.9	
4	-	-	1	2.4	1	1.2	
Ara Öğün Sayısı							
Hiç	-	-	2	4.8	2	2.5	0.372
1	10	25.7	12	28.5	22	27.2	
2	24	61.5	19	45.2	43	53.1	
3	3	7.7	7	16.7	10	12.3	
4	2	5.1	2	4.8	4	4.9	
Öğün Atlama Alışkanlığı							
Evet	14	35.9	25	59.5	39	48.2	0.104
Hayır	6	15.4	4	9.5	10	12.3	
Bazen	19	48.7	13	31.0	32	39.5	
Atlanan Öğün							
Kahvaltı	7	16.7	15	30.0	22	23.9	
Öğle	20	47.6	18	36.0	38	41.3	
Akşam	3	7.1	2	4.0	5	5.4	
Ara Öğün	12	28.6	15	30.0	27	29.4	

*p<0.05

4.4. Bireylerin Egzersiz Davranışları

Tablo 4.8’de çalışmaya katılan bireylerin mesleklerine göre egzersiz yapma durumları ve egzersiz yapma amaçları gösterilmiştir. Diyetisyenlerin %46.2’sinin, diğer meslek gruplarının ise %33.3’ünün düzenli olarak egzersiz yapma alışkanlığı olduğu belirlenmiştir. Egzersiz yapma nedenlerinin en yüksek bulunan nedeni sağlıklı yaşam olup bu oran diyetisyenlerde %61.1 diğer meslek gruplarında %57.2’dir.

Tablo 4.8. Bireylerin mesleklerine göre egzersiz davranışlarının dağılımı.

Egzersiz Davranışları	Diyetisyen (n:39)		Diğer Meslek Grupları (n:42)		Toplam (n:81)		
	S	%	S	%	S	%	p
Egzersiz Yapma Durumu							
Evet	18	46.2	14	33.3	32	39.5	0.238
Hayır	21	53.8	28	66.7	49	60.5	
Egzersiz Yapma Nedeni							
Zayıflama	7	38.9	3	21.4	10	31.3	0.145
Sağlıklı Yaşam	11	61.1	8	57.2	19	59.4	
Vücut Geliştirme	-	-	3	21.4	3	9.4	
Aktivite Süresi (dk) $\bar{X} \pm SS$	56.1 $\pm$ 11.18		56.0 $\pm$ 29.36		56.0 $\pm$ 20.74		0.235

Tablo 4.9’da bireylerin yaptıkları egzersiz türü ve sıklıkları belirtilmiştir. Yapılan egzersiz türleri incelendiğinde en fazla yapılan yürüyüş olup her gün yapan bireylerin oranı %88.9, haftada 5-6 kez %49.9, haftada 3-4 kez %33.3, haftada 1-2 kez %21.0 olarak belirlenmiştir. Sık yapılan diğer bir egzersiz türü ise fitness olarak belirlenmiş olup her gün ve haftada 5-6 kez yapan bireylerin oranı %11.1, haftada 3-4 kez %38.1, haftada 1-2 kez %26.2 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.9. Bireylerin haftalık yaptıkları egzersiz türleri ve sıklıkları

Egzersiz Türü	Her Gün		Haftada 5-6 kez		Haftada 3-4 kez		Haftada 1-2 kez	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Yürüyüş	8	88.9	3	49.9	7	33.3	4	21.0
Koşu	-	-	1	16.7	-	-	2	10.5
Fitness	1	11.1	1	16.7	8	38.1	5	26.2
Dans	-	-	-	-	2	9.5	1	5.3
Voleybol-Basketbol vb	-	-	-	-	-	-	1	5.3
Bisiklet	-	-	-	-	2	9.5	-	-
Yüzme	-	-	-	-	-	-	1	5.3
Tenis	-	-	-	-	1	4.8	1	5.3
Pilates	-	-	-	-	1	4.8	1	5.3
Yoga	-	-	-	-	-	-	2	10.5
Okçuluk	-	-	1	16.7	-	-	-	-
İp Atlama	-	-	-	-	-	-	1	5.3

4.5. Bireylerin Ölçek Puanlarına Göre Değerlendirilmesi

Tablo 4.10’da katılımcıların mesleklerine göre SFKE, ORTO-11 ve EBÖ-17’den aldıkları puanın istatistiksel olarak ilişkisi verilmiştir. Diyetisyen bireylerin SFKE’nden aldıkları puan 33.0 ± 6.21 , diğer meslek gruplarındaki bireylerin ise 34.3 ± 8.83 olarak bulunmuştur.

Diyetisyenlerin ORTO-11 puan ortalaması 26.5 ± 4.39 , diğer meslek gruplarındaki bireylerin ise 27.3 ± 5.43 olarak bulunmuştur. Diyetisyenlerde ortorektik olan bireylerin oranı %30.8 iken, diğer meslek gruplarında bu oran %33.3’ür.

Diyetisyenlerin EBÖ-17 puan ortalaması 40.6 ± 11.90 , diğer meslek gruplarındaki bireylerin ise 39.2 ± 15.22 olarak bulunmuştur. Diyetisyenlerin %43.6’sı, diğer meslek gruplarındaki bireylerin ise %45.2’si egzersiz bağımlılığında risk grubu içerisinde. Meslek grupları ve SFKE, ORTO-11, EBÖ-17 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.10. Bireylerin SFKE, ORTO-11 ve EBÖ-17 puan ve sınıflandırmasının mesleklere göre dağılımı

	Diyetisyen (n:39)		Diğer Meslek Grupları (n:42)		Toplam (n:81)		p
	S	%	S	%	S	%	
SFKE ($\bar{X}\pm SS$)	33.0±6.21		35.5±10.64		34.3±8.83		0.254
ORTO-11							
Puan Ortalaması ($\bar{X}\pm SS$)	26.5±4.39		27.3±5.43		26.9±4.94		0.659
ORTO-11							
Ortorektik Olan	12	30.8	15	35.7	27	33.3	0.637
Ortorektik Olmayan	27	69.2	27	64.3	54	66.7	
EBÖ-17							
Puan Ortalaması ($\bar{X}\pm SS$)	40.6±11.90		39.2±15.22		39.9±13.65		0.511
EBÖ-17							
Normal	-	-	3	7.1	3	3.7	0.606
Az riskli	14	35.9	13	31.0	27	33.3	
Risk Grubu	17	43.6	19	45.2	36	44.5	
Bağımlı Grup	7	17.9	5	11.9	12	14.8	
Yüksek Düzeyde Bağımlı Grup	1	2.6	2	4.8	3	3.7	
SFKE: Sosyal Fizik Kaygı Envanteri; ORTO-11: Ortoreksiya Ölçeği-11; EBÖ-17: Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği							

4.6. Bireylerin Diyet ile Enerji, Makro ve Mikro Besin Öğelerini Alım Miktarları

Tablo 4.11’de bireylerin günlük diyetten sağladıkları enerji ve makro besin ögesi alımlarının ortalama, standart sapma, alt ve üst değerlerinin mesleklerine göre dağılımı verilmiştir. Enerji alım ortalamaları diyetisyenlerde 1614.7 ± 599.95 kkal, diğer meslek gruplarındaki bireylerde 1911.1 ± 745.46 kkal olarak bulunmuş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Bireylerin günlük diyet ile karbonhidrat alımları değerlendirildiğinde; diyetisyenlerin 179.9 ± 85.31 g, diğer meslek gruplarındaki bireylerin ise 193.7 ± 92.36 g karbonhidrat aldığı görülmüştür. Toplam enerjiden gelen sükroz yüzdelere bakıldığında ise diyetisyenlerde $\%8.2 \pm 4.29$, diğer meslek gruplarında $\%9.9 \pm 4.45$ olarak bulunmuş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Bireylerin günlük diyetlerinden aldıkları posa miktarı incelendiğinde; diyetisyenlerde ortalama günlük posa alımı 27.9 ± 12.18 g, diğer meslek gruplarındaki bireylerde ise 26.9 ± 11.61 g olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Bireylerin günlük diyet ile aldıkları toplam protein miktarı ve enerjinin proteinden gelen yüzdesi incelendiğinde; diyetisyenlerde ortalama 70.0 ± 27.11 g ve $\%17.8 \pm 3.74$ iken, diğer meslek gruplarındaki bireylerde ortalama 76.6 ± 28.46 g ve $\%16.8 \pm 3.59$ olarak bulunmuştur.

Bireylerin günlük yağ alımları; diyetisyenler ve diğer meslek gruplarındaki bireylerin sırasıyla 68.5 ± 26.94 g ve 91.4 ± 39.10 g olarak saptanmış olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Tekli doymamış yağ asit alımının günlük ortalama değeri diyetisyenlerde 23.8 ± 9.56 g, diğer meslek gruplarındaki bireylerde 31.4 ± 12.66 g olarak belirlenmiştir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Günlük doymuş yağ asit alım ortalamaları değerlendirildiğinde; diyetisyenlerde 27.2 ± 13.03 g iken, diğer meslek gruplarındaki bireylerde 40.2 ± 18.35 g olarak bulunmuş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. Diyetle günlük kolesterol alım düzeylerinin ortalama değeri diyetisyenlerde 312.4 ± 217.24 mg, diğer meslek gruplarındaki bireylerde 425.2 ± 209.51 mg olarak bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Tablo 4.11. Bireylerin günlük diyetle enerji ve makro besin ögesi alımlarının ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri.

Enerji ve Makro Besin Ögeleri	Diyetisyen (n:39)			Diğer Meslek Grupları (n:42)			P
	$\bar{X} \pm SS$	Alt	Üst	$\bar{X} \pm SS$	Alt	Üst	
Enerji (kkal)	1614.7±599.95	804.9	3091.7	1911.1±745.46	816.6	3830.0	*0.041
Karbonhidrat (g)	179.9±85.31	62.9	445.6	193.7±92.36	52.2	447.9	0.552
Karbonhidrat (%)	44.4±8.62	28.0	59.0	40.6±9.31	24.0	61.0	0.780
Sükroz (%)	8.2±4.29	3.7	26.9	9.9±4.45	2.9	24.2	*0.028
Diyet posası (g)	27.9±12.18	11.7	60.2	26.9±11.61	7.9	58.4	0.932
Protein (g)	70.0±27.11	35.0	178.5	76.6±28.46	29.3	139.1	0.209
Protein (%)	17.8±3.74	11.0	26.0	16.8±3.59	11.0	25.0	0.290
Protein (g/kg VA)	1.2±0.44	0.5	2.7	1.1±0.42	0.3	2.4	0.475
Yağ (g)	68.5±26.94	37.2	135.8	91.4±39.10	31.1	220.9	*0.002
Yağ (%)	37.7±6.88	23.0	53.0	42.4±7.86	27.0	57.0	*0.008
Tekli doymamış yağ asitleri (g)	23.8±9.56	10.6	48.9	31.4±12.66	11.1	75.5	*0.001
Çoklu doymamış yağ asitleri (g)	12.7±5.30	3.5	29.9	13.82±8.17	4.6	49.6	0.895
Doymuş yağ asitleri (g)	27.2±13.03	12.7	66.6	40.2±18.35	12.6	87.8	*0.000
Kolesterol (mg)	312.4±217.24	112.9	1370.8	425.2±209.51	126.7	1171.5	*0.001

*p<0.05

Tablo 4.12’de bireylerin günlük mikro besin ögesi alımlarının ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri ile referans değerleri karşılama yüzdeleri verilmiştir.

Bireylerin günlük vitamin alımları değerlendirildiğinde; A vitamini alım ortalaması diyetisyenlerde 1323.9 ± 698.93 mcg iken, diğer meslek gruplarındaki bireylerde 1430.1 ± 506.3 mcg olarak saptanmıştır. C vitamini alım ortalaması diyetisyenlerde 115.2 ± 66.9 mg, diğer meslek gruplarındaki bireylerde 104.5 ± 51.12 mg olarak belirlenmiştir. E vitaminini diyetisyenler günlük ortalama 11.5 ± 5.04 mg alırken, diğer meslek gruplarındaki bireyler 11.8 ± 5.39 mg almaktadır. K vitaminini diyetisyenler günlük ortalama 220.5 ± 107.96 mg, diğer meslek gruplarındaki bireyler ise 222.6 ± 78.40 mg almaktadır.

Bireylerin B grubu vitamin alım ortalamalarına bakıldığında; diyetisyen ve diğer meslek gruplarındaki bireylerde sırasıyla tiamin 0.9 ± 0.31 mg ve 0.9 ± 0.35 mg, riboflavin 1.6 ± 0.65 mg ve 1.9 ± 0.74 mg, niasin 23.3 ± 9.08 mg ve 24.5 ± 8.33 mg, B₆ vitamini 1.4 ± 0.58 mg ve 1.4 ± 0.48 mg, folat 255.6 ± 88.93 mcg ve 271.4 ± 97.91 mcg ve B₁₂ vitamini 4.2 ± 2.72 mcg ve 5.3 ± 2.33 mcg olarak belirlenmiş olup B₁₂ alımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Bireylerin günlük mineral alımları incelendiğinde; potasyum alım ortalaması diyetisyenlerde 2578.8 ± 1062.09 mg iken, diğer meslek gruplarındaki bireylerde 2685.0 ± 926.30 mg olarak bulunmuştur. Kalsiyum alım ortalaması diyetisyen ve diğer meslek gruplarındaki bireylerde sırasıyla 951.8 ± 428.81 mg ve 1167.0 ± 500.79 mg’dır ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Diyetisyenlerde magnezyum alım ortalaması 302.5 ± 121.80 mg, diğer meslek gruplarındaki bireylerde 324.3 ± 128.14 mg olarak saptanmıştır. Diyetisyen ve diğer meslek gruplarındaki bireylerde fosfor alım ortalaması sırasıyla 1355.2 ± 522.96 mg ve 1568.1 ± 611.84 mg, demir alım ortalaması 10.5 ± 3.95 mg ve 10.8 ± 4.05 mg, çinko alım ortalaması 9.3 ± 3.5 mg ve 10.4 ± 3.86 mg olarak bulunmuştur.

Bireylerin günlük vitamin ve mineral alımları Diyetle Referans Alım Düzeyi (DRI) (103) ile karşılaştırılmıştır. Bireylerde (diyetisyen-diğer meslek grupları) diyetle A vitamini alımının %189.1- %204.3; C vitamini alımının %153.6-%139.3; E vitamini alımının %76.6-%78.6; K vitamini alımının %245-%247.3; tiamin alımının %81.8-%81.8; riboflavin alımının %145.4-%172.7; niasin alımının %166.4-%175.0; B₆ vitamini alımının %107.6-%107.6; folat alımının %63.9-%67.8; B₁₂ vitamini alımının %175.0-%220.8

karşılandığı saptanmıştır. Diyetle potasyum alımları %99.1-%103.2; kalsiyum alımları %95.1-%116.7; magnezyum alımları %97.5-%104.6; fosfor alımları %294.3-%226.8; demir alımları %117.5-%84.5 ve çinko alımları %116.2-%130 karşılanmıştır.



Tablo 4.12. Bireylerin günlük mikro besin ögesi alımlarının ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri ile referans değerleri karşılama (DRI) yüzdeleri.

	Diyetisyen (n:39)				Diğer Meslek Grupları (n:42)				
	$\bar{X} \pm SS$	Alt	Üst	DRI %	$\bar{X} \pm SS$	Alt	Üst	DRI %	p
A vitamini (mcg)	1323.9±698.93	452.5	3473.7	189.1	1430.1±506.3	558.2	2294.7	204.3	0.106
C vitamini (mg)	115.2±66.9	36.3	331.3	153.6	104.5±51.12	28.6	286.2	139.3	0.762
E vitamini (mg)	11.5±5.04	4.3	28.9	76.6	11.8±5.39	4.7	35.3	78.6	0.884
B₁ vitamini (mg)	0.9±0.31	0.5	1.5	81.8	0.9±0.35	0.4	1.7	81.8	0.783
B₂ vitamini (mg)	1.6±0.65	0.7	4.4	145.4	1.9±0.74	0.8	3.5	172.7	0.070
Niasin (mg)	23.3±9.08	10.8	55.7	166.4	24.5±8.33	10.5	40.9	175.0	0.427
B₆ vitamini (mg)	1.4±0.58	0.5	3.0	107.6	1.4±0.48	0.6	2.6	107.6	0.507
Folat (mcg)	255.6±88.93	137.7	496.0	63.9	271.4±97.91	122.2	444.6	67.8	0.412
B₁₂ vitamini (mcg)	4.2±2.72	1.2	17.9	175.0	5.3±2.33	2.1	12.8	220.8	*0.011
K vitamini (mg)	220.5±107.96	74.3	507.1	245	222.6±78.40	91.6	392.1	247.3	0.427
Potasyum (mg)	2578.8±1062.09	1106.1	5943.5	99.1	2685.0±926.30	1041.8	4706.9	103.2	0.385
Kalsiyum (mg)	951.8±428.81	311.8	2707.1	95.1	1167.0±500.79	459.8	2214.7	116.7	*0.049
Fosfor (mg)	1355.2±522.96	617.6	3382.6	193.6	1568.1±611.84	702.0	3015.5	224.0	0.114
Magnezyum (mg)	302.5±121.80	134.5	621.2	97.5	324.3±128.14	140.4	724.1	104.6	0.408
Demir (mg)	10.5±3.95	4.8	20.3	58.3	10.8±4.05	4.8	21.3	60.0	0.795
Çinko (mg)	9.3±3.5	5.1	22.5	116.2	10.4±3.86	4.5	18.4	130	0.190

4.7. Bireylerin Sosyal Fizik Kaygısı, Ortoreksiya Nervoza ve Egzersiz Bağımlılığı Eğilimleri ile Antropometrik Ölçümleri, Beslenme Durumları ve Egzersiz Davranışlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.13'te bireylerin ortoreksiya nervoza ve egzersiz bağımlılığı durumlarına göre antropometrik ölçümleri ve yaşlarının ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Ortorektik olan diyetisyen bireylerin BKİ ortalaması 22.9 ± 3.52 kg/m² iken, ortorektik olmayanların 20.6 ± 2.18 kg/m² bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Diğer meslek gruplarındaki bireylerde ortorektik bireylerin BKİ ortalaması 26.9 ± 4.74 , ortorektik olmayan bireylerin BKİ ortalaması 22.6 ± 3.45 olup bu değer istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Ortorektik olan diyetisyen bireylerin yaş ortalaması 30.1 ± 12.18 yıl iken, ortorektik olmayan bireylerin yaş ortalaması 25.1 ± 6.95 yıl olarak bulunup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Diğer meslek gruplarında ortorektik olan bireylerin yaş ortalaması 39.1 ± 15.17 yıl, ortorektik olmayan bireylerin yaş ortalaması ise 30.5 ± 7.53 olarak saptanmış olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Egzersiz bağımlılığı gruplarında az riskli olan aralıkta olan diyetisyenlerin BKİ ortalaması 20.8 ± 2.07 kg/m², riskli olan bireylerin 20.6 ± 2.57 kg/m², bağımlı olan bireylerin 23.9 ± 3.68 kg/m², yüksek düzeyde bağımlı olan bireylerin 21.4 ± 0.00 kg/m² olarak saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Diğer meslek gruplarındaki bireylere bakıldığında; normal gruptaki bireylerin BKİ ortalamaları 25.5 ± 5.95 kg/m², az riskli 23.4 ± 5.24 kg/m², riskli 24.7 ± 3.70 kg/m², bağımlı 23.0 ± 5.49 kg/m² ve yüksek düzeyde bağımlı 23.7 ± 3.75 kg/m² olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Egzersiz bağımlılığı gruplarında diyetisyenlerde az riskli aralıkta olan bireylerin yaş ortalaması 24.0 ± 3.04 yıl, riskli 29.6 ± 12.82 yıl, bağımlı 25.2 ± 3.59 yıl, yüksek düzeyde bağımlı 23.0 ± 0.00 yıl olarak bulunmuş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Diğer meslek gruplarındaki bireylerde ise normal aralıkta bulunan bireylerin yaş ortalaması 30.6 ± 5.77 yıl, az riskli 34.2 ± 14.03 yıl, riskli 34.8 ± 11.34 yıl, bağımlı 32.6 ± 10.18 yıl, yüksek düzeyde bağımlı 24.0 ± 0.00 yıl olarak bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.13. Bireylerin ortoreksiya nervoza ve egzersiz bağımlılığı durumlarına göre BKİ ve yaş ortalamalarının değerlendirilmesi

		Ortoreksiya Nervoza			Egzersiz Bağımlılığı					
		Ortorektik	Ortorektik olmayan	p ₁	Normal	Az Riskli	Riskli	Bağımlı	Yüksek Düzeyde Bağımlı	p ₂
Diyetisyen (n:39)	BKİ (kg/m ²)	22.9±3.52	20.6±2.18	*0.030	-	20.8±2.07	20.6±2.57	23.9±3.68	21.4±0.00	0.317
	Yaş (yıl)	30.1±12.18	25.1±6.95	*0.070	-	24.0±3.04	29.6±12.82	25.2±3.59	23.0±0.00	0.215
Diğer Meslek Grupları (n:42)	BKİ (kg/m ²)	26.9±4.74	22.6±3.45	*0.005	25.5±5.95	23.4±5.24	24.7±3.70	23.0±5.49	23.7±3.75	0.713
	Yaş (yıl)	39.1±15.17	30.5±7.53	0.132	30.6±5.77	34.2±14.03	34.8±11.34	32.6±10.18	24.0±0.00	0.596

*p<0.05, p₁ : Ortoreksiya nervoza durumuna göre istatistik, p₂ : Egzersiz bağımlılığı durumuna göre istatistik | BKİ: Beden Kütle İndeksi

Tablo 4.14'te diyetisyen ve diğ er meslek gruplarındaki bireylerin günlük diyetle enerji ve besin ögesi alımlarının ortoreksiya nervoza düzeyine göre dağılımı incelenmiştir. Bireylerin enerji alımları incelendiğinde ortorektik olan diyetisyenlerin enerji alımı 1447.7 ± 582.74 kkal ortorektik olmayanların ise 1688.9 ± 603.15 kkal olarak bulunmuştur. Diğ er meslek gruplarındaki bireylerin ise bu değerle sırasıyla 1991.0 ± 757.30 ve 1866.7 ± 749.51 kkal olarak belirlenmiştir.

Diyetle alınan enerji ve besin ögeleri alımları ile ortoreksiya nervoza arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$).



Tablo 4.14. Diyetisyen ve diğer meslek gruplarındaki bireylerin günlük diyetle enerji ve besin ögesi alımlarının ortoreksiya nervoza eğilimine göre dağılımı.

Enerji ve Besin Öğeleri	Diyetisyen (n:39)			Diğer Meslek Grupları (n:42)		
	Ortoreksiya Nervoza			Ortoreksiya Nervoza		
	Ortorektik (n:12)	Ortorektik Olmayan (n:27)	p	Ortorektik (n:15)	Ortorektik Olmayan (n:27)	p
Enerji (kkal)	1447.7±582.74	1688.9±603.15	0.188	1991.0±757.30	1866.7±749.51	0.555
Karbonhidrat (g)	156.0±81.68	190.4±86.24	0.142	198.7±94.85	190.9±92.66	0.803
Diyet posası (g)	25.9±10.68	28.8±12.87	0.620	28.6±19.16	26.0±12.84	0.520
Protein (g)	65.4±18.07	72.1±30.35	0.642	79.0±24.69	75.3±30.72	0.408
Yağ (g)	62.7±24.76	71.1±27.90	0.343	97.4±35.92	88.0±41.02	0.325
Sükroz (g)	29.6±22.24	38.7±38.88	0.461	55.0±37.89	47.0±37.87	0.660
Tekli doymamış yağ asitleri (g)	21.8±8.03	24.7±10.19	0.408	33.3±11.19	30.3±13.49	0.358
Çoklu doymamış yağ asitleri (g)	11.6±4.12	13.2±5.74	0.408	13.6±5.55	13.9±9.42	0.486
Doymuş yağ asitleri (g)	24.8±13.68	28.3±1.85	0.221	44.2±19.69	37.9±17.54	0.288
Kolesterol (mg)	331.7±169.16	303.8±237.94	0.964	425.3±141.98	425.1±241.58	0.423

Tablo 4.14. (Devam) Diyetisyen ve diğer meslek gruplarındaki bireylerin günlük diyetle enerji ve besin ögesi alımlarının ortoreksiya nervoza eğilimine göre dağılımı

Enerji ve Besin Öğeleri	Diyetisyen (n:39)			Diğer Meslek Grupları (n:42)		
	Ortoreksiya Nervoza			Ortoreksiya Nervoza		
	Ortorektik (n:12)	Ortorektik Olmayan (n:27)	p	Ortorektik (n:15)	Ortorektik Olmayan (n:27)	p
A vitamini (mcg)	1307.3±745.43	1331.3±691.88	0.776	1515.3±385.76	1382.7±563.58	0.365
C vitamini (mg)	105.0±45.00	119.8±74.93	0.408	108.3±30.53	102.4±60.05	0.300
E vitamini (mg)	10.3±3.71	12.1±5.51	0.408	11.5±3.08	12.0±6.37	0.813
K vitamini (mg)	218.5±102.34	221.4±112.25	0.822	223.8±57.12	222.0±89.08	0.763
B₁ vitamini (mg)	0.8±0.28	0.9±0.32	0.408	0.9±0.25	0.9±0.39	0.968
B₂ vitamini (mg)	1.5±0.42	1.6±0.73	0.730	2.0±0.66	1.8±0.80	0.415
Niasin (mg)	21.8±6.27	24.0±10.11	0.730	24.9±7.15	24.3±9.04	0.637
B₆ vitamini (mg)	1.3±0.40	1.4±0.65	0.799	1.4±0.35	1.4±0.55	0.693
Folat (mcg)	233.1±75.62	265.7±93.81	0.327	277.2±69.88	268.1±111.61	0.703
B₁₂ vitamini (mcg)	4.2±1.19	4.3±3.20	0.408	5.2±1.82	5.4±2.60	0.823
Potasyum (mg)	2379.1±751.84	2667.6±1175.98	0.663	2756.5±682.39	2645.3±1047.73	0.503
Kalsiyum (mg)	887.3±271.24	980.5±484.61	0.685	1263.2±458.84	1114.1±523.33	0.203
Fosfor (mg)	1291.3±395.55	1383.6±575.14	0.893	1649.0±526.53	1523.2±659.68	0.338
Magnezyum (mg)	283.5±104.64	311.0±129.65	0.620	336.8±98.09	317.3±143.43	0.288
Demir (mg)	9.7±3.08	10.9±4.28	0.578	10.9±3.31	10.7±4.47	0.783
Çinko (mg)	8.5±2.31	9.7±3.91	0.443	10.7±3.46	10.3±4.12	0.646

Tablo 4.15'te diyetisyenlerin egzersiz bağımlılığı ve enerji-makro besin öğeleri arasındaki ilişkiye yer verilmiştir.

Diyetisyenlerin enerji ve makro besin ögesi alımlarının egzersiz bağımlılığı durumlarına göre incelemesine bakıldığında; enerji alımları az riskli grupta 1704.8 ± 585.76 , riskli grupta 1565.4 ± 543.65 , bağımlı grupta 1427.3 ± 741.06 ve yüksek düzeyde bağımlı grupta 2505.0 ± 0.00 kkal olarak bulunmuştur.

Karbonhidrat alımları az riskli grupta 203.5 ± 76.14 , riskli grupta 166.8 ± 90.39 , bağımlı grupta 156.6 ± 93.92 , yüksek düzeyde bağımlı grupta 2505.0 ± 0.00 g olarak bulunmuştur. Sükroz alımları az riskli grupta 67.4 ± 27.34 , riskli grupta 69.6 ± 22.43 , bağımlı grupta 60.8 ± 33.18 ve yüksek düzeyde bağımlı grupta 121.0 ± 0.00 g olarak belirlenmiştir. Diyet posası alımları az riskli grupta 35.5 ± 18.35 , riskli grupta 38.2 ± 47.31 , bağımlı grupta 30.5 ± 28.68 ve yüksek düzeyde bağımlı grupta 40.9 ± 0.00 g olarak belirlenmiştir.

Protein alımları az riskli grupta 28.4 ± 12.99 , riskli grupta 27.0 ± 12.16 , bağımlı grupta 29.6 ± 13.20 ve yüksek düzeyde bağımlı grupta 27.1 ± 0.00 olarak bulunmuştur.

Yağ alımları az riskli grupta 72.5 ± 37.07 , riskli grupta 68.2 ± 17.70 , bağımlı grupta 63.8 ± 21.50 ve yüksek düzeyde bağımlı grupta 113.3 ± 0.00 g olarak belirlenmiştir. Tekli doymamış yağ alımları az riskli grupta 23.7 ± 8.96 , riskli grupta 24.2 ± 8.91 , bağımlı grupta 20.6 ± 10.59 , yüksek düzeyde bağımlı grupta 44.3 ± 0.00 g olarak belirlenmiştir. Çoklu doymamış yağ alımları az riskli grupta 12.8 ± 5.18 , riskli grupta 13.2 ± 5.75 , bağımlı grupta 11.3 ± 5.21 ve yüksek düzeyde bağımlı grupta 15.8 ± 0.00 g olarak bulunmuştur. Doymuş yağ asitleri alımına bakıldığında az riskli grupta 26.2 ± 13.55 , riskli grupta 27.7 ± 8.79 , bağımlı grupta 24.7 ± 18.62 ve yüksek düzeyde bağımlı grupta 53.5 ± 0.00 olarak bulunmuştur. Diyetle alınan kolesterol miktarı normal grupta 488.8 ± 149.93 , az riskli grupta 421.8 ± 312.64 , riskli grupta 444.8 ± 129.26 , bağımlı grupta 286.6 ± 138.51 ve yüksek düzeyde bağımlı grupta 513.5 ± 270.40 mg olarak bulunmuştur. Diyetle alınan kolesterol miktarı az riskli grupta 329.2 ± 308.88 , riskli grupta 279.2 ± 126.66 , bağımlı grupta 348.5 ± 207.57 ve yüksek düzeyde bağımlı grupta 390.0 ± 0.00 mg olarak bulunmuştur.

Diyetisyenlerde enerji ve makro besin öğeleri ile egzersiz bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.15. Diyetisyenlerin egzersiz bağımlılığı durumlarına göre enerji ve makro besin ögesi alımları.

Enerji ve Besin Öğeleri	Egzersiz bağımlılığı				
	Az riskli (n:14)	Riskli (n:17)	Bağımlı (n:7)	Yüksek düzeyde bağımlı (n:1)	p
Enerji (kkal)	1704.8±585.76	1565.4±543.65	1427.3±741.06	2505.0±0.00	0.275
Karbonhidrat (g)	203.5±76.14	166.8±90.39	156.6±93.92	235.7±0.00	0.207
Diyet posası (g)	35.5±18.35	38.2±47.31	30.5±28.68	40.9±0.00	0.471
Protein (g)	28.4±12.99	27.0±12.16	29.6±13.20	27.1±0.00	0.940
Yağ (g)	72.5±37.07	68.2±17.70	63.8±21.50	113.3±0.00	0.403
Sükroz (g)	67.4±27.34	69.6±22.43	60.8±33.18	121.0±0.00	0.222
Tekli doymamış yağ asitleri (g)	23.7±8.96	24.2±8.91	20.6±10.59	44.3±0.00	0.207
Çoklu doymamış yağ asitleri (g)	12.8±5.18	13.2±5.75	11.3±5.21	15.8±0.00	0.719
Doymuş yağ asitleri (g)	26.2±13.55	27.7±8.79	24.7±18.62	53.5±0.00	0.081
Kolesterol (mg)	329.2±308.88	279.2±126.66	348.5±207.57	390.0±0.00	0.487

4.16'da diğer meslek gruplarındaki bireylerin egzersiz bağımlılığı ve enerji-makro besin öğeleri arasındaki ilişkiye yer verilmiştir.

Diğer meslek gruplarındaki bireylerin enerji ve makro besin ögesi alımlarının egzersiz bağımlılığı durumlarına göre incelemesine bakıldığında; enerji alımları normal olan grupta 2762.7 ± 892.92 , az riskli grupta 1879.8 ± 854.72 , riskli grupta 1924.6 ± 632.54 , bağımlı grupta 1452.6 ± 649.43 ve yüksek düzeyde bağımlı grupta 1855.3 ± 533.79 kkal olarak bulunmuştur. Karbonhidrat alımları normal grupta 322.8 ± 129.94 , az riskli grupta 185.9 ± 95.96 , riskli grupta 191.2 ± 82.91 , bağımlı grupta 155.5 ± 75.02 , yüksek düzeyde bağımlı grupta 170.7 ± 2.40 g olarak bulunmuştur. Sükroz alımları normal grupta 120.3 ± 35.77 , az riskli grupta 94.3 ± 48.36 , riskli grupta 92.1 ± 32.90 , bağımlı grupta 67.0 ± 37.24 ve yüksek düzeyde bağımlı grupta 84.0 ± 36.27 g olarak belirlenmiştir. Diyet posası alımları normal grupta 114.4 ± 93.25 , az riskli grupta 46.0 ± 23.55 , riskli grupta 43.1 ± 26.93 , bağımlı grupta 52.6 ± 40.72 ve yüksek düzeyde bağımlı grupta 36.4 ± 17.11 g olarak belirlenmiştir.

Protein alımları normal grupta 25.0 ± 13.85 , az riskli grupta 26.1 ± 13.27 , riskli grupta 30.1 ± 10.88 , bağımlı grupta 20.9 ± 4.68 ve yüksek düzeyde bağımlı grupta 21.2 ± 18.81 olarak bulunmuştur.

Yağ alımları normal grupta 91.2 ± 34.05 , az riskli grupta 71.2 ± 33.31 , riskli grupta 82.6 ± 21.41 , bağımlı grupta 53.1 ± 14.74 ve yüksek düzeyde bağımlı grupta 93.3 ± 58.69 g olarak belirlenmiştir. Tekli doymamış yağ alımları normal grupta 40.7 ± 10.82 , az riskli grupta 32.7 ± 16.00 , riskli grupta 31.4 ± 9.62 , bağımlı grupta 24.4 ± 15.18 , yüksek düzeyde bağımlı grupta 27.1 ± 10.89 g olarak belirlenmiştir. Çoklu doymamış yağ asitleri alımları normal grupta 10.9 ± 2.69 , az riskli grupta 16.0 ± 12.03 , riskli grupta 14.7 ± 5.85 , bağımlı grupta 8.0 ± 1.94 ve yüksek düzeyde bağımlı grupta 9.8 ± 7.35 g olarak bulunmuştur. Doymuş yağ asitleri alımına bakıldığında normal grupta 61.2 ± 21.44 , az riskli grupta 39.4 ± 18.37 , riskli grupta 39.9 ± 17.26 , bağımlı grupta 30.5 ± 18.94 ve yüksek düzeyde bağımlı grupta 42.1 ± 15.20 olarak bulunmuştur. Diyetle alınan kolesterol miktarı normal grupta 488.8 ± 149.93 , az riskli grupta 421.8 ± 312.64 , riskli grupta 444.8 ± 129.26 , bağımlı grupta 286.6 ± 138.51 ve yüksek düzeyde bağımlı grupta 513.5 ± 270.40 mg olarak bulunmuştur.

Diğer meslek gruplarındaki bireylerde enerji ve makro besin öğeleri ile egzersiz bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.16. Diğer meslek gruplarındaki bireylerin egzersiz bağımlılığı durumlarına göre enerji ve makro besin ögesi alımları.

Enerji ve Besin Öğeleri	Egzersiz Bağımlılığı					p
	Normal (n:3)	Az riskli (n:13)	Riskli (n:19)	Bağımlı (n:5)	Yüksek düzeyde bağımlı (n:2)	
Enerji (kkal)	2762.7±892.92	1879.8±854.72	1924.6±632.54	1452.6±649.43	1855.3±533.79	0.261
Karbonhidrat (g)	322.8±129.94	185.9±95.96	191.2±82.91	155.5±75.02	170.7±2.40	0.273
Diyet posası (g)	114.4±93.25	46.0±23.55	43.1±26.93	52.6±40.72	36.4±17.11	0.704
Protein (g)	25.0±13.85	26.1±13.27	30.1±10.88	20.9±4.68	21.2±18.81	0.468
Yağ (g)	91.2±34.05	71.2±33.31	82.6±21.41	53.1±14.74	93.3±58.69	0.146
Sükroz (g)	120.3±35.77	94.3±48.36	92.1±32.90	67.0±37.24	84.0±36.27	0.348
Tekli doymamış yağ asitleri (g)	40.7±10.82	32.7±16.00	31.4±9.62	24.4±15.18	27.1±10.89	0.420
Çoklu doymamış yağ asitleri (g)	10.9±2.69	16.0±12.03	14.7±5.85	8.0±1.94	9.8±7.35	0.118
Doymuş yağ asitleri (g)	61.2±21.44	39.4±18.37	39.9±17.26	30.5±18.94	42.1±15.20	0.318
Kolesterol (mg)	488.8±149.93	421.8±312.64	444.8±129.26	286.6±138.51	513.5±270.40	0.280

Tablo 4.17’de sosyal fizik kaygı durumu ve enerji-makro besin ögesi arasındaki korelasyon incelenmiştir.

Diyetisyenlerin enerji, besin ögesi alımları ile SFKE arasındaki korelasyona bakıldığında; enerji, karbonhidrat, posa, protein, sükroz ve çoklu doymamış yağ asidi alımları ile sosyal fizik kaygısı envanteri arasında negatif yönlü ilişki görülürken bu korelasyon istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.17. Diyetisyenlerin enerji ve bazı besin ögesi alımları ile SFKE arasındaki ilişki

	SFKE	
	r	p
Enerji	-0.114	0.491
Karbonhidrat	-0.184	0.262
Sükroz	-0.201	0.221
Posa	-0.108	0.512
Protein	-0.065	0.694
Yağ	0.054	0.746
Tekli doymamış yağ asitleri	0.157	0.340
Çoklu doymamış yağ asitleri	-0.098	0.552
Doymuş yağ asitleri	0.016	0.924
Kolesterol	-0.028	0.867

SFKE: Sosyal Fizik Kaygı Envanteri

Diğer meslek grubundaki bireylerin enerji ve besin öğeleri alımları ile SFKE karşılaştırıldığında bireylerin çoklu doymamış yağ asitleri ile ölçeğin puanları arasında zayıf pozitif yönlü bir korelasyon ($r=0.371$) olduğu görülmektedir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.18. Diğer meslek grubundaki bireylerin enerji ve bazı besin öğesi alımları ile SFKE arasındaki ilişki.

	SFKE	
	r	p
Enerji	0.251	0.109
Karbonhidrat	0.198	0.209
Sükroz	0.208	0.186
Posa	0.139	0.381
Protein	0.213	0.175
Yağ	0.204	0.196
Tekli doymamış yağ asitleri	0.168	0.289
Çoklu doymamış yağ asitleri	0.371	0.016*
Doymuş yağ asitleri	0.115	0.470
Kolesterol	0.165	0.296

* $p<0.05$ | SFKE: Sosyal Fizik Kaygı Envanteri

Tablo 4.19’da sosyal fizik kaygı durumuna etkili olabilecek bazı değişkenler ile SFKE puanı ilişkisi incelenmiştir.

Bireylerin yaş gruplarına göre SFKE puanları incelendiğinde; 22-27 yaş arasında 33.0 ± 8.01 , 28-33 yaş arasında 28.8 ± 9.25 , 34-39 yaş arasında 35.0 ± 12.72 , 40-45 yaş arasında 42.8 ± 9.19 , 46 ve üzeri yaşta 38.6 ± 4.5 bulunmuş olup bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Bireylerin BKİ VE SFKE puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; zayıf olan grupta 28.7 ± 4.91 , normal grupta 33.7 ± 7.91 , hafif şişman grupta 34.2 ± 9.61 , I.derece obez grupta 45.0 ± 9.98 olarak saptanmış ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Medeni durum ve SFKE puanları incelendiğinde; evli olan bireylerin SFKE puan ortalaması 39.9 ± 8.34 , bekar olan bireylerin 32.6 ± 8.31 olarak bulunmuş olup, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Bireylerin çalışma durumları ve SFKE puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; aktif olarak çalışan bireylerin SFKE puan ortalaması 33.3 ± 8.93 , çalışmayan grubun ise 35.2 ± 8.75 olarak bulunmuş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Sağlıklı olduğunu düşünme durumu ile SFKE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; sağlıklı olduğunu düşünen bireylerin puan ortalaması 33.2 ± 8.99 , sağlıklı olduğunu düşünmeyen bireylerin 32.2 ± 14.68 ve sağlıklı olduğundan emin olmayan bireylerin ise 36.8 ± 6.85 olarak bulunmuş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Bireylerin ağırlık memnuniyeti ve SFKE puanları incelendiğinde; ağırlığından memnun olan bireylerin puan ortalaması 31.1 ± 5.92 , olmayanların 36.7 ± 10.31 , emin olmayanların ise 35.7 ± 7.96 olarak bulunmuş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Egzersiz yapma durumu ve SFKE puanları incelendiğinde; düzenli egzersiz yapanların puan ortalaması 33.7 ± 5.82 , yapmayanların ise 34.7 ± 10.38 olarak bulunmuş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 4.19. Bazı bireysel özellikler ile sosyal fizik kaygısı arasındaki ilişki.

	SFKE	p
Yaş Grupları		
22-27	33.0±8.01	*0.031
28-33	28.8±9.25	
34-39	35.0±12.72	
40-45	42.8±9.19	
46 ve üzeri	38.6±4.5	
BKİ Grup		
Zayıf	28.7±4.91	*0.004
Normal	33.7±7.91	
Hafif Şişman	34.2±9.61	
I.Derece Obez	45.0±9.98	
Medeni Durum		
Evli	39.9±8.34	*0.003
Bekar	32.6±8.31	
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	33.3±8.93	0.452
Çalışmıyor	35.2±8.75	
Sağlıklı Olduğunu Düşünme		
Evet	33.2±8.99	0.061
Hayır	32.2±14.68	
Emin Değilim	36.8±6.85	
Ağırlık Memnuniyeti		
Evet	31.1±5.92	*0.011
Hayır	36.7±10.31	
Emin Değilim	35.7±7.96	
Egzersiz Yapma Durumu		
Evet	33.7±5.82	0.761
Hayır	34.7±10.38	

*p<0.05 | SFKE: Sosyal Fizik Kaygı Envanteri; BKİ: Beden Kütle İndeksi

Tablo 4.20’de egzersiz bağımlılığına etkisi olabilecek fiziksel aktivite ile ilgili değişkenlerin mesleklere göre incelemesi verilmiştir. Düzenli fiziksel aktivite yapan diyetisyenlerin %61.0’i riskli, %27.8’i bağımlı %5.6’sı yüksek düzeyde bağımlı gruptadır. Diğer meslek gruplarındaki bireylerin ise %57.1’i riskli, %21.4’ü bağımlı grupta yer almaktadır. Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu ile egzersiz bağımlılığı arasında her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Fiziksel aktivite yapma nedeni ve egzersiz bağımlılığı arasındaki ilişki incelendiğinde; diyetisyenlerde zayıflama amaçlı fiziksel aktivite yapan bireylerin %71.4’ü, sağlıklı yaşam için fiziksel aktivite yapanların ise %54.5’i riskli gruptadır. Diğer meslek gruplarında ki bireylerde zayıflama amaçlı fiziksel aktivite yapan bireylerin %100’ü, sağlıklı yaşam için fiziksel aktivite yapanların %50’si riskli gruptadır. Fiziksel aktivite yapma nedeni ile egzersiz bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.20. Bireylerin bazı fiziksel aktiviteye ilişkin durumlarına göre egzersiz bağımlılığı durum dağılımları

		Egzersiz Bağımlılığı**												p
		Normal		Az riskli		Riskli		Bağımlı		Yüksek Düzeyde Bağımlı		Toplam		
		S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	
Diyetisyen (n:39)	Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma Durumu													
	Evet	-	-	1	5.6	11	61.0	5	27.8	1	5.6	18	46.2	*0.000
	Hayır	-	-	13	61.9	6	28.6	2	9.5	-	-	21	53.8	
	Fiziksel Aktivite Yapma Nedeni													
	Zayıflama	-	-	-	-	5	71.4	2	28.6	-	-	7	38.9	0.822
	Sağlıklı Yaşam	-	-	1	9.1	6	54.5	3	27.3	1	9.1	11	61.1	
Diğer Meslek Grupları	Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma Durumu													
	Evet	-	-	1	7.1	8	57.1	3	21.4	-	-	14	33.3	*0.001
	Hayır	3	10.7	12	42.9	11	39.3	2	7.1	-	-	28	66.7	
	Fiziksel Aktivite Yapma Nedeni													
	Zayıflama	-	-	-	-	3	100.0	-	-	-	-	3	21.4	
	Sağlıklı Yaşam	-	-	1	12.5	4	50.0	2	25.0	1	12.5	8	57.2	0.158
	Vücut Geliştirme	-	-	-	-	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	21.4	

*p<0.05; ** Tabloda egzersiz bağımlılığı grupları için satır yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 4.21’de SFKE ile ORTO-11 ve EBÖ-17 ilişkisi incelenmiştir.

Ortorektik olan bireylerin SFKE’nden aldığı puan ortalaması 38.6 ± 8.91 , olmayanların ise 32.18 ± 8.04 olarak bulunmuştur. SFKE ve ORTO-11 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).

Egzersiz bağımlılığı ve sosyal fizik kaygısı incelendiğinde normal olan grubun SFKE puan ortalaması 36.6 ± 20.03 , az riskli grubun 31.5 ± 7.30 , risk grubunun 35.8 ± 9.08 , 34.9 ± 8.65 , bağımlı grubun 34.9 ± 8.65 , yüksek düzeyde bağımlı grubun 36.6 ± 2.88 olarak bulunmuştur. EBÖ-17 ve SFKE arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.21. Bireylerin SFKE puanlarına göre ORTO-11 ve EBÖ-17 puanlarının dağılımı

	SFKE Toplam Puan	p
ORTO-11		
Ortorektik Olan	38.6 ± 8.91	*0.005
Ortorektik Olmayan	32.18 ± 8.04	
EBÖ-17		
Normal	36.6 ± 20.03	0.367
Az riskli	31.5 ± 7.30	
Risk Grubu	35.8 ± 9.08	
Bağımlı Grup	34.9 ± 8.65	
Yüksek Düzeyde Bağımlı Grup	36.6 ± 2.88	

* $p < 0.05$ | SFKE: Sosyal Fizik Kaygı Envanteri; ORTO-11: Ortoreksiya Ölçeği-11; EBÖ-17: Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği

Tablo 4.22’de bireylerin mesleklerine bağımlı olarak ortoreksiya ve egzersiz bağımlılığı durumlarına göre sosyal fizik kaygı puanları verilmiştir.

Diyetisyenlerde ortorektik bireylerde SFKE ortalama puanı 34.5 ± 5.38 , olmayan bireylerde 32.3 ± 6.53 olarak belirlenmiş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Diğer meslek gruplarındaki bireylerde ise ortorektik olan grubun SFKE puan ortalaması 42.0 ± 9.89 , olmayanların ise 32.0 ± 9.43 olarak saptanmış ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4.22. Mesleklere bağımlı olarak ortoreksiya ve egzersiz bağımlılığı durumuna göre sosyal fizik kaygı puanları

		SFKE Toplam Puan	p
Diyetisyen (n:39)	Ortoreksiya Nervoza		
	Ortorektik	34.5±5.38	0.314
	Ortorektik olmayan	32.3±6.53	
	Egzersiz Bağımlılığı		
	Az riskli	31.8±6.11	0.810
	Riskli	33.4±6.96	
	Bağımlı	34.0±5.38	
	Yüksek düzeyde bağımlı	35.0±0.00	
Diğer Meslek Grupları (n:42)	Ortoreksiya Nervoza		
	Ortorektik	42.0±9.89	*0.006
	Ortorektik olmayan	32.0±9.43	
	Egzersiz Bağımlılığı		
	Normal	36.6±20.03	0.452
	Az riskli	31.2±8.65	
	Riskli	38.0±10.32	
	Bağımlı	36.2±12.61	
	Yüksek düzeyde bağımlı	37.5±3.53	

*p<0.05 | SFKE: Sosyal Fizik Kaygı Envanteri

Tablo 4.23’de SFKE (alt boyutları FGR ve ODB) ile ORTO-11 ve EBÖ-17 (alt boyutları AODD, BSİEÇ, TGT) arasındaki korelasyon incelenmiştir. ORTO-11 ve SFKE arasında anlamlı negatif yönlü bir korelasyon bulunmuştur (p<0.001).

EBÖ-17 ve ORTO-11 arasında anlamlı negatif yönlü korelasyon belirlenmiştir (p<0.05). EBÖ-17’nin alt boyutları ve ORTO-11 arasında da negatif korelasyon bulunmaktadır ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 4.23. SFKE, alt boyutları (FGR, ODB), ORTO-11, EBÖ-17 ve alt boyutları (AODD, BSİEÇ, TGT) arasındaki korelasyon

		SFKE	FGR	ODB	ORTO-11
SFKE	r	1			
	p				
FGR	r		1		
	p		-		
ODB	r			1	
	p			-	
ORTO-11	r	-0.404	-0.436	-0.303	1
	p	*0.000	*0.000	*0.006	-
EBÖ-17	r	0.097	0.052	0.111	-0.275
	p	0.387	0.642	0.325	*0.013
AODD	r	0.086	0.052	0.079	-0.212
	p	0.447	0.642	0.384	0.058
BSİEÇ	r	0.067	0.031	0.084	-0.222
	p	0.554	0.783	0.354	0.046
TGT	r	0.059	-0.050	0.143	-0.225
	p	0.604	0.659	0.204	0.043

*p<0.05 | SFKE: Sosyal Fizik Kaygı Envanteri; FGR: Fiziksel Görünüm Rahatlığı; ODB: Olumsuz Değerlendirme Beklentisi; ORTO-11: Ortoreksiya Ölçeği-11; EBÖ-17: Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği; AODD: Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişimi; BSİEÇ: Bireysel Sosyal İhtiyaçların Ertelenmesi ve Çatışma; TGT: Tolerans Gelişimi ve Tutku

5. TARTIŞMA

5.1. Bireylerin Genel Özellikleri

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 verilerine göre, Türkiye nüfusunu oluşturan kadın bireylerin yaş ortancası 33.3 yıl olarak hesaplanmıştır (104). Bu çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 30.2 ± 10.88 olup Türkiye verilerine yakın değerdedir (Tablo 4.1). Bunun nedeninin çalışmaya katılan bireylere sosyal medya hesapları üzerinde ulaşılması olduğu düşünülmektedir.

Bireyler mesleklerine göre incelendiğinde; %48.1'inin diyetisyen %51.9'un diğer meslek gruplarına mensup bireylerden oluştuğu görülmektedir. Meslek dağılımlarının birbirine yakın dağılım göstermesi grupların karşılaştırılması açısından önemlidir.

5.2. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri

Sosyal fizik kaygısı bireyin yalnızca vücut biçiminden kaynaklanan bir kaygı durumu olmayıp, bireyin boyunun uzunluğu, vücut ağırlığı, yüzünün şekli gibi nedenlerle yaşanan kaygıları da kapsayan daha genel ve bütüncül bir kaygı durumudur (105). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada hafif şişman ve obez kız öğrencilerde sosyal fizik kaygı puanları, genel popülasyona göre daha yüksek bulunmuştur (106). Bu çalışmada da BKİ arttıkça sosyal fizik kaygı puanının da arttığı görülmüştür (Tablo 4.19). Bunun nedenin vücut ağırlığı artışının üniversite öğrencilerinde olduğu gibi iş hayatındaki kadınlar içinde fiziksel görünüşün belli kalıplar içinde olması gerektiği endişesini yaşamalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca diğer meslek gruplarında olan bireylerin çoğu ağırlığından memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir.

Bu çalışmada ortorektik olan bireylerde BKİ'nin istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.13). Arusoğlu ve ark. (46) tarafından yürütülen çalışmada BKİ yükseldikçe ortoreksik eğilimlerin arttığının belirlenmesi ve Fidan ve ark. (52)'nin çalışmasında fazla kilolu ve obez öğrencilerin sağlıklı besinlerin tüketimine yöneldiğinin ve ON eğiliminin fazla olduğunun görülmesi de yürütülen çalışmalar ile benzer olduğunu desteklemektedir. Çalışmaya katılan diyetisyenler arasında ortorektik olanların BKİ sınıflaması normal sınıfta yer alırken, diğer meslek gruplarının BKİ değerleri hafif şişman sınıfına girmektedir. Diğer meslek gruplarındaki kadınların çoğunun da vücut ağırlık artışını kontrol etmek amacı ile de ortorektik eğilimlerinin arttığı düşünülmektedir.

Yeme davranış bozukluklarının egzersiz bağımlılığı üzerine etkisini inceleyen bir tez çalışmasında egzersiz bağımlılığı ve BKİ arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (107). Bu çalışmada da BKİ ve egzersiz bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 4.13).

Bu çalışmada diyetisyen bireylerin %74.4'ünün ve diğer meslek gruplarındaki bireylerin %59.5'inin BKİ sınıflamasına göre normal grupta yer aldığı saptanmıştır. Meslek ile BKİ arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.6). Bu farklılık diyetisyenlerin mesleki bilgileri nedeniyle vücut ağırlığı kontrolüne daha çok önem verdiklerinden olabileceği düşünülmektedir.

5.3. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları

Bir günde tüketilen öğün sayısı, atlanılan öğün gibi durumlar bireyin beslenme alışkanlığını yansıtabilir (108).

Diyetisyen bireylerin %51.3'ü, diğer meslek gruplarındaki bireylerin %52.4'ü günde 3 ana öğün tüketmektedir. Diyetisyen bireylerde günde 2 ara öğün yapanlar %61.5 iken diğer meslek gruplarında bu oran %45.2 olarak bulunmuştur. Diyetisyenlerin %35.9'unun, diğer meslek gruplarının ise %35.9'unun öğün atlama alışkanlığı bulunmakta olup, sırasıyla %48.7 ve %31.0'ı bazen öğün atlamaktadır. En sık atlanan öğün öğle öğünü (%46.9) olup bu oran diyetisyenlerde ve diğer meslek gruplarında %51.3 olarak bulunmuştur (Tablo 4.7). Öğlen yemeğinin atlanmasının da sağlık kurumlarında görev yapan diyetisyenlerin öğle yemeği zamanında işlerinin yoğunlaşması, özel kliniklerde çalışanların ise danışanların daha ağırlıklı öğlen aralarında görüşme yaptıklarından kaynaklanabileceği, zaman zaman öğün atlamanın bir ağırlık kontrol yöntemi olarak kullanılmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. İki grubun beslenme alışkanlıklarının birbirine benzer oldukları görülmektedir.

5.4. Bireylerin Egzersiz Davranışları

Yapılan bu çalışmada meslekler arasında egzersiz yapma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Diyetisyenlerin %46.2'sinin, diğer meslek gruplarındaki bireylerin ise %33.3'ünün düzenli olarak egzersiz yapma alışkanlığı olduğu belirlenmiştir. Bunun diyetisyenlerin sağlıklı ağırlığı korumak için egzersiz yapmanın gerekliliğini mesleki eğitimlerinin bir parçası olarak öğrenmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Yapılan bir çalışmada da egzersiz yapan bireylerin öğrenim durumu ile beslenme eğitimi alma arasındaki ilişkiye bakıldığında, beslenme eğitimi alan kişiler arasında üniversite mezunu kişi sayısının daha fazla olduğu görülmüştür (109).

Yapılan bir araştırmada düzenli olarak egzersiz yapan bireylerin %34.8'inin sağlıklı olmak amacıyla, %2'sinin sosyalleşmek amacıyla, %13.3'ünün fiziksel olarak güzel ve güçlü görünmek amacıyla egzersiz yaptıkları tespit edilmiştir (110). Kadınların spor yapma ve yapmama nedenlerini araştıran bir çalışmada spor yapan katılımcıların spor yapma nedenleri incelendiğinde en başta gelen nedenin sağlıklı olmak olduğu belirlenmiştir (111). Bu çalışmada da egzersiz yapma nedenlerinin en yüksek bulunan nedeni sağlıklı yaşam olup bu oran diyetisyenlerde %61.1 diğer meslek gruplarında %57.2 olup değerler birbirine yakındır. Diyetisyenlerde biraz daha yüksek olmasının nedeni mesleki eğitim ile alınan disiplinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bireylerin ortalama aktivite sürelerine bakıldığında; diyetisyenlerde düzenli fiziksel aktivite yapan bireylerin ortalama aktivite süresi 56.1 ± 11.18 dakika, diğer meslek gruplarındaki bireylerde 56.0 ± 29.36 dakika olarak bulunmuş olup ortalama aktivite süreleri iki grubun da birbirine yakın olarak belirlenmiştir (Tablo 4.8). Bunun, egzersiz yapma disiplini sahip kişilerin, haftalık ne kadar egzersiz yapmaları gerektiğini bilmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu ve egzersiz bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Düzenli fiziksel aktivite yapan diyetisyenlerin %61.1'i riskli, %27.8'i bağımlı %5.6'sı yüksek düzeyde bağımlı gruptadır. Diğer meslek gruplarındaki bireylerin ise %57.1'i riskli, %21.4'ü bağımlı grupta yer almaktadır. (Tablo 4.20).

5.5. Bireylerin Diyet ile Enerji ve Besin Öğeleri Alım Miktarları

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2017 (TBSA-2017) (112) verilerine göre kadınlarda günlük enerji alım miktarları 19-64 yaş grubunda 1657.6 ± 569.58 kkal olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ise enerji alım ortalamaları diyetisyenlerde 1614.7 ± 599.95 kkal, diğer meslek gruplarındaki bireylerde 1911.1 ± 745.46 kkal olarak bulunmuş olup diyetisyenlerin enerji alım miktarı ortalaması TBSA ile yakınlık göstermektedir.

Diyetisyenlerin enerji alımlarının daha düşük olmasının sebebi bilgileri doğrultusunda beslenme içeriklerine daha dikkatli yaklaşmalarından kaynaklanabilmektedir.

Bireyler sađlđın korunması ve iyileştirilmesi için günlük beslenmeleri ile yeterli düzeyde enerji almalı aynı zamanda karbonhidrat, yağ ve protein yönünden de dengeli beslenmeleri gerekmektedir. ADA'nın bu konudaki önerisi enerjinin %55-60'ının karbonhidrattan, %15-20'sinin proteinden, %25-30'unun yağdan gelmesidir (113). Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi (TÜBER)'nde günlük enerjinin % 45-60' ının karbonhidratlardan, %10-20' sinin proteinlerden ve %20-35'inin yağlardan gelmesi şeklindedir (114). Bu çalışmada ise diyetisyenlerde enerjinin karbonhidratlardan gelen ortalama yüzdesi 44.4 ± 8.62 , proteinden gelen ortalama yüzdesi 17.8 ± 3.74 , yağdan gelen ortalama yüzdesi 37.7 ± 6.88 , olarak bulunmuş olup diğerk meslek gruplarındaki bireylerde ise bu yüzdeler sırası ile 40.6 ± 9.31 , 16.8 ± 3.59 , 42.4 ± 7.86 olarak bulunmuştur. Karbonhidrat alımı her iki grupta da belirtilen kılva uzlardaki önerilerin altındadır.

TBSA-2017'de (112) kadınlarda tüm yaş gruplarında günlük enerjinin en az %14.0 ile en fazla %15.1'i ($SS = \pm \%3.31$ ile $\%3.53$) proteinden, en az %33.6 ile en fazla %35.6'sı ($\pm \%7.72$ ile $\%8.54$) yağdan ve en az %49.6 ile en fazla %52.3'ü ($\pm \%8.85$ ile $\%9.54$) ise karbonhidrattan sağlanmıştır. Enerjinin sükrözden gelen oranı %7.4-8.1 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise diyetisyenlerde enerjinin proteinden gelen ortalama yüzdesi 17.8 ± 3.74 , karbonhidratlardan gelen ortalama yüzdesi 44.4 ± 8.62 , yağdan gelen ortalama yüzdesi 37.7 ± 6.88 , sükrözden gelen ortalama yüzdesi 8.2 ± 4.29 olarak bulunmuş olup diğerk meslek gruplarındaki bireylerde ise bu yüzdeler sırası ile 16.8 ± 3.59 , 40.6 ± 9.31 , 42.4 ± 7.86 , 9.9 ± 4.45 olarak bulunmuştur. Protein ve sükröz değerkleri TBSA ile yakın değerklerde olup karbonhidrat alımı TBSA'nın altında, yağ alımı ise TBSA değerklerinin üzerindedir.

Bu çalışmada diyetisyen bireylerin sükröz alımları diğerk meslek gruplarındaki bireylere göre daha az bulunmakla birlikte aralarında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.11). Bu durumun nedeni diyetisyenlerin mesleki bilgilerinden dolayı basit sükröz tüketimini diğerk meslek gruplarındaki bireylere göre az tutması olabilir.

Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'nde yetişkin bireyler için beslenmeleri ile günlük alınması gereken posa miktarının 25-30 g olması gerektiğı belirtilmektedir (114). Karbonhidrat alımlarının önerilenin altında olmasına rağmen bireylerin günlük posa alımları diyetisyenlerde ortalama 27.9 ± 12.18 g, diğerk meslek gruplarındaki bireylerde ise 26.9 ± 11.61 g olarak bulunmuştur. Bu durum bireylerin sebze ve meyve tüketimlerinden kaynaklanabilmektedir (Tablo 4.11).

Çalışmada bireylerin yağ, tekli doymamış yağ asitleri, doymuş yağ asitleri ve kolesterol alımları arasındaki ilişkiye bakıldığında diyetisyenlerin diğer meslek gruplarındaki bireylere göre tüketiminin daha az olduğu ve bu sonucun anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.11). Bu sonucun nedeni diğer meslek gruplarındaki bireylerin yağ tüketimlerinin diyetisyenlere göre daha fazla olmasından kaynaklanabilmekte ve tekli doymamış, doymuş yağ asitleri ve kolesterol alımının da buna bağlı olarak daha yüksek olmasından olabilmektedir. Çoklu doymamış yağ asitleri alımı arasında anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen diyetisyenlerin çoklu doymamış yağ asidi alımı diğer meslek gruplarındaki bireylere göre daha azdır.

B₁₂ vitamini diyetisyenlerde 4.2 ± 2.72 mcg, diğer meslek gruplarındaki bireylerin 5.3 ± 2.33 mcg olarak belirlenmiş olup B₁₂ alımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$) (Tablo 4.12). Diğer meslek gruplarındaki bireylerde diyetisyenlere göre daha yüksek olmasının nedeni diğer meslek gruplarındaki bireylerin B₁₂ yönünden zengin kırmızı et, tavuk, balık, süt, yoğurt gibi hayvansal kaynaklı besin tüketim sıklıklarının ve miktarlarının daha fazla olmasından kaynaklanıyor olabilmektedir.

Kalsiyum alım ortalaması diyetisyen ve diğer meslek gruplarındaki bireylerde sırasıyla 951.8 ± 428.81 mg ve 1167.0 ± 500.79 mg'dır ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$) (Tablo 4.12). Bu farklılığın nedeni diğer meslek gruplarındaki bireyleri kalsiyum yönünden zengin süt, yoğurt, peynir, yağlı tohumlar, yeşil yapraklı sebzeler gibi besinlerin tüketim sıklıklarının ve miktarlarının daha fazla olmasından kaynaklanabilmektedir.

Yapılan bir çalışmada, ortorektik bireylerin günlük diyetle enerji, karbonhidrat ve yağ alımları ortorektik olmayanlara göre daha düşük bulunmuş, protein alımlarının benzer olduğu saptanmıştır (115). Bu çalışmada diyetisyenlerde ortorektik olan grupta bu sonuçlar benzer iken, diğer meslek gruplarında ortorektik olan grubun enerji, karbonhidrat ve yağ alımları daha yüksek olarak bulunmuş olup bu farklılıklar anlamlı değildir (Tablo 4.14).

Bu çalışmada enerji ve makro besin ögeleri ile egzersiz bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$). Diyetisyenlerin enerji besin ögesi alımları ile SFKE arasındaki korelasyona bakıldığında; enerji, karbonhidrat, posa, protein, sükröz ve çoklu doymamış yağ asidi alımları ile sosyal fizik kaygısı envanteri arasında negatif yönlü ilişki görülürken bu korelasyon istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Diğer meslek grubundaki bireylerin enerji ve besin ögeleri alımları ile SFKE karşılaştırıldığında

bireylerin çoklu doymamış say alımları ile ölçeğin puanları arasında zayıf pozitif yönlü bir korelasyon ($r=0.371$) olduğu görülmektedir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Daha önce bireylerin enerji ve makro besin öğeleri ile egzersiz bağımlılığı ve sosyal fizik kaygısını inceleyen bir çalışma yapılmamıştır. Bu çalışma bu ilişkiyi inceleyen ilk çalışmadır.

5.6. BKİ'nin Ortoreksiya ve Egzersiz Bağımlılığına Etkisinin İncelenmesi

Ortorektik olan diyetisyen bireylerin BKİ ortalaması 22.9 ± 3.52 kg/m² iken, ortorektik olmayanların 20.6 ± 2.18 kg/m²'dir ve bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer meslek gruplarındaki bireylerde ortorektik bireylerin BKİ ortalaması 26.9 ± 4.74 , ortorektik olmayan bireylerin BKİ ortalaması 22.6 ± 3.45 olup bu değer istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda, artan ON semptomatolojisinin daha yüksek BKİ'ye karşılık geldiğini bulmuştur (52,54). Başka çalışmalarda anlamlı bir ilişki bulunmasa da, BKİ'nin artması sonucu ON semptomatolojisi eğiliminin arttığı gözlemlenmiştir (51, 98).

Bu sonuçlar ele alındığında ON'nın ilk önce BKİ yüksek bireylerin beden algısı bozukluğu durumu olmadan sağlığı korumak ve ağırlık yönetimi sağlama girişiminden gelişebilmekte olduğu düşünülebilir.

Egzersiz bağımlılığı, fiziksel aktivite düzeyi ve BKİ arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada da BKİ ve egzersiz bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (116). Bu çalışmada da egzersiz bağımlılığı ile BKİ arasında anlamlı bir fark saptanamamış ($p>0.05$) olup bu yönüyle diğer çalışmayla benzer sonuç göstermektedir.

5.7. Bazı Değişkenlerin Sosyal Fizik Kaygı Durumuna Etkisi

Bireylerin yaş gruplarına göre SFKE puanları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.19). Yapılan başka bir çalışmada sosyal fizik kaygı düzeyi ile yaş arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (117). Yaş ortalamasının 27.2 ± 7.29 olduğu düzenli egzersiz yapan yetişkinler ile yapılan bir çalışmadan kadın bireylerin erkek bireylere göre daha yüksek sosyal fizik kaygı düzeyine sahip olduğu sonucuna erişilmiştir (118). 14-17 yaş grubu arasında yapılan bir çalışmada ise 14 yaşında ki öğrencilerin, 17 yaşında ki öğrencilere göre, sosyal fizik kaygı düzeyleri daha yüksek olduğu bulunmuştur (119). Bu çalışmada da yaş ve sosyal fizik kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). En yüksek SFKE ortalama puanı yaşı 40-

45 arasında olan bireylerde, 42.8 ± 9.19 olarak bulunmuştur. Genel görünüme yönelik toplumsal baskılar nedeniyle ortaya çıkabilecek olan sosyal fizik kaygısının bireylerin yaşamında önemli olduğu görülmektedir. Fakat yapılan çalışmalar daha çok adölesanlar ile yapılmış olup yetişkinler ile yapılan çalışma sayısının daha az olduğu görülmektedir. Bu nedenle yetişkin bireylerle yapılan bu çalışmanın ileriki çalışmalara katkı sunacağı düşünülmektedir.

Sosyal fizik kaygısı bireyin fiziksel görünümünün sosyal çevresi tarafından olumsuz olarak değerlendirildiğini düşündüğü veya inandığı durumlarda beden imgesi ile ilişkili olarak deneyimlediği sosyal kaygı şeklinde tanımlanmaktadır (120). Öğrencilerle yapılan bir çalışmada özellikle, daha yüksek BKİ'ye kız öğrenciler ve akranları tarafından daha az kabul edildiğini hissettiğini belirtmekte ve sosyal fizik kaygısının daha yüksek olduğu görülmektedir (121). Her iki çalışma bu açıdan benzerdir. Bunun toplumsal beden algısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bireylerin BKİ VE SFKE puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; zayıf olan grupta 28.7 ± 4.91 , normal grupta 33.7 ± 7.91 , hafif şişman grupta 34.2 ± 9.61 , I.derece obez grupta 45.0 ± 9.98 olarak saptanmış ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. BKİ arttıkça sosyal fizik kaygı düzeyinin de arttığı görülmüştür.

Yapılan bir çalışmada bekar bireylerin, evli bireylere göre SFKE puanı daha yüksek bulunmuştur (84). Bu çalışmada ise evli olan bireylerin SFKE puan ortalaması, bekar olan bireylerin puan ortalamasından yüksek olarak bulunmuş olup, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$) bu yönüyle de belirtilen çalışmadan farklıdır.

Bireylerin ağırlık memnuniyeti ve SFKE puanları incelendiğinde; ağırlığından memnun olan bireylerin puan ortalaması 31.1 ± 5.92 , olmayanların 36.7 ± 10.31 , emin olmayanların ise 35.7 ± 7.96 olarak bulunmuş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.19). Ağırlığından memnun olmayan bireylerin sosyal fizik kaygı durumlarının daha yüksek olduğu söylenebilmektedir. Öğrencilerle yapılan başka bir çalışmada da ağırlık kazanımından korkan öğrencilerin daha fazla sosyal fizik kaygısı yaşadığı ifade edilmektedir (122).

5.8. Sosyal Fizik Kaygısının Ortoreksiya Nervoza ve Egzersiz Bağımlılığına Etkisi

Alveranga ve arkadaşlarının (11) Brezilyalı diyetisyenler ile yaptığı çalışmada, katılımcıların ortoreksik eğilimleri olduğu bildirilmiş ayrıca katılımcıların sağlık endişesi ile besin seçimi yapmaya ve besinleri lezzetten ziyade besin değerine göre seçme eğiliminde oldukları, sağlıklı yiyeceklerin fiziksel görünümü iyileştirdiğine inandıkları belirtilmiştir.

Sosyal fizik kaygısının ortoreksiyaya etkisinin incelendiği bir çalışmada SFKE ve ortoreksiya arasında güçlü bir korelasyon bulunmuştur (123). Ortorektik olan bireylerin SFKE’nden aldığı puan ortalaması 38.6 ± 8.91 , olmayanların ise 32.18 ± 8.04 olarak bulunmuştur. SFKE ve ORTO-11 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.18). Hipotezde öne sürülenin aksine diyetisyenlerde ortorektik olan grupta SFKE ortalama puanı 34.5 ± 5.38 , olmayan bireylerde 32.3 ± 6.53 olarak belirlenmiş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Diğer meslek gruplarındaki bireylerde ise ortorektik olan grubun SFKE puan ortalaması 42.0 ± 9.89 , olmayanların ise 32.0 ± 9.43 olarak saptanmış ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.19).

Bu durumun nedeni diyetisyenlerin, diğer mesleklere mensup bireylere göre bilgi ve donanımları dolayısıyla ortoreksiya kavramını bilmeleri ve daha bilinçli olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Yıldırım ve ark. (79) tarafından yapılan çalışmada düzenli FA yapan bireylerin %33.1’inde anormal yeme davranışları olduğu ayrıca yeme tutum ve davranışlarında bireylerin spor geçmişlerinin bir farklılık oluşturmadığı, ancak cinsiyetin yeme tutum ve davranışında anlamlı farklılık oluşturduğu, kadınların yeme tutum ve davranışlarının erkeklerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Düzenli egzersiz yapan bireylerde egzersiz bağımlılığı görülebileceği, özellikle iyi bir görünüme sahip olabilmek ve vücut ağırlık denetimini sağlayabilmek için yeme bozuklukları ile birlikte görülebileceği yapılan bir çalışmada belirtilmiştir (124). Bu çalışmada da ortoreksiya ve egzersiz bağımlılığı arasında negatif korelasyonun görülmesi bu durumu desteklemektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmanın amacı; kadın diyetisyenlerde sosyal fizik kaygısının ortoreksiya nervoza ve egzersiz bağımlılığına etkisinin belirlenmesidir. Çalışmaya katılan 81 bireyde elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

1. Bireylerin mesleklerine göre ağırlık memnuniyeti durumlarına bakıldığında diyetisyen bireylerin %38.5'i ağırlıklarından memnun değilken bu oran diğer meslek gruplarındaki bireylerde %61.5'dir.
2. Diyetisyenlerde BKİ ortalaması 21.3 ± 2.83 kg/m² olarak bulunurken diğer meslek gruplarında bu değer 24.1 ± 4.43 kg/m²'dir.
3. Diyetisyen bireylerin %79.5'inin, diğer meslek gruplarındaki bireylerin ise %47.6'sının beslenme düzenine normal seviyede dikkat ettiği belirlenmiştir.
4. Diyetisyen bireylerin %51.3'ü, diğer meslek gruplarındaki bireylerin %52.4'ü günde 3 ana öğün tüketmektedir.
5. Diyetisyenlerin %35.9'unun, diğer meslek gruplarının ise %59.5'inin öğün atlama alışkanlığı bulunmakta olup, sırasıyla %48.7 ve %31.0'ı bazen öğün atlamaktadır. En sık atlanan öğün öğle öğünü (%41.3) olup bu oran diyetisyenlerde %47.6, diğer meslek gruplarında %36.0 olarak bulunmuştur.
6. Diyetisyenlerin %46.2'sinin, diğer meslek gruplarının ise %33.3'ünün düzenli olarak egzersiz yapma alışkanlığı olduğu belirlenmiştir. Egzersiz yapma nedenlerinin en yüksek bulunan nedeni sağlıklı yaşam olup bu oran diyetisyenlerde %61.1 diğer meslek gruplarında %57.2'dir.
7. Diyetisyen bireylerin SFKE'nden aldıkları puan $33,0 \pm 6,21$, diğer meslek gruplarındaki bireylerin ise 34.3 ± 8.83 olarak bulunmuştur.
8. Diyetisyenlerin ORTO-11 puan ortalaması 26.5 ± 4.39 , diğer meslek gruplarındaki bireylerin ise 27.3 ± 5.43 olarak bulunmuştur. Diyetisyenlerde ortorektik olan bireylerin oranı %30.8 iken diğer meslek gruplarında bu oran %35.7'dir.
9. Diyetisyenlerin EBÖ-17 puan ortalaması 40.6 ± 11.90 , diğer meslek gruplarındaki bireylerin ise 39.2 ± 15.22 olarak bulunmuştur. Diyetisyenlerin %43.6'sı, diğer meslek gruplarındaki bireylerin ise 45.2'si egzersiz bağımlılığında risk grubu içerisinde.

10. Katılımcıların enerji alım ortalamaları diyetisyenlerde 1614.7 ± 599.95 kkal, diğer meslek gruplarındaki bireylerde 1911.1 ± 745.46 kkal olarak bulunmuştur.
11. Bireylerde (diyetisyen-diğer meslek grupları) diyetle; tiamin alımının %81.8-%81.8; folat alımının %63.9-%67.8; kalsiyum alımları %95.1-%116.7; demir alımları %117.5-%84.5 karşılanırken diğer besin öğelerinin gereksinimi karşılayacak şekilde alındığı görülmüştür.
12. Ortorektik olan diyetisyen bireylerin BKİ ortalaması 22.9 ± 3.52 kg/m² iken, ortorektik olmayanların 20.6 ± 2.18 kg/m², diğer meslek gruplarındaki bireylerde ise sırasıyla 26.9 ± 4.74 , 22.6 ± 3.45 olup bu değer istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).
13. Ortorektik olan diyetisyen bireylerin yaş ortalaması 30.1 ± 12.18 yıl iken, ortorektik olmayan bireylerin yaş ortalaması 25.1 ± 6.95 yıl olarak bulunup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).
14. Ortorektik olan diyetisyenlerin enerji alımı 1447.7 ± 582.74 kkal ortorektik olmayanların ise 1688.9 ± 603.15 kkal olarak bulunmuştur. Diğer meslek gruplarındaki bireylerin ise bu değerle sırasıyla 1991.0 ± 757.30 ve 1866.7 ± 749.51 kkal olarak belirlenmiştir. Diyetle alınan enerji ve besin öğeleri alımları ile ON arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$).
15. Bireylerin yaş gruplarına göre SFKE puanları incelendiğinde; 22-27 yaş arasında 33.0 ± 8.01 , 28-33 yaş arasında 28.8 ± 9.25 , 34-39 yaş arasında 35.0 ± 12.72 , 40-45 yaş arasında 42.8 ± 9.19 , 46 ve üzeri yaşta 38.6 ± 4.5 bulunmuş olup bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).
16. Bireylerin BKİ ve SFKE puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; zayıf olan grupta 28.7 ± 4.91 , normal grupta 33.7 ± 7.91 , hafif şişman grupta 34.2 ± 9.61 , I.derece obez grupta 45.0 ± 9.98 olarak saptanmış ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).
17. Medeni durum ve SFKE puanları incelendiğinde; evli olan bireylerin SFKE puan ortalaması 39.9 ± 8.34 , bekar olan bireylerin 32.6 ± 8.31 olarak bulunmuş olup, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).
18. Bireylerin ağırlık memnuniyeti ve SFKE puanları incelendiğinde; ağırlığından memnun olan bireylerin puan ortalaması 31.1 ± 5.92 , olmayanların 36.7 ± 10.31 , emin olmayanların ise 35.7 ± 7.96 olarak bulunmuş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

19. Egzersiz yapma durumu ve SFKE puanları incelendiğinde; düzenli egzersiz yapanların puan ortalaması 33.7 ± 5.82 , yapmayanların ise 34.7 ± 10.38 olarak bulunmuş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).
20. Düzenli fiziksel aktivite yapan diyetisyenlerin %61.0'ı riskli, %27.8'i bağımlı %5.6'sı yüksek düzeyde bağımlı gruptadır. Diğer meslek gruplarındaki bireylerin ise %57.1'i riskli, %21.4'ü bağımlı grupta yer almaktadır. Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu ile egzersiz bağımlılığı arasında her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).
21. SFKE puan ortalaması 36.6 ± 20.03 , az riskli grubun 31.5 ± 7.30 , risk grubunun 35.8 ± 9.08 , 34.9 ± 8.65 , bağımlı grubun 34.9 ± 8.65 , yüksek düzeyde bağımlı grubun 36.6 ± 2.88 olarak bulunmuştur. EBÖ-17 ve SFKE arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).
22. Diyetisyenlerde ortorektik bireylerde SFKE ortalama puanı 34.5 ± 5.38 , olmayan bireylerde 32.3 ± 6.53 olarak belirlenmiş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Diğer meslek gruplarındaki bireylerde ise ortorektik olan grubun SFKE puan ortalaması 42.0 ± 9.89 , olmayanların ise 32.0 ± 9.43 olarak saptanmış ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).
23. SFKE (alt boyutları FGR ve ODB) ile ORTO-11 ve EBÖ-17 (alt boyutları AODD, BSİEÇ, TGT) arasındaki korelasyon incelenmiştir. ORTO-11 ve SFKE arasında anlamlı negatif yönlü bir korelasyon bulunmuştur ($p < 0.001$).
24. EBÖ-17 ve ORTO-11 arasında anlamlı negatif yönlü korelasyon belirlenmiştir ($p < 0.05$).

6.2. Öneriler

Sosyo-kültürel özellikler, medya etkisi ve kabul edilen belli bir beden imajının varlığı ile birlikte sağlıklı yaşam kavramına yeni anlamlar yüklenmektedir. Sağlıklı yaşamı, iyi beslenme ve fiziksel aktivite yapma adı altında takıntı halinde uygulayan bireyler, kendi bedenlerine yabancılaşmakta ve hem fiziksel hem sosyolojik olarak bu durumun getirdiği bozukluklarla karşılaşma eğilimindedirler. Sağlıklı bir toplumun beden ve ruhen sağlıklı bireylerden oluşması gerekmekte olup bireylerin sağlıklı beslenme ve egzersiz takıntılarının ve onun tamamlayıcısı olan ideal beden kaygısının önüne geçilmesi için toplumun bu konuda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Bu çalışma sosyal fizik kaygısının ortoreksiya nervoza ve egzersiz bağımlılığına etkisi ile ilgili yapılan ilk çalışmadır. Araştırma popülasyonunun küçük olması, pandemi koşulları nedeniyle daha az kişiye ulaşılması bu çalışmanın sınırlılıkları arasındadır. Ayrıca örnekleme ileri yetişkin yaş aralığına sahip birey sayısının az olması bir sınırlılıktır. Yaş etkisini anlayabilmek için farklı yaş gruplarında uzunlamasına çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

Sağlıklı beslenmek ve sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmek iyi olsa da, yaşamı tehlikeye atan besin alımı kısıtlamalarına ve yeme bozukluklarına yol açabilecek şekilde beslenmek önemli bir sağlık sorunudur. Egzersiz davranışının işlev kaybına yol açacak şekilde yapılması ve bırakılmaması çeşitli sağlık sorunlarına ve yaşam standartlarından ödün verilmesine neden olabilmektedir.

Ortoreksiya nervoza ve egzersiz bağımlılığı ile ilgili yapılan, bu bozuklukların temelinde yatan ve toplum üzerindeki etkisini özen çalışmalar yetersizdir. Bu nedenle daha geniş ve kapsamlı çalışmalar bu konuların aydınlatılmasında etkili olacaktır.

KAYNAKLAR

1. WHO-World Health Organization. WHO Definition of Health, 2014. Erişim Tarihi: 13.10.2021
2. Aksoy T, Uçar H. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014, 1(2): 53-67.
3. Özenoğlu A, Yalnız T, Uzdil Z. Sağlık Eğitiminin Beslenme Alışkanlıkları Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2018, (3): 234-242.
4. Akyol AGA, Bilgiç AGP, Ersoy, G. Fiziksel Aktivite, Beslenme Ve Sağlıklı Yaşam. 2008 Baskı. Ankara: Klasmat Matbaacılık.
5. Kocatepe D, Tırıl A. Sağlıklı Beslenme Ve Geleneksel Gıdalar (Healthy Nutrition And Traditional Foods). Journal Of Tourism And Gastronomy Studies, 2015; 55: 63.
6. McComb SE, Mills JS. Orthorexia Nervosa: A Review Of Psychosocial Risk Factors. Appetite, 2019; 140: 50-75.
7. Xu X, Pu Y, Sharma M, Rao Y, Cai Y, Zhao Y. Predicting Physical Activity And Healthy Nutrition Behaviors Using Social Cognitive Theory: Cross-Sectional Survey Among Undergraduate Students In Chongqing, China. International Journal Of Environmental Research And Public Health, 2017, 14(11),:1346.
8. Erdoğan İ, Eryürek S, Ünübol H. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Görünüş Kaygısı Ve Yeme Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. International Journal of Social Science, 2019; 2(2): 85-94.
9. Şengül R, Hocaoglu Ç. Ortoreksiyanervoza Nedir? Tanı Ve Tedavi Yaklaşımları. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2019; 14(2): 101-104.
10. Arslantaş H, Adana F, Ögüt S, Ayakdaş D, Korkmaz A. Hemşirelik Öğrencilerinin Yeme Davranışları ve Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği, 2017; 8(3).
11. Alvarenga MS, Martins MCT, Sato KSCJ, Vargas SV, Philippi ST, Scagliusi FB. Orthorexia Nervosa Behavior In A Sample Of Brazilian Dietitians Assessed By

- The Portuguese Version Of ORTO-15. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 2012; 17(1): 29-35.
12. Tremelling K, Sandon L, Vega GL, McAdams CJ. Orthorexia Nervosa And Eating Disorder Symptoms In Registered Dietitian Nutritionists In The United States. Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics, 2017; 117(10): 1612-1617.
 13. Yaşartürk F, alık F, Kul M, Türkmen M, Akyüz H. Beden Eğitimi Ve Spor Yüksekokulunda Okuyan Öğrencilerin Sosyal Fiziki Kaygı Durumlarının İncelenmesi. International Journal of Sport Culture and Science, 2014; 2(1): 863-869.
 14. Mülazımoğlu-Ballı Ö, Koca C, Aşçı F. An Examination Of Social Physique Anxiety With Regard To Sex And Level Of Sport Involvement. Journal of Human Kinetics, 2010; 26(1): 115-122.
 15. Vardar E. Egzersiz Bağımlılığı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2012; 21(3): 163-173.
 16. Yeltepe H, İkizler CH. Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği-21'in Türkçe Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. Bağımlılık Dergisi, 2007; 8(1): 29-35.
 17. Rocks T, Pelly F, Slater G, Martin LA. Prevalence Of Exercise Addiction Symptomology And Disordered Eating In Australian Students Studying Nutrition And Dietetics. Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics, 2017; 117(10): 1628-1636.
 18. Aslan D. Yaşlılık ve Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) Döneminde Sağlıklı Beslenme: Topluma Yönelik Temel Öneriler. İleri Yaş Grubuna Yaklaşım. Hangar Yayınevi, Ankara. 2020; 20-25.
 19. Yazar N, Orth UR. Consumer Lay Theories On Healthy Nutrition: AQ Methodology Application In Germany. Appetite, 2018; 120; 145-157.
 20. Zincir SB. Yeme Bozukluklarında Nöroendokrin Ve Moleküler Etkileşimler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014; 6(4): 389-400.
 21. Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
 22. Gümüş Ç, Alver E, Körpe H. Bir Sosyal Sorumluluk Örneği: Pika Sendromunun Tanıtılmasına Yönelik Hazırlanan Dergi İlanı Tasarımları. 2020.

23. Çelik MN, Samur FG. Gebelik ve Yeme Davranış Bozuklukları. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 2018; 15(3): 130-134.
24. Kaçar M, Hocaoglu Ç. Pika, Geri Çıkarma Bozukluğu Nedir? Tanı Ve Tedavi Yaklaşımları. 2019.
25. Luiselli, JK. Rumination Disorder. The Encyclopedia of Clinical Psychology. 2014; 1-3.
26. Yılmaz HÖ. Yeme Ve Beslenme Bozuklukları. Beslenme Obezite. Güven Plus Grup A.Ş. Yayınları. 2019; (47): 35-69.
27. Karadere ME, Hocaoglu Ç. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu Nedir? Tanı Ve Tedavi Yaklaşımları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 7(4): 110-118.
28. Topbaş E, Bingöl G, Pelitli NS, Tezel H, Önder S, Şahin C. Orjinal Makale Üniversite Öğrencilerinde Anoreksiya Nervosa Belirtileri Ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. 2019.
29. Sarı SA. Anoreksiya Nervosa. Aile Hekimliğinde Güncel Yaklaşımlar. Akademisyen Yayınevi. 2020; 315
30. Arıca S, Arıca V, Arı M, Özer C. Adolesanda Yeme Bozuklukları. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi. 2011; 2(5): 15.
31. Aytaç HM, Hocaoglu Ç. Bulimiya Nervosa İle Birlikte Yaşamak: Bir Vaka Sunumu. Journal Of Mood Disorders (JMOOD).2016; 6(3): 158-63.
32. Kendir D, Karabudak E. Sporcularda Yeme Bozuklukları. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019; 4(1): 1-10.
33. Mehler PS, Rylander M. Bulimia Nervosa–Medical Complications. Journal Of Eating Disorders. 2015; 3(1): 1-5.
34. Bayramoğlu AT, Turna K, Horoz NE. Üniversitesi Öğrencilerinde Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020; 9(3): 157-162.
35. Çaka SY, Çınar N, Altınkaynak, S. Adolesanda Yeme Bozuklukları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 7(1): 203-209.
36. Hanganu-Bresch, C. Orthorexia: Eating Right In The Context Of Healthism. Medical Humanities. 2020; 46(3): 311-322.

37. Kalra, S, Kapoor, N, Jacob J. Orthorexia Nervosa. The Journal Of The Pakistan Medical Association. 2020; 70(7): 1282-1284.
38. Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body Dysmorphic Disorder. Dialogues In Clinical Neuroscience. 2010; 12(2): 221.
39. Ray PÇ, Demirkol ME, Tamam L. Beden Dismorfik Bozukluğu. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012; 4(4): 547-565.
40. Devrim A, Bilgiç P. Bigoreksiya: Vücut Dismorfik Bozukluğu Mu, Yeme Bozukluğu Mu?. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 27(1): 64-69.
41. Lupi M, Martinotti G, Di Giannantonio M. Drunkorexia: An Emerging Trend In Young Adults. Eating And Weight Disorders-Studies On Anorexia, Bulimia And Obesity. 2017; 22(4): 619-622.
42. Chelvanayagam S, James J. What Is Diabulimia And What Are The Implications For Practice?. British Journal Of Nursing. 2018; 27(17): 980-986.
43. Mascola AJ, Bryson SW, Agras WS. Picky Eating During Childhood: A Longitudinal Study To Age 11 Years. Eating Behaviors. 2010; 11(4): 253-257.
44. Dunn TM, Bratman S. On Orthorexia Nervosa: A Review Of The Literature And Proposed Diagnostic Criteria. Eating Behaviors. 2016; 21: 11-17.
45. Koven NS, Abry AW. The Clinical Basis Of Orthorexia Nervosa: Emerging Perspectives. Neuropsychiatric Disease And Treatment. 2015; 11: 385.
46. Arusoğlu ÖÜG. Beslenme Ve Diyetetik Bölümü Erkek Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin Belirlenmesi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2018; 6(86): 56-71.
47. Brytek-Matera A. Orthorexia Nervosa—An Eating Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder Or Disturbed Eating Habit. Archives Of Psychiatry And Psychotherapy 2012; 1(1): 55-60.
48. Oğur S, Aksoy A. Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin Belirlenmesi. Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi. 2015; 4: 92-102
49. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia Nervosa: Validation Of A Diagnosis Questionnaire. Eating And Weight Disorders-Studies On Anorexia, Bulimia And Obesity. 2005; 10(2): 28-32

50. Dunn TM, Gibbs J, Whitney N, Starosta A. Prevalence Of Orthorexia Nervosa Is Less Than 1%: Data From A US Sample. *Eating And Weight Disorders-Studies On Anorexia, Bulimia And Obesity*. 2017; 22(1): 185-192.
51. Aksoydan E, Camcı N. Prevalence Of Orthorexia Nervosa Among Turkish Performance Artists. *Eating And Weight Disorders—Studies On Anorexia, Bulimia And Obesity*. 2009; 14(1): 33–37.
52. Fidan T, Ertekin V, Işıkkay S, Kırpınar I. Prevalence Of Orthorexia Among Medical Students In Erzurum, Turkey. *Comprehensive psychiatry*. 2010; 51(1): 49-55.
53. Bo S, Zoccali R, Ponzo V, Soldati L. University Courses, Eating Problems And Muscle Dysmorphia: Are There Any Associations? *J Transl Med*. 2014; 12: 221.
54. Asil E, Sürücüoğlu MS. Orthorexia nervosa in Turkish dietitians. *Ecology of food and nutrition*, 2015; 54(4): 303-313.
55. Arusoğlu G, Kabakçı E, Köksal G, Merdol TK. Ortoreksiya Nervoza ve Orto-11'in Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2008; 19(3).
56. Moroze RM, Dunn TM, Craig Holland J, Yager J, Weintraub P. Microthinking About Micronutrients: A Case Of Transition From Obsessions About Healthy Eating To Near-Fatal “Orthorexia Nervosa” And Proposed Diagnostic Criteria. *Psychosomatics*. 2015; 56: 397-403.
57. Bulut S. Sağlıkta Sosyal Bir Belirleyici; Fiziksel Aktivite. *Turkish Bulletin Of Hygiene & Experimental Biology/Türk Hijyen Ve Deneysel Biyoloji*. 2013; 70(4).
58. Can S, Arslan E, Ersöz G. Güncel Bakış Açısı İle Fiziksel Aktivite. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2014; 12(1): 1-10.
59. Akkurt S. Obezite Ve Egzersiz Tedavisi. *Spor Hekimliği Dergisi*. 2012; 47(4): 123-130.
60. Gün A. Beden Eğitimi Ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Egzersiz Bağımlılık Durumlarına Göre Fiziksel Aktivite Ve Vücut Kitle İndekslerinin Karşılaştırılması (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü). 2018.
61. Baltacı G, Düzgün İ. Adolesan ve Egzersiz, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara: Klasmat Matbaacılık. 2008.
62. Berczik K, Szabó A, Griffiths MD, Kurimay T, Kun B, Urbán R, Demetrovics, Z. Exercise Addiction: Symptoms, Diagnosis, Epidemiology And Etiology. *Substance Use & Misuse*. 2012; 47(4): 403-417.

63. Landolfi E. Exercise Addiction. Sports Medicine. 2013; 43(2): 111-119.
64. Savcı FDS, Öztürk UFM, Arıkan FDH. Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri. Türk Kardiyol Dern Arfl. 2006; 34(3): 166-172.
65. Bek N, Tedavi F. Fiziksel Aktivite Ve Sağlığımız. Birinci Basım, Klasmat Matbaacılık. 2008; 7-8.
66. Ayhan YF. Çocukluk Ve Ergenlik Dönemindeki Fiziksel Aktivite Deneyimleri İle Yetişkinlikteki Fiziksel Aktivite Düzeyleri Ve Beden Kompozisyonlarının İncelenmesi (Master's Thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü). 2014
67. Alpözgen AZ, Özdiğerler AR. Fiziksel Aktivite Ve Koruyucu Etkileri: Derleme. Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi. 2016; 3(1): 66-72.
68. Azboy Y. Fiziksel Aktivite Ve Sağlık. Sağlık Ve Yaşam Bilimleri Dergisi. 2021; 3(2): 140-144.
69. Demirel H, Kayıhan H, Özmert EN, Doğan A. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Kuban Matbaacılık Yayıncılık. 2014.
70. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010. [updated 2010 November 17; cited 2015 October 24]. Available
71. Uğurlu TT, Şengül CB, Şengül C. Bağımlılık Psikofarmakolojisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012; 4(1): 37-50.
72. Young, KS. Internet Addiction: Evaluation And Treatment, Student British Medical Journal. 1999; 7: 351-352.
73. Eryılmaz A, Deniz ME. Tüm Yönleriyle Bağımlılık. 2019.
74. Hebebrand J, Albayrak Ö, Adan R, Antel J, Dieguez C, De Jong J, Dickson SL. “Eating Addiction”, Rather Than “Food Addiction”, Better Captures Addictive-Like Eating Behavior. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2014; 47: 295-306.
75. Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA. Introduction To Behavioral Addictions. The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse. 2010; 36(5): 233-241.
76. Robbins TW, Clark L. Behavioral Addictions. Current Opinion In Neurobiology. 2015; 30: 66-72.
77. Özgür M, Uçar A. Ankara'da Yaşayan Üniversite Öğrencilerinde Besin Bağımlılığı Ve Gece Yeme Sendromunun Değerlendirilmesi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 7(1): 10-21.

78. Öyekçin DG, Deveci A. Yeme Bağımlılığının Etyolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2012; 4(2): 138-153.
79. Yıldırım İ, Yıldırım Y, Ersöz Y, Özkan I, Saraçlı S, Karagöz Ş, Yağmur R. Egzersiz Bağımlılığı, Yeme Tutum Ve Davranışları İlişkisi. *Cbü Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2017; 12(1): 43-54.
80. Mónok K, Berczik K, Urbán R, Szabo A, Griffiths MD, Farkas J, Kun B. Psychometric Properties And Concurrent Validity Of Two Exercise Addiction Measures: A Population Wide Study. *Psychology Of Sport And Exercise*. 2012; 13(6): 739-746.
81. Bavlı Ö, Işık S, Canpolat O, Aksoy A, Günar BB, Gültekin K, Ödemiş M. Dansçılarda Egzersiz Bağımlılığı Semptomunun İncelenmesi. *Uluslararası Spor Egzersiz Ve Antrenman Bilimi Dergisi*, 2016; 1(2): 120-124.
82. Weinstein A, Weinstein Y. Exercise Addiction-Diagnosis, Bio-Psychological Mechanisms And Treatment Issues. *Current Pharmaceutical Design*. 2014; 20(25): 4062-4069.
83. Jee YS. Exercise Addiction And Rehabilitation. *Journal Of Exercise Rehabilitation*. 2016; 12(2): 67
84. Gümüş E. Egzersizde Motivasyonel Düzenlemelerin Ve Sosyal Fizik Kaygı Düzeyinin Yaşam Kalitesi Bağlamında İncelenmesi (Master's Thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü). 2017.
85. Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
86. Gale C, Oakley-Browne M. Anxiety Disorder. *Bmj*. 2000; 321(7270): 1204-1207.
87. Morrison AS, Heimberg RG. Social Anxiety And Social Anxiety Disorder. *Annual Review Of Clinical Psychology*. 2013; 9: 249-274.
88. Binbay Z, Koyuncu A. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Ve Duygudurum Bozukluğu Eştanısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2012; 4(1): 1-13.
89. Hagger MS, Stevenson A. Social Physique Anxiety And Physical Self-Esteem: Gender And Age Effects. *Psychology And Health*. 2010; 25(1): 89-110.
90. Doğan, T. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin (SGKÖ) Türkçe Uyarlaması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2010; 39(39): 151-159.

91. Brytek-Matera A, Gramaglia C, Gambaro E, Delicato C, Zeppegno P. The Psychopathology Of Body Image In Orthorexia Nervosa. *Journal Of Psychopathology*. 2018.
92. Barnes M, Calabiano M. The Interrelationship Between Orthorexia Nervosa, Perfectionism, Body Image And Attachment. *International Journal Of Behavioral Medicine*. 2016; 23: 60.
93. Topçu F, Arıca OT. Genç Yetişkinlerde Mükemmeliyetçilik Ve Beden Algısının Ortoreksiyaya Etkisi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Ve Araştırmalar Dergisi*. 2019; 8(3): 170 - 178.
94. Levinson CA, Rodebaugh TL, White EK, Menatti AR, Weeks JW, Iacovino JM, Warren CS. Social Appearance Anxiety, Perfectionism, And Fear Of Negative Evaluation. Distinct Or Shared Risk Factors For Social Anxiety And Eating Disorders?. *Appetite*, 2013; 67: 125-133.
95. Levinson CA, Rodebaugh TL. Social Anxiety And Eating Disorders: The Role Of Negative Social Evaluation Fears. *Eating Behaviors*. 2012; 13: 27–35.
96. WHO-World Health Organization. Body mass index – BMI. Erişim Tarihi 12.11.2021
97. Bratman, S., ve Knight, D. Orthorexia nervosa: Overcoming the obsession with healthful eating. *Health Food Junkies*. New York, USA: Broadway Books; 2000
98. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders* 2004; 9(2): 151-157.
99. Yeşil, E., Turhan, B., Tatan, D., Şarahman, C., ve Saka, M. Yetişkin bireylerde cinsiyetin ortoreksiya nervoza eğilimine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 7(1): 1-9.
100. Tekkurşun Demir G, Türkeli A. Spor Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Egzersiz Bağımlılığı ve Zihinsel Dayanıklılık Düzeylerinin İncelenmesi. *Journal Of Sports Sciences Researches*. 2019; 4(1):10-24.
101. Hart E. A, Leary M. R, Rejeski W. J. The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport and exercise Psychology*. 1989; 11(1): 94-104.
102. Öztürk F, Hazar M, Beyleroğlu M, Çelikağ, G. Beden Eğitimi Ve Spor Öğretmenliği Öğretmen Adaylarının Sosyal Fizik Kaygıları Ve Beden İmgesinden Hoşnut Olma Düzeyleri. *Türkiye Bilimsel Araştırmalar Dergisi*. 2018; 3(1): 33-42.
103. National Institutes of Health. ods.od.nih.gov. (Erişim Tarihi 25.10.2021).

104. Türkiye İstatistik Kurumu Veri Portalı. data.tuik.gov.tr. (Erişim Tarihi 11.12.2021).
105. Çavuşoğlu G, Yılmaz A. K. Üniversite Öğrencilerinin Egzersizde Motivasyonel Düzenleme ve Sosyal Fizik Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Spor Eğitim Dergisi. 2020; 4(2): 106-114.
106. Kartal F. T, Aykut, M. K. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fizik Kaygısı ve Depresyonun Yeme Bozukluğu Riski ile İlişkisi. Beslenme ve Diyet Dergisi. 2019; 47(2): 20-29.
107. Sucular E. Egzersiz Yapan Bireylerin Yeme Davranış Bozukluklarının Egzersiz Bağımlılığı Üzerine Etkisi. 2020; (Master's Thesis).
108. Özdoğan Y, Yardımcı H, Özçelik A. Ö, Sürücüoğlu, M. S. Üniversite öğrencilerinin öğün düzenleri. Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi. 2012; 29: 66-74.
109. Deniz B. Ç. Düzenli Egzersiz Yapan Beslenme Eğitimi Alan Ve Almayan Bireylerde Karbonhidrat Tüketimi Ve Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi (Master's Thesis, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü). 2019.
110. Polat G. Düzenli Egzersiz Yapan Kadınlarda Egzersizin Benlik Saygısı Ve Beden Memnuniyeti Üzerine Etkisi (Master's Thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü). 2014
111. Var L. Kırşehir'de Yaşayan Bazı Kadınların Spor Yapma ve Yapmama Nedenleri. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi. 2018; 19(3): 2320-2328.
112. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA). Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2019
113. Klein S, Sheard NF, Pi-Sunyer X, Daly A, Wylie-Rosett J, Kulkarni K, et al. Weight Management Through Lifestyle Modification For The Prevention And Management Of Type 2 Diabetes: Rationale And Strategies. A Statement Of The American Diabetes Association, The North American Association For The Study Of Obesity And The American Society For Clinical Nutrition. Am J Clin Nutr. 2004; 80(2): 257-63.
114. Sağlık Bakanlığı THSK. Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER). Ankara; 2016.
115. Ertürk E. Spor Merkezine Devam Eden Bireylerin Beslenme Durumları ve Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, 2018.

116. Gün A, Ağırbaş O. The Relationship between Exercise Addiction, Physical Activity Level and Body Mass Index of the Students Who Are Studying at Physical Education and Sports College. Asian Journal of Education and Training. 2019; 5(1): 50-55.
117. Tunç A. Ç. Sporun Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Kaygı Ve Öznel İyi Oluş Düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya. 2015.
118. Şahin A. Spor Salonuna Giden Yetişkinlerin Sosyal Fiziki Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi. 2018; 1(1): 14-26.
119. Sarıkabak M, Karakulak İ, Sunay H. Lise Öğrencilerinin Sosyal Fizik Kaygı Durumları Ve Duygusal Zekâ Düzeylerinin Spor Yapma Durumlarına Göre İncelenmesi. Spormetre. 2019; 17(3): 119-133
120. Özdemir R. A, Mutlu C. U, Çelik Ö. Genç Yetişkin Üniversite Öğrencilerinde Farklı Türde Egzersiz Uygulamalarının Sosyal Fizik Kaygı Düzeyine Etkisi. Spor Bilimleri Dergisi. 2010; 21(2): 60-70.
121. Cox A. E, Ullrich-French S, Madonia J, Witty K. Social Physique Anxiety In Physical Education: Social Contextual Factors And Links To Motivation And Behavior. Psychology Of Sport And Exercise. 2011; 12(5): 555-562.
122. Işıkol Ö.F. İlköğretim II. kademe öğrencilerinin sosyal görünüş saygıları ile benlik saygıları arasındaki ilişkinin incelenmesi (Üsküdar İlçesi örneği). Yüksek Lisans Tezi, Yedi Tepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2013; 122-138.
123. Eriksson L, Baigi A, Marklund B, Lindgren E. C. Social Physique Anxiety And Sociocultural Attitudes Toward Appearance Impact On Orthorexia Test In Fitness Participants. Scandinavian Journal Of Medicine & Science In Sports. 2008; 18(3): 389-394.
124. Bamber D.J, Cockerill I.M, Rodgers S, Carroll, D. Diagnostic Criteria For Exercise Dependence In Women. British Journal Of Sports Medicine. 2003; 37(5): 393-400.

EK 1: PROJE ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 30.03.2021-23008



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu

Ek-2

Sayı : E-94603339-604.01.02-23008
Konu : Proje Onayı

30.03.2021

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Zeynep Ece Sungur tarafından yürütülecek olan KA21/173 nolu "Kadın diyetisyenlerde sosyal fizik kaygısının ortoreksiya nervoza ve egzersiz bağımlılığına etkisi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz tarafından uygun bulunmuştur. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

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

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

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

NOT: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu kullanılmasına gerek yoktur.

EK 2: ANKET FORMU

KADIN DİYETİSYENLERDE SOSYAL FİZİK KAYGISININ ORTOREKSİYA NERVOZA VE EGZERSİZ BAĞIMLILIĞINA ETKİSİ

Sayın katılımcı, bu anket Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Zeynep Ece Sungur'un “**Kadın Diyetisyenlerde Sosyal Fizik Kaygısının Ortoreksiya Nervoza ve Egzersiz Bağımlılığına Etkisi**” başlıklı yüksek lisans tezi çalışması olarak yürütülmektedir. Anket formundaki soruları doldurmanızı rica ediyoruz. Elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçlı olarak değerlendirilecek ve etik kurallara özen gösterilecektir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

I. GENEL BİLGİLER

1. Yaş:
2. Meslek: 1. Diyetisyen 2. Diğer (belirtiniz)
3. Medeni durum 1. Evli 2. Bekar
4. Çalışma durumu 1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor
5. Çalışıyor ise Çalışma süresi: yıl

II. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

6. Boy :cm
7. Ağırlık :kg

III. SAĞLIK DURUMU

8. Sağlıklı olduğunuzu düşünüyor musunuz? a) Evet b) Hayır
9. Doktor tarafından tanısı konulmuş bir sağlık sorununuz var mı? a) Evet b) Hayır
10. Cevabınız evetse bu sağlık sorununuz nedir? Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.
 - a) Kalp-damar hastalıkları
 - b) Anemi
 - c) Diyabet
 - 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) Diğer (Belirtiniz)

11. Sigara içiyor musunuz? a)Evet b)Hayır
12. Cevabınız evet ise içtiğiniz sigara miktarı nedir? Günde.....adet
13. Şu anki ağırlığınızdan memnun musunuz? 1. Evet 2.Hayır 3. Emin değilim
14. Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıyor musunuz 1. Evet 2. Hayır
15. 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				
Futbol Basketbol vb				
Bisiklet				
Diğer Sporlar (Belirtiniz)				

16. Fiziksel aktivite yapma amacınız nedir?

1. Zayıflama 2. Sağlıklı yaşam/Formunu koruma 3. Vücut geliştirme 4.
Diğer.....

17. Beslenme düzeninize dikkat eder misiniz? 1. Çok Dikkat Ederim 2. Normal düzeyde 3. Biraz dikkat ederim 4. Hiç dikkat etmem

18. Günde kaç ana öğün tüketirsiniz?

19. Günde kaç ara öğün tüketirsiniz?

20. Öğün atlama alışkanlığınız var mı? 1. Evet 2. Hayır 3. bazen

21. Cevabınız evet ise genelde hangi öğünü atlarsınız?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1. Kahvaltı 2. Öğle 3. Akşam 4. Ara öğün

22. Günlük su tüketimi

23. Alkol tüketim sıklığı

1. Her gün 2. Haftada 1-2 kez 3. Haftada 3-4 kez 4. Haftada 5-6 kez 5. 15 günde 1 6. Ayda 1 7. Hiç
Miktar

EK 3: SOSYAL FİZİK KAYGI ENVANTERİ**SOSYAL FİZİK KAYGI ENVANTERİ**

	Tamamen Doğru	Genellikle Doğru	Bazen Doğru	Tamamen Yanlış	Genellikle Yanlış	Bazen Yanlış
1. Fiziksel görünüşümden hoşnudum.						
2. Beni çok zayıf veya çok şişman gösteren kıyafetleri giymekten hiç endişe duymam.						
3. Fiziki görünümüm hakkında takıntılı olmamayı isterdim.						
4. Diğer insanların kilom veya kas gelişimim hakkında olumsuz yargıları olduğu konusunda endişeye kapıldığım zamanlar olur.						
5. Aynaya baktığım zaman fiziksel görünüşümden dolayı kendimi iyi hissedirim.						
6. Fiziksel görünüşümün çekici olmayan bölgeleri, belirli sosyal ortamlarda sinirli olmama neden olur.						
7. Başkalarının yanımdayken fiziksel görünüşümden endişelenirim.						
8. Diğer insanlara, fiziğimin ne kadar hoş görüldüğü konusunda son derece rahatım.						
9. Diğer insanların fiziğimi incelediğini bilmek beni rahatsız eder.						
10. Fiziksel görünümümü diğer insanlara göstereceğim zaman çok utangaç olurum.						
11. Başkaları bariz bir biçimde vücuduma baktıklarında kendimi genellikle rahat hissedirim.						
12. Mayoluyken vücudumun şeklinden dolayı kendimi sıklıkla sinirli hissedirim.						

EK 4: EGZERSİZ BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ**EGZERSİZ BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ**

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.Kendimi kötü hissettiğimde egzersiz yapmak beni rahatlatır.					
2.Egzersiz yapmak bende heyecan ve coşku uyandırır					
3.Egzersiz yaptığımda mutlu olurum.					
4.Tükenmiş hissettiğimde egzersiz yapmak bana iyi gelir					
5.Egzersiz yaptığımda zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.					
6.Egzersiz araçlarına gereğinden fazla para harcadığımı düşünüyorum.					
7.Egzersiz yapmadığım bir hayat düşünemiyorum.					
8.Egzersiz yapmadığım zaman kendimi yorgun/enerjisiz hissedirim.					
9.Egzersiz yapmak için okulumu/işimi aksattığım zamanlar olur.					
10.Egzersize çok fazla zaman ayırdığım için diğer sosyal faaliyetlere (kültürel, sanatsal, vb..) zamanım kalmaz.					
11.Arkadaşlarımla/ailemle zaman geçirmek mi yoksa egzersiz yapmak mı noktasında çatışma yaşarım.					
12.Egzersiz yaparken beslenme ihtiyacımı ertelemeye çalışırım.					
13.Sakatlandığım durumlarda bile egzersiz yapmayı sürdürürüm					
14.Planladığımdan daha uzun süre egzersiz yapmaktan kendimi alamıyorum.					
15.Egzersiz yapacağım zamanın gelmesini sabırsızlıkla beklerim					
16.Egzersiz yapmadığım zamanlarda bile egzersiz yapmayı hayal ederim.					
17.Her defasında aynı sürede egzersiz yapmak beni tatmin etmez.					

EK 5: ORTOREKSİYA-11 ÖLÇEĞİ (ORTO-11)**ORTO-11 ÖLÇEĞİ**

	Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Asla
1-Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?				
2- Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?				
3- Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?				
4- Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?				
5- Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?				
6- Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?				
7- Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?				
8- Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açısından)				
9- Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?				
10- Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hisseder misiniz?				
11- Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?				

EK 6: BESİN TÜKETİM SIKLIĞI KAYIT FORMU

Son 3 ayı göz önünde bulundurarak, tablodaki besinleri ne kadar ve ne sıklıkla tükettiğinizi belirtin.

BESİNLER (.....; en çok tüketilen tür)	TÜKETİM SIKLIĞI								MİKTAR		
	Günde kez	Her gün	Haftada 1-2 kez	Haftada 3-4 kez	Haftada 5-6 kez	15 günde 1 kez	Ayda 1 kez	Hiç	Ölçü (Kaşık, tane vb)	Gram/ml	Günlük miktar (g/ml)
SÜT VE ÜRÜNLERİ											
Süt (.....)											
Yoğurt, Ayrar, Kefir (.....)											
Peynir (.....)											
ET, YUMURTA, KURUBAKLAGİLLER											
Kırmızı et (.....)											
Beyaz et (.....)											
Balık (.....)											
İşlenmiş et ürünleri (.....)											
Yumurta											
Kurubaklagiller (.....)											
Kuruyemişler (.....)											
SEBZE VE MEYVELER											
Koyu Yeşil Yapraklı Sebzeler (.....)											
Diğer sebzeler (.....)											
Taze meyveler (.....)											
Kuru meyveler (.....)											
EKMEK-TAHİLLAR											
Ekmek çeşitleri (.....)											
Tahıllar (pirinç,makarna vb) (.....)											
YAĞ, ŞEKER, TATLI, ATIŞTIRMALIKLAR, İÇECEKLER											
Yağ (.....)											
Bal, reçel, çikolata, şeker (.....)											
Tatlılar (.....)											
Hazır/dondurulmuş besinler (.....)											
Soslar (mayonez, ketçap vb) (.....)											
Meyve suları, gazlı içecekler (.....)											
Bisküvi, kraker, kek,cips (.....)											