

**KKTC’de Spor Salonuna Aktif Olarak Devam Eden
Yetişkin Erkek Bireylerde Ortoreksiya Nervoza
Eğiliminin ve Beslenme Aışkanlıklarının
Belirlenmesi**

Aşlı ALP

Lisansüstü Eğitim, Sağlık Bilimleri Faköltesine Beslenme ve Diyetetik
Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Ocak 2018
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Doç. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdür Vekili

Bu tezin Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Prof. Dr. Halit Tanju Besler
Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Doç. Dr. Emine Yıldız
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Doç. Dr. Aslı Akyol Mutlu

2. Doç. Dr. Emine Yıldız

3. Yrd. Doç. Dr. Seray Kabaran

ÖZ

Bu çalışma, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)'nde sporu aktif olarak özel spor salonuna giderek sürdüren yetişkin erkek bireylerdeki ortoreksiya nervoza eğilimini ve beslenme alışkanlıklarını saptamak amacı ile yürütülmüştür. Mayıs-Ekim 2017 tarihleri arasında, KKTC'nin Lefkoşa bölgesinde sporu aktif olarak özel spor salonuna giderek sürdüren (n=59) ve spor yapmayan (n=59), 19-45 yaş arası sağlıklı 118 yetişkin erkek üzerinde yapılmıştır. Spor yapan bireylerin en az 1 yıldır düzenli spor yapıyor olmaları araştırmaya dahil olma kriteri ve fiziksel aktivite kaydı değerlendirmesine göre fiziksel aktivite katsayısı (PAL) >1.69 olan kontrol grubundaki bireylerin araştırmaya dahil edilmemeleri kriter olarak belirlenmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları, besin tüketim sıklıkları, geriye dönük 24 saatlik besin tüketimleri, fiziksel aktivite durumlarını değerlendiren anket formu, antropometrik ölçümler, ortorektik eğilimleri değerlendirmek için ORTO-11 ve yeme tutum ve davranışları değerlendirmek üzere Yeme Tutum Testi (YTT-40) ölçekleri araştırmacı tarafından yapılmıştır. Besin tüketiminin değerlendirilmesi için Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı (BEBİS) 7 öğrenci versiyonu kullanılmıştır. Araştırma verilerinin istatistiksel çözümlenmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 24.0 veri analizi programı kullanılmıştır. Spor yapan bireylerin yaş ortalaması 26.64 ± 7.05 yıl, spor yapmayan katılımcıların ise 27.20 ± 7.22 yıldır. Spor yapan bireylerin, protein (g) ve protein (%) tüketim miktarları spor yapmayan bireylere göre yüksek, karbonhidrat (g) ve karbonhidrat (%) miktarları ise düşüktür. Spor yapan bireylerin spor yapmayanlara göre daha sağlıklı beslenme alışkanlıkları olduğu saptanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, spor yapanların yapmayanlara göre daha bozuk yeme

tutumu sergiledikleri ve daha yüksek düzeyde ortorektik belirtiler gösterdikleri tespit edilmiştir. Spor yapan bireylerin %62,7 oranında ortorektik olduğu saptanmıştır. ORTO-11 ile YTT-40 puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyonlar olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Ancak, spor yapanlarda, yeme bozukluğu riski arttıkça ortorektik eğiliminde artış gösterdiği bulunmuştur. Spor yapan katılımcıların, yaş ve antropometrik ölçümleri ile YTT-40 ve ORTO-11 testi sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Spor salonunda aktif olarak spor yapan bireylerde ortorektik eğilimin yüksek çıkması ve ON'nın yeni olgunlaşmaya başlayan bir konu olmasından dolayı bu konuda daha kapsamlı çalışmaların yapılması literatüre katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ortoreksiya nervoza, ORTO-11, YTT-40, spor yapan, spor yapmayan

ABSTRACT

This study was conducted with the aim of determining the orthorexia nervosa tendency and eating habits on adult male subjects in the Turkis Republic of Northern Cyprus (TRNC) who are actively exercising in the gym. The data was collected between May–October 2017 from 118 adult male, 59 adult male who actively exercising in the gym and 59 non-exercising adult male in Nicosia district of TRNC. Individuals should actively exercising at least one year at gym defined as an inclusion criteria and individuals whose physical activity level (PAL) was >1.69 were excluded from this study. Participants' sociodemographic characteristics, eating habits, frequency of food consumption, 24 hour diet recall, and physical activity condition information was assesed by several questionnaires. ORTO-11 scale and Eating Attitude Test (EAT-40) was used to asesess orthorectic tendencies and eating attitudes of individuals, respectively. Questionnaires and anthropometric measurements were carried out by the researcher. Energy and nutrient intake was analysed by using computerized software programme (BEBIS 7 student version). SPSS 24.0 was used in the statistical analysis of research data. Consumption of protein (g) and protein (%) were higher and carbohydrate (g) and carbohydrate (%) conspumption were lower in individuals who actively exercise compared to non-exercising individuals. It has been determined that individuals who exercising had more healthier eating habits than those who do not exercise. According to the results of the study exercising group exhibited more disordered eating attitudes and showed higher orthorectic symptoms than the non-exercising group. It was determined that 62.7% of the exercising individuals were orthorectic. There were no statistically significant correlations between ORTO-11 and EAT-40 scores ($p>0.05$). However, in

exercising group, disordered eating attitudes proportionally increase with an increase in orthorectic tendency. There were no statistically significant correlations between the age and anthropometric measurements of exercising participants with the EAT-40 and ORTO-11 scale results ($p>0,05$). Since the orthorectic tendency found to be high in participants who are actively exercising in the gym and as orthorexia nervosa is a newly recognised term, more extensive studies on this issue will contribute to the literature.

Keywords: Orthorexia nervosa, ORTO-11, EAT-40, exercising, non-exercising

TEŞEKKÜR

Çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesi aşamalarında bilgi ve deneyimiyle bana yol gösteren tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Emine Akal Yıldız'a teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Çalışmanın başından sonuna kadar bana sabırla yardımcı olan ve her konuda gösterdiği destekten dolayı nişanlım Bilgehan KAYALAR'a sonsuz teşekkür ederim.

Desteklerinden dolayı kardeşim Ali ALP'e en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Tüm eğitim hayatım ve tez çalışmam boyunca her koşulda yanımda olan, maddi ve manevi her türlü desteği benden esirgemeyen annem Sevim ALP ve babam Dr. Oskay ALP'a en içten teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vii
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	xii
TABLO LİSTESİ.....	xiv
ŞEKİL LİSTESİ.....	xvi
1 GİRİŞ	1
2 GENEL BİLGİLER	5
2.1 Fiziksel Aktivite ve Beslenme.....	5
2.2 Yeme Bozukluklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması.....	7
2.2.1 Anoreksiya Nervoza (AN).....	8
2.2.2 Bulimia Nervoza (BN).....	8
2.2.3 Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu (TYB).....	9
2.2.4 Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları (OSFED).....	10
2.2.5 DSM Tanı Kriterlerinde Yer Almayan Yeme Bozuklukları	11
2.2.5.1 Beden Dismorfik Bozukluğu	11
2.2.5.2 Bigoreksiya (Kas dismorfizmi).....	11
2.2.5.3 Gece Yeme Sendromu.....	12
2.2.5.4 Pika.....	12
2.2.6 Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi	13
2.2.6.1 Genetik ve Biyolojik Faktörler.....	13
2.2.6.2 Çevresel ve Sosyal Faktörler.....	14
2.2.6.3 Psikolojik Faktörler.....	15

2.2.6.4 Kişilerarası Faktörler.....	16
2.2.6.5 Diğer Faktörler	17
2.2.7 Yeme Bozukluklarının Prevalansı	17
2.2.8 Yeme bozuklukları ve Fiziksel Aktivite	18
2.2.9 Yeme Bozukluklarının Tedavisi	20
2.3 Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı)	21
2.3.1 Ortoreksiya Nervoza Tanımı	21
2.3.2 Ortoreksiya Nervoza'nın Özellikleri/Belirtileri.....	23
2.3.3 Ortoreksiya Nervoza Sınıflandırılması	27
2.3.4 Ortoreksiya Nervoza Tanısı	28
2.3.4.1 Ortoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri	28
2.3.4.2 Ortoreksiya Nervoza Değerlendirme Araçları	30
2.3.5 Yeme Bozuklukları ve Ortoreksiya Nervoza Arasındaki İlişkiler.....	32
2.3.6 Ortoreksiya Nervosa Prevalansı	34
2.3.7 Ortoreksiya Nervoza ve Fiziksel Aktivite	35
2.3.8 Ortoreksiya Nervoza'nın Oluşumunu Etkileyen Faktörler.....	37
2.3.8.1 Yaş	37
2.3.8.2 Cinsiyet	38
2.3.8.3 Obezite Düzeyi ve Beden Kütle İndeksi	40
2.3.8.4 Eğitim Düzeyi ve Meslek.....	40
2.3.8.5 Sosyal Medya	42
2.3.8.6 Beslenme Modeli	43
2.3.9 Ortoreksiya Nervoza'nın Etkileri	44
2.3.9.1 Fiziksel Etkiler	45
2.3.9.2 Psikolojik Etkiler.....	46

2.3.9.3 Sosyal Etkiler	47
2.3.10 Ortoreksiya Nervosa Tedavisi	48
3 BİREYLER VE YÖNTEM.....	51
3.1 Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi.....	51
3.2 Araştırmanın Genel Planı	52
3.2.1 Sosyo-demografik Bilgiler, Genel Sağlık Durumu ve Fiziksel Aktivite Durumu	52
3.2.2 Fiziksel Aktivite Kaydı.....	52
3.2.3 Antropometrik Ölçümler	53
3.2.4 Besin Tüketim Durumunun Saptanması.....	55
3.2.5 Ortoreksiya Nervosa Değerlendirme Ölçekleri.....	56
3.2.5.1 Yeme Tutum Testi (YTT-40).....	56
3.2.5.2 ORTO-11	57
3.2.6 Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	59
4 BULGULAR	61
4.1 Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri	61
4.2 Bireylerin Sağlık Durumu Ve Yaşam Tarzlarına Ait Bulgular.....	64
4.3 Bireylerin Antropometrik Özelliklerine Ait Bulgular	65
4.4 Bireylere Ait Genel Beslenme Alışkanlıkları ve Davranışları	67
4.5 Bireylerin Besin Tüketim Sıklıklarına Yönelik Bilgiler	74
4.6 Günlük Enerji ve Besin Ögesi Alımına İlişkin Bulgular.....	80
4.7 Bireylerin Fiziksel Aktivite ve Sporcu Destek Ürünü Kullanım Durumları.....	83
4.8 Bireylerin Günlük Toplam Enerji Harcaması ve Fiziksel Aktivite Düzeyi Karşılaştırması.....	88
4.9 Yeme Tutum Testi (YTT-40) ve ORTO-11 Ölçeklerine Ait Bulgular	88

4.10 Ortorektik Olan ve Olmayan Spor Yapan Farklı Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi	94
5 TARTIŞMA	97
5.1 Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri	97
5.2 Bireylerin Antropometrik Ölçümleri.....	98
5.3 Bireylere Ait Genel Beslenme Alışkanlıkları.....	100
5.4 Besin Tüketim Sıklıkların Yönelik Bilgiler	103
5.5 Bireylerin Günlük Enerji ve Besin Ögesi Alımına İlişkin Bilgiler	106
5.6 Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumlarına Ait Bilgiler	111
5.7 Spor Yapan Bireylerin Sporcu Destek Ürünü Kullanma Durumlarına Ait Bilgiler.....	112
5.8 Bireylerin Günlük Toplam Enerji Harcaması ve Fiziksel Aktivite Faktörü Karşılaştırması.....	115
5.9 Yeme Tutum ve Davranışları ve Ortoreksiya Nervoza'ya Ait Bilgiler	116
6 SONUÇ	126
7 ÖNERİLER	136
KAYNAKLAR	139
EKLER.....	163
EK A: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Onayı.....	166
EK B: Özel Spor Salonlarının Onayları	167
EK C: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	169
EK D: Anket Formu	171

KISALTMALAR VE SİMGELER

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AN	Anoreksiya Nervosa
APA	American Psychiatric Association
ARFID	Kaçıngan/Kısıtlayıcı Yeme Bozukluğu
BEBIS	Beslenme Destekli Bilgisayar Bilgi Sistemi
BİA	Biyoelektriksel İmpedans Analizi
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BMH	Bazal Metabolizma Hızı
BN	Bulimiya Nervosa
BOT	Bratman's Orthorexia Test
CHO	Karbonhidrat
DSM-V	Mental Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı-V
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
ON	Ortoreksiya Nervosa
OSFED	Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları
PAL	Physical Activity Level
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TRNC	Turkish Republic of Northern Cyprus
TYB	Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu
WHO	World Health Organisation
YB	Yeme Bozuklukları

cm	Santimetre
g	Gram
kg	Kilogram
kkal	Kilokalori
L	Litre
mg	Miligram
m ²	Metrekare
n	Sayı
s	Standard Sapma
%	Yüzde
µg	Mikrogram

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1: Ortorektik yeme davranışlarının literatürden olgu sunumları	25
Tablo 2.2: Ortoreksiya nervoza için önerilen tanı ölçütleri	30
Tablo 3.1: Günlük fiziksel aktivite düzeyine veya PAL değerine göre yaşam biçimi sınıflaması	53
Tablo 3.2: Dünya Sağlık Örgütü BKİ sınıflandırması	54
Tablo 3.3: Erkeklerde bel çevresi için risk değerleri	55
Tablo 4.1: Katılımcıların yaş ortalamaları (n=118)	61
Tablo 4.2: Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=118)	63
Tablo 4.3: Katılımcıların sağlık, ilaç kullanma ve sigara içme durumlarına göre dağılımı (n=118)	64
Tablo 4.4: Spor yapan ve yapmayan katılımcıların antropometrik ölçümlerinin karşılaştırılması (n=118)	66
Tablo 4.5: Katılımcıların beslenme alışkanlıklarının dağılımı (n=118)	68
Tablo 4.6: Katılımcıların su, alkollü içecek, kafeinli içecek, enerji içeceği ve sporcu içeceği tüketim durumlarının dağılımı (n=118)	70
Tablo 4.7: Katılımcıların beslenme davranışlarının dağılımı (n=118)	73
Tablo 4.8: Spor yapan katılımcıların besin tüketim sıklıklarının dağılımı (n=59)	75
Tablo 4.9: Spor yapmayan katılımcıların besin tüketim sıklıklarının dağılımı (n=59)	78
Tablo 4.10: Spor yapan ve yapmayan katılımcıların enerji ve besin ögesi tüketimlerini karşılaştırılması (n=118).....	81
Tablo 4.11: Spor yapan ve yapmayan katılımcıların enerji ve besin ögesi alımlarının gereksinimi karşılama yüzdelerinin karşılaştırılması (n=118).....	82

Tablo 4.12: Spor yapan katılımcıların spor yapma özelliklerine göre dağılımı (n=59)	85
Tablo 4.13: Spor yapan katılımcıların sporcu destek ürünü kullanma durumlarına göre dağılımı (n=59)	87
Tablo 4.14: Günlük Toplam Enerji Harcaması ve Fiziksel Aktivite Düzeyi Karşılaştırması (n=118)	88
Tablo 4.15: Spor yapan ve yapmayan katılımcıların YTT-40 ve ORTO-11 testi sonuçlarının karşılaştırılması (n=118)	89
Tablo 4.16: Katılımcıların ORTO-11 testi ile YTT-40 puanları arasındaki korelasyonlar	90
Tablo 4.17: Katılımcıların yaş ile YTT-40 ve ORTO-11 testi sonuçları arasındaki korelasyonu (n=118)	91
Tablo 4.18: Katılımcıların günlük toplam enerji harcaması ve fiziksel aktivite düzeyleri ile YTT-40 ve ORTO-11 testi sonuçları arasındaki korelasyonlar (n=118)	92
Tablo 4.19: Katılımcıların antropometrik ölçümleri ile YTT-40 ve ORTO-11 testi sonuçları arasındaki korelasyonlar (n=118)	93

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1: Katılımcıların BKİ sınıflarına göre dağılımı	67
Şekil 4.2: Katılımcıların fiziksel aktivite düzeyi.....	84
Şekil 4.3: Katılımcıların YTT-40 puanlarının dağılımı	89
Şekil 4.4: Katılımcıların ORTO-11 testi puanlarının dağılımı	90
Şekil 4.5: Ortorektik olan ve olmayan spor yapan katılımcıların yaş dağılımları	94
Şekil 4.6: Ortorektik olan ve olmayan spor yapan katılımcıların yaş dağılımları	95
Şekil 4.7: Ortorektik olan ve olmayan spor yapan katılımcıların medeni durumu dağılımları	95
Şekil 4.8: Ortorektik olan ve olmayan spor yapan katılımcıların eğitimi durumu dağılımları	96

Bölüm 1

GİRİŞ

Sağlıklı yaşam tarzıyla ilgili kitap, dergi ve dijital formatlarda yapılan ve herhangi bir bilimsel düzenleme ve denetleme sürecinden geçmeyen propagandaların keskin yükselişi, sosyal medya aracılığıyla fikirlerin hızla değiş tokuş edilmesiyle daha da güçlendiği için ortalama bir bireyin düzenli olarak diyet ve sağlık konuları ile ilgili bilgi ve tavsiye bombardımanına uğradığı söylenebilir (Koven ve Abry, 2015). Bu sağlanan bilgiler, birçok insanın farkındalığını artırarak sağlıklı beslenme açısından takıntılı belirtiler göstermelerine neden olmaktadır (Bağcı ve ark., 2007). Sağlıklı beslenme, bireylerin diğer insanlarla olan ilişkilerini, yaşam kalitesini ve duygusal durumlarını olumsuz yönde etkilemeye başladığında, doğru gibi görünen bu durum zararlı bir davranışa dönüşmektedir. Vücut için yeterli miktarda besin sağlamakla ilgilenmek yerine, "en sağlıklı" yiyecekleri tüketmeye dair endişelerle çok fazla meşgul olunmaya odaklanmak insanlar arasında giderek artış göstermektedir (Brytek-Matera, 2012).

Günümüzde, insanları en çok endişelendiren noktalar, besin tüketimleri ve vücut ölçüleridir. Anoreksiya nervoza ("AN") ve bulimia nervoza ("BN") gibi yeme bozuklukları yaygın olarak kabul edilse de, bir süredir beslenme uzmanları ve görsel basın "ortoreksiya nervoza" ("ON") isminde yeni olgunlaşmaya başlayan yeme davranış bozukluğunu farkına varmışlardır (Mathieu, 2005; Bağcı ve ark., 2007).

ON, kişinin yaşantısına müdahale eden "saf" besin tüketme obsesyonudur. "Ortoreksiya" terimi Yunanca "orto-doğru" ve "orexia-iştah" kelimesinden

gelmektedir. ON sağlıklı beslenmenin; sağlık, yeme ve besinlerin kalitesi ile ilgili, korku ve kaygı ile ilişkili olmasından dolayı zararlı bir davranış olarak görülmektedir (Zamora ve ark., 2005; Brytek-Matera, 2012; Arhire, 2015). ON ilk kez 1997 yılında Bratman tarafından tanımlanmıştır. Bratman, ON hakkında "Health Food Junkies" adlı bir kitap yayınlayarak ON ile ilgili kendi mücadelesini ve hastalarının ON geçmişlerini detaylı olarak kaleme almıştır (Bratman ve Knight, 2000; Brytek-Matera, 2012).

Ortorektikler sağlıklı beslenme ile takıntılı olmakla kalmaz, aynı zamanda yiyecek, yemeklerin pişirilmesi ve sağlığa zarar verdiğini düşündüğü belirli gıdalardan kaçınma konusuna özel bir tavır sergilerler (Arhire, 2015). Bu kişiler ideal diyetlerine, saf veya mükemmel olmadığını düşündükleri veya zararlı olduğunu düşündükleri spesifik besinleri dahil etmemektedir. Bu aşırıya kaçan yemek stilinde önemli besin gruplarının yer almaması besinsel ve mineral eksikliklere yol açmakta ki bu da bireylerin sağlığına zarar vermektedir (Bratman ve Knight, 2000; Bağcı ve ark., 2007; Getz, 2009). Diyetle odaklanarak optimal sağlığa kavuşma çabası, ilişkilerin kaybedilmesi ve düşük yaşam kalitesine yol açabilmektedir. Ortorektik bireyler, sosyal izolasyon riski altındadırlar; bunun nedeni beslenme alışkanlıkları hakkında üstünlük sağlayamadıklarından onlardan farklı olan kişilerle etkileşimde bulunmaktan kaçınmalarıdır (Koven ve Arby, 2015).

Günümüzde, ON resmi bir psikiyatrik tanı kriterlerine sahip olamamakla birlikte, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın (DSM) herhangi bir baskısında belirgin bir bozukluk olarak tanımlanmamaktadır (APA, 2013). Ortoreksiya giderek daha fazla medyanın ilgisini çekmeye başladığından beridir, araştırmacıların bir bozukluk olup olamayacağını tartıştığı yeni bir kategoridir. Birçok araştırmacı ON'yı benzersiz bir yeme bozukluğu olarak sınıflandırmak yerine,

gelecekteki Yeme Bozuklukları (YB) için bir risk faktörü olarak tanımlamıştır (Mac, 2001; Mathieu, 2005). Diğer taraftan, bazı araştırmacılar ON'nın farklı olduğunu, ON'yı yeme bozukluğunun benzersiz bir formu olarak en iyi şekilde kategorize edilmesi gerektiğini düşünmektedir (Dunn ve Bratman, 2016).

Toplumda sağlık ve vücut imajı üzerine artan önemden dolayı kaslı vücudun erkekler tarafından ideal yaşamın kanıtı olarak görüldüğünden, bu kişiler egzersiz yapmaya ve son derece sağlıklı beslenmeye başladıklarında bu durumu takıntı halinde getirmeleri durumunda ON oluşma riski artmaktadır (Eriksson ve ark., 2008) Spor salonu ortamında ideal vücut algısının vurgulanması nedeniyle bu ortamdan etkilenen bireylerde beslenmeye karşı obsesyon gelişebilmektedir. Diğer bir deyişle, ideal vücudun önemli olduğunu düşünen ve beslenmeye karşı takıntısı olan insanlar özellikle spor salonuna gitmektedirler (Rudolph, 2017).

Amaç ve Önem

Bu çalışmanın amacı, KKTC'nin Lefkoşa bölgesinde sporu aktif olarak özel spor salonuna giderek sürdüren yetişkin erkek bireylerdeki ON eğilimini saptamaktır. Bu bağlamda yetişkin bireylerin beslenme alışkanlıkları belirlenerek ON eğilimiyle ilişkisi incelenmiştir. Özellikle spor yapan ve yapmayan bireylerde ON yaygınlık oranının saptanması, beslenme alışkanlıkları ile ON arasındaki ilişkiyi değerlendirmek ve ON eğilimine yönelik bulgularla literatüre katkıda bulunmak bu çalışmada öne çıkan unsurlar olduğundan bu araştırmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma özellikle son zamanlarda ON'nın erkekler arasında yaygınlaşmaya başladığından yetişkin erkek bireylere yönelik sağlıklı beslenme konusunda ne tür davranışlarda bulundukları, spor yapanların yapmayanlara oranla ne derece ortorektik belirtiler gösterdikleri, ortoreksiya nervoza yaygınlığının spor yapan kişilerde yapmayanlara göre farklılaşıp farklılaşmadığını ve farklı

parametreler açısından değerlendirilmesi de diğer çalışmalar yönünden farklılık oluşturduğundan önem kazanmaktadır.

Hipotez

KKTC’de özel spor salonuna aktif devam eden yetişkin erkeklerdeki Ortoreksiya Nervoza eğilimi ve beslenme alışkanlıkları, spor yapmayan kontrol grubuna göre farklılık göstermektedir.

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Fiziksel Aktivite ve Beslenme

Beslenme, sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla vücudun gereksinim duyduğu elzem besin öğelerinin yeterli miktarda ve doğru zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir durumdur (TÜBER, 2016). Yeterli ve dengeli beslenme ise, vücudun büyümesi, yenilenmesi ve doğru şekilde faaliyetlerini sürdürebilmesi için elzem olan enerji ve besin öğelerinin diyetle yeterli miktarlarda vücuda alınması ve uygun şekilde kullanılması durumudur (Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 2004). Yeterli ve dengeli beslenme sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirmeye ve düzenli fiziksel aktiviteyle birlikte yürütüldüğünde hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, kardiyovasküler hastalık, tip-2 diyabet, serebral vasküler kazaların riskini azaltarak, yaşam kalitesini artırmaktadır (Bass ve Inge, 2006; Garber ve ark., 2011).

Fiziksel aktivite, kalp ve solunum hızını arttıran, farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan her türlü kas egzersizlerini içeren ve vücudun fiziksel uygunluğunu arttırmak için yapılan aktiviteler olarak tanımlanır (Genton ve ark., 2010). Blair ve ark. (1992)'nın çalışmalarında, düzenli fiziksel aktivitenin çeşitli kronik hastalıklardan kaynaklanan morbidite ve mortalite riskini azalttığı ve fiziksel uygunluğunu artırdığı belirtilmiştir (Blair ve ark., 1992). Fiziksel aktivite, kas iskelet sağlığını güçlendirerek kemik kaybı, osteoporoz ve kronik bel ağrısına karşı çok önemli bir koruyucu role sahiptir (Vuori, 1995). Fiziksel olarak aktif olmanın kilo

vermek, vücut ağırlık kontrolünü sağlamak ve obeziteden korunmak için en etkili yollardan biri olduğu bilinmektedir (U.S. Department of Health and Human Services, 1996). Uluslararası fiziksel aktivite tavsiyeleri, haftanın en az beş günü orta seviyede 30 dakikalık dayanıklılık antrenmanı ve haftada iki kez kuvvet antrenmanı yapılmasıdır (Garber ve ark., 2011).

Egzersiz yapan bireylerin enerji gereksinimi egzersize bağlı olarak artmaktadır. Çoğunlukla fiziksel aktivite sırasında kasların kısa ve uzun zaman sürecindeki enerji gereksinimlerinin anında karşılanması zorunlu hale gelmektedir. Organizmanın enerji gereksinimi yiyeceklerle karşılanmakta ve bu enerji (karbonhidrat, protein, yağ), ya hemen kullanılmakta ya da depolanmaktadır. Sporcularda uygun bir beslenme programı, yağ yüzdesinde azalma, yağsız vücut kütlelerinde artış, üst düzeyde sağlığın korunması ve antrenman programlarına uyum sağlamak için gereklidir. Bununla birlikte müsabaka öncesi, sırası ve sonrasındaki doğru zamanlama ve uygun besin seçimleri performansı artırmakla birlikte toparlanmayı kolaylaştırmaktadır (Ersoy, 2004). Çoğu sporcu için ise, genel beslenme kurallarının dışında yapılan spor branşına özgü beslenme hakkında detaylı bilgi sahibi olmak önem taşımaktadır. Sporcular genellikle beslenmenin performans ve toparlanma üzerinde önemli bir role sahip olduğunun bilincinde olup ideal kiloya ulaşma, vücut şekillendirme (erkeklerin kaslı beden geliştirme çabaları) ve fiziksel zararları önlemek için besin alımlarını kontrol altına tutmaya önem vermektedirler ki bu da yoğun egzersizin devamı ve optimum performans elde etmek için gereklidir (Segura-García ve ark., 2012).

Günümüzde sedanter davranış ve aşırı kalori alımı iki büyük sağlık sorunu olmasına rağmen, çok fazla fiziksel aktivite ve beslenme üzerine abartılı odaklanma sağlığı olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir. Bu durum, egzersiz bağımlılığı

(Meeusen ve ark., 2006) veya yeme bozukluklarına (Bratland-Sanda ve Sundgot-Borgen., 2013) sebep olabilmektedir.

2.2 Yeme Bozukluklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması

Yeme bozuklukları (“YB”), 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren belirgin bir şekilde tıbbi bir sorun olarak tanımlanmaya başlamıştır (Vandereycken, 2002). YB, kısıtlayıcı ve sağlıksız beslenme alışkanlığı kalıpları ile karakterize olan ve sadece fizyolojik ve sağlıkla ilgili komplikasyonlara yol açmakla kalmayıp aynı zamanda depresyon, kaygı ve kişilik bozuklukları gibi farklı psikolojik sorunlara yol açan ve yaşam kalitesini ciddi şekilde olumsuz yönde etkileyen bir grup yeme davranışı bozukluğudur (Cartwright 2004; Jenkins ve ark., 2011; APA, 2013).

YB’nin tanımlanması üzerinde henüz bir görüş birliği sağlanamamış olsa da, bu bozuklukları tanımlamak üzere üç ana özellik önerilmiştir; 1) Beslenme alışkanlıkları veya ağırlık kontrol davranışında kesin bir bozulma; 2) Davranış bozuklukları veya ilişkili ana yeme bozukluğu özelliklerinin (örn; yemek yeme düzeninde bozukluk ve vücut şekli veya vücut ağırlığı ile ilgili herhangi bir aşırı değerlendirme) fiziksel sağlık veya psikososyal işlevselliğin klinik olarak önemli bir şekilde bozulmasına neden olması 3) Davranış bozukluğunun genel tıbbi bozukluk veya başka bir psikiyatrik rahatsızlığa sekonder olmamasıdır (Fairburn ve Harrison, 2003).

Mental Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı-V/Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V (“DSM-V”) sınıflandırmasında YB; AN, BN, Tıkanırmasına Yeme Bozukluğu (“TYB”) ve Başka Türülü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları (“OSFED”) olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013). Son birkaç yıldır, sağlıklı beslenme takıntısı olarak bilinen Ortoreksiya Nervosa ile ilgili çalışmaların sayısı artış göstermektedir (Arusoğlu ve ark., 2008).

2.2.1 Anoreksiya Nervosa (AN)

Anoreksiya nervosa terimi Yunanca da ‘iştah kaybı’ anlamına gelmektedir. AN, 1874 yılında Sir William Gull tarafından ortaya çıkarılmış olsa da bu sağlık durumu hali hazırda Richard Morton tarafından 17. yüzyılın sonunda açıklanmıştır. Astım ve obeziteden sonra, AN, ergenlik çağındaki kadınlarda kronik hastalıkların üçüncü en yaygın nedenidir (NIH, 1998; Vandereycken, 2002; Öyekçin ve Şahin, 2011).

Yaş, cinsiyet, gelişim ve fiziksel sağlık bağlamında ihtiyaca göre belirlenen enerji alımı ciddi şekilde kısıtlanarak ağır kilo kaybına neden olmaktadır. DSM-V kriterlerine göre bireyler olmaları gereken vücut ağırlığı düzeylerinin altında olmalarına rağmen kilo alma veya şişman olmaktan aşırı korkmaktadır. Bireyin vücut ağırlığı veya şeklindeki bozukluğu tecrübe etmesi, vücut ağırlığı veya şeklinin öz-değerlendirme üzerinde gereğinden fazla etkisinin olması, veya mevcut düşük vücut ağırlığı ciddiyetini inkar etmesidir (Alliance for Eating Disorders Awareness, 2014) AN normal vücut ağırlığını korumayı reddetme, ağırlık kazanmaya karşı yoğun bir korku besleme, amenore, vücut yapısında ağır bir bozukluk, ve idealden en az %15 daha düşük bir vücut ağırlığı ile karakterizedir. AN’nın ‘kısıtlayıcı’ ve ‘bulimik’ olmak üzere iki alt tip türü mevcuttur. Bulimik tip; tıkinma ataklarını takiben kusma, idrar söktürücülerin kullanımı veya diğer uygun olmayan ağırlık kontrolü uygulamaları ile karakterizedir (Mehler ve Krantz, 2003; APA, 2013).

2.2.2 Bulimia Nervosa (BN)

Aşırı yeme ve kusma verileri 19. yüzyıldaki tıbbi kayıtlarda bulunmasına rağmen BN terimi 1979 yılına kadar farkedilmemiştir (Vandereycken, 2002). BN, en yaygın yeme bozukluklarından biridir. Aşırı yeme atakları ve ardından gelen kusmaların (yiyeceklerden kurtulma) ile karakterizedir. BN genelde ağırlık kontrolü için bir

strateji olarak başlar, ancak sonrasında yemek yeme, arınma ve vücut ağırlığıyla aşırı meşguliyyete dönüşmektedir. BN, kısa sürede aşırı miktarda yiyecek/enerji tüketimi ile karakterizedir. Bazı ataklar tüm gün sürsede, genelde 1-2 saat sürmektedir. Bulimiklerin tükettikleri en yüksek enerji miktarı 20,000 kkal olarak bildirilmişse de, genelde ortalama 2,000-5,000 kkal arasındadır (APA, 1994).

Çoğu bulimik normal ağırlıkta veya hafif şişmandır, fakat kilo almaktan korkarlar ve vücut memnuniyetsizliği öne çıkmaktadır. AN ile kıyaslandığında BN’de dürtüsel ve duygusal olarak kontrolsüz olma eğilimi vardır (APA, 2000; Diaz-Marsa ve ark., 2000). DSM-V’e göre BN; tekrarlayan yeme atakları, aşırı miktarda yemek yeme ve atak boyunca yeme dürtüsü kontrolünün eksikliği ile karakterizedir. Tıkanırcasına yeme atakları ile bunu takiben uygunsuz dengeleyici davranışlar, ortalama haftada en az iki kez 3 ay boyunca görülmektedir. Beden ölçüleri ve vücut ağırlıkları öz değerlendirme için büyük önem taşımaktadır (Alliance for Eating Disorders Awareness, 2014). BN’nın ‘çıkartma olan’ ve ‘çıkartma olmayan’ olmak üzere iki alt tipi vardır. Çıkartma olan tipte, bulimia ataklarında, istemli kusma veya laksatif, diüretik ve lavmanların kötüye kullanımı görülmektedir (APA, 2013).

2.2.3 Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)

TYB, çoğu kişinin benzer koşullar altında yiyebileceği miktardan daha kısa sürede önemli ölçüde daha fazla yeme ve yeme dürtüsü eksikliği ile yinelenen ataklar ile karakterizedir. Bu bozukluk ağır endişe ile ilişkili olup, yaklaşık olarak üç aylık bir sürede en az haftada bir kez görülmektedir. TYB’da telafi edici davranışlar görülmese de sürekli olarak tıkanırcasına yeme atakları gerçekleşmektedir (Alliance for Eating Disorders Awareness, 2014). TYB, başlangıç yaşı, cinsiyet ve ırk dağılımı, psikiyatrik komorbidite ve obezite ile ilişkili olarak AN ve BN’den farklıdır. TYB sıklıkla obez bireylerde görülür, ancak psikopatoloji, vücut ağırlığı ve

şekil ile ilgili endişeleri ve yaşam kalitesi düzeyleri obeziteden farklıdır (Wonderlich ve ark., 2009).

2.2.4 Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları (OSFED)

AN ve BN, DSM'ye göre belirtilen en yaygın iki yeme bozukluğudur. Ancak, hem klinik hem de toplum örneklerinde tanısı konulan en yaygın yeme bozukluğu OSFED'dir. OSFED, heterojen, iyi tanımlanmamış YB grubudur ve AN, BN ve TYB ile bazı benzer özellikleri taşımaktadır. OSFED ile ilgili erken belirtiler ve tıbbi/psikolojik durumlar, diğer YB'nda olduğu kadar ağır/şiddetlidir. OSFED, obezite ile bağlantıları açısından farklılık göstermektedir (Machado ve ark., 2007; Alliance for Eating Disorders Awareness, 2014).

OSFED'e dahil olan gruplar; (Alliance for Eating Disorders Awareness, 2014)

1. Atipik AN: AN için tüm kriterler karşılanır, ancak önemli kilo kaybına rağmen kişinin vücut ağırlığı normal aralıkta veya üzerindedir.
2. BN (az sıklıkta ve/veya sınırlı süreli): BN için tüm kriterler karşılanmaktadır, ancak aşırı miktarda yemek yeme ve uygunsuz telafi edici davranışlar ortalama haftada bir kereden az veya 3 aydan daha az sürede ortaya çıkmaktadır.
3. TYB (az sıklıkta ve/veya sınırlı süreli): TYB için tüm kriterler karşılanmaktadır, ancak tıkanırcasına yeme, ortalama haftada bir kereden az veya 3 aydan az sürede ortaya çıkar.
4. Arındırma davranışı bozukluğu: Tıkanırcasına yeme durumu yokluğunda vücut ağırlığı ve biçimini korumak adına tekrarlayan arındırma davranışları (çıkarma, laksatif, diüretik veya diğer ilaçları kullanma) mevcuttur.

2.2.5 DSM Tanı Kriterlerinde Yer Almayan Yeme Bozuklukları

2.2.5.1 Beden Dismorfik Bozukluğu

DSM-V'e göre Beden Dismorfik Bozukluğu, kişinin vücudundaki görünümle ilgili hayali bir kusur ile aşırı ölçüde uğraşması veya takıntı geliştirmesidir. Bireyde küçük bir kusur vardır veya bunu hayal ediyordur. Hafif bir fiziksel anormallik varsa, kişinin kaygısı aşırı derecede artar. Bireylerdeki artan saplantı sosyal, mesleki veya diğer alanlardaki ilişkilerini etkileyerek günlük hayatına önemli ölçüde zarar vermektedir. Hastaların ortak semptomları; özsaygı eksikliği ve kusurları olduklarını düşündüklerinden başkaları tarafından reddedilme korkusudur (Alliance for Eating Disorders Awareness, 2014).

2.2.5.2 Bigoreksiya (Kas dismorfizmi)

Bigoreksiya (Kas dismorfizmi) bireyin çok küçük, az gelişmiş ve/veya zayıf olmaya karşı saplantı geliştirmesine neden olan bozukluktur. Tipik olarak, kas dismorfisine sahip olanlar zayıf ya da az gelişmiş değildir ve aslında fazla kas kütlelerine sahiptirler. Mükemmel bir fiziğe sahip olma konusunda saplantı geliştirerek kaslarının yetersiz olduğuna inanırlar. Bu bozukluk Beden Dismorfik Bozukluğu'nun bir formudur ve obsesif kompulsif bozukluklar (OKB) ile ilişkilidir (Alliance for Eating Disorders Awareness, 2014).

Erkeklerin daha duyarlı olmasına rağmen, hem erkek hem de kadınlar bu bozukluktan etkilenebilirler. Spor salonuna giden obsesif erkeklerin yaklaşık %10'unun bu bozukluğa sahip olduğu tahmin edilmektedir. Kas Dismorfisi'nin erkeklerde ortak bir bozukluk olmasının bir nedeni, erkeklerin iri ve güçlü olması gerektiren ortak stereotipe sahip olmalarıdır (Alliance for Eating Disorders Awareness, 2014).

2.2.5.3 Gece Yeme Sendromu

Gece yeme sendromu, ilk olarak Stunkard ve ark. tarafından 1995 yılında 25 tedaviye dirençli obez hastada yapılan bir çalışmada tanımlanmıştır (Stunkard ve ark., 1995). Gece yeme sendromu, sabah anoreksiya durumu ile başlayarak geceleri uyanarak fazla miktarda yemek tüketmek (hiperfaji) ile devam eder. Bu bozukluğun esas klinik özelliklerinden biri, yemekten sonra günlük kalorisinin en az %25'ini tüketerek öğünlerin zamanlamasının bozulmasıdır (O'Reardon ve ark., 2005). Genel olarak, gece yeme sendromu, obez insanların %10'unda görülür (Gluck ve ark., 2001). Gelişmiş ülkelerde, nüfusun %1-2'sini etkiler. Obezite için tedaviye başvuran insanların %6'sında gece yeme sendromu görülür ve gastrik bypass ameliyatı için başvuran hastaların %28'i gece yeme sendromundan muzdariptir. Her yaşı ve her iki cinsiyeti etkilese de, genç kadınlarda daha sık görülür (Alliance for Eating Disorders Awareness, 2014).

2.2.5.4 Pika

Pika, ilk kez M.Ö. 4. yüzyılda Hipokrat tarafından belgelenen bir yeme bozukluğudur. Tiksime olmadan bir aydan uzun süre boyunca gıda olmayan maddeleri yeme sendromudur. En çok tüketilen malzemeler; buz, kum, kil, toprak, plastik, kumaş, tebeşir, kağıt, saç ve kibrit ucudur (Özdemir, 2015). Özellikle 6 yaşından küçük çocuklar, düşük sosyo-ekonomik gruplar ve zeka geriliği olan çocuklar arasında daha yüksek bir orana sahiptir (Koçak, 2000).

Pika sendromu'nun etiyolojisi bilinmese de; özellikle çocukluk ve gebelik, anemi ve mineral eksikliği, psikiyatrik bozukluklar, hemodiyaliz, AN gibi davranış bozuklukları, aile içi stres durumunda ve OKB'da görülmektedir (Rose ve ark., 2000). Yiyecek dışı maddelerin tüketilmesi; ağır metal toksisitesi, gastrointestinal obstrüksiyon, bağırsak delinmesi, paraziter enfeksiyonlar, kurşun zehirlenmesi veya

diş çürüğü ve diş kırıkları gibi diş hastalıkları gibi ciddi tıbbi komplikasyonlara neden olabilir (Alliance for Eating Disorders Awareness, 2014).

2.2.6 Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi

YB'nın etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte gelişimi ve idamesinde biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayan multifaktöriyel bir yaklaşım olduğu düşünülmektedir (Becker ve ark., 1999; Kaye ve ark., 2000). Genel olarak, diyet yapmak, YB'nın gelişiminde önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Diğer yandan, yapılan çalışmalar YB'nın gelişiminde genetik katılıma dair bazı kanıtlar sağlamıştır, fakat bazı bireylerde neden YB'nın geliştiği diğerlerinde ise gelişmediği izah edilememektedir. Araştırmalar, benlik saygısı, sosyal destek ve uyum, başa çıkma ve beden imajı ile ilgili kaygı ve vücut memnuniyetsizliğinin YB'nın gelişiminde rol oynayan önemli faktörler arasında olduğunu belirtmektedir (Ghaderi ve Scott, 2001). YB'nın meydana gelmesini tetikleyen hiçbir faktör tek başına yeterli değildir. Ortaya çıkma ihtimali, risk faktörlerinin sayısı ve etki gücüyle ilgili olduğu düşünülmektedir (Öyekçin ve Şahin, 2011).

2.2.6.1 Genetik ve Biyolojik Faktörler

Aile ve ikiz araştırmalardan elde edilen veriler, genetiğin YB'nın etiyolojisinde rol oynadığını göstermektedir. YB olan kişilerin akrabalarında, olmayanlara göre YB görülme riski 10 kat fazladır. BN gelişme riski ise 4 kat daha fazladır. Ayrıca, bireyler kendilerini aç bıraktıkları, aşırı yedikleri veya arınmaya çalıştıklarında bu davranışlar beyin kimyasını değiştirebilir (Dalle, 2011; Alliance for Eating Disorders Awareness 2014). Yapılan çalışmalar AN, BN ve TYB'nin kompleks genetik hastalıklar olduğunu, ve her bozukluk için tahmini kalıtsallık oranının %50 ile %83 arasında değiştiğini göstermiştir (Bulik ve Tozzi, 2004; Bulik

ve ark., 2007; Javaras ve ark., 2008). Bu, hastalığın biyolojik doğasına işaret eder (Kendler ve ark., 1991).

YB'nda bulunan biyolojik bulguların çoğu açlık veya bozulmuş yeme davranışların varlığında anlaşılabilir da bazıları nedensel olarak risk veya sürdürülebilir faktörler ile bağlantılıdır. Beyin, enerji alımının %20'sini kullandığı ve özellikle glukozla bağımlı olduğu için kötü beslenme sonucu savunmasız kalır. Bu nedenle, kötü beslenme iştah sistemindeki spesifik etkiye ek olarak, beyin fonksiyonunu etkilemektedir. Çoğu YB, ergenlik döneminde ortaya çıkar; savunmasız beyin reorganizasyonu dönemi ve bu kritik dönemde malnütrisyon hastalık gidişatını olumsuz yönde etkileyebilir (Treasure ve ark., 2010).

YB'nda çoklu nörobiyolojik duyarlılık mevcuttur (Kaye, 2008). Anormal nörokimyasal ve tokluk mediyatör seviyeleri, ruh hali ve iştahı düzenleyen fizyolojik faktörler ile bağlantılıdır. Genetik faktörler nörokimyası etkilemektedir; serotonin, endorfin ve norepinefrin düzeyleri, YB olan hastalarda azalmakta ve düzensiz yeme örüntüsüne yol açabilir (Cartwright, 2004). YB olan hastalarda tipik olarak kortizol ve vasopressin seviyeleri yüksektir ve bu maddelerin yüksek seviyeleri stresle ilişkilidir. Özellikle AN'nın nörolojik gelişiminde bahsedilen faktörler önem taşımaktadır. Anoreksiklerde yüksek kortizol düzeyleri ruh hali ve iştahı etkiler (Mitchell ve ark., 1997).

2.2.6.2 Çevresel ve Sosyal Faktörler

Çevresel ve sosyal faktörlerin YB'nın gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir (Shoebridge ve Gowers, 2000). Çevresel faktörler, gebeliğin başlangıcında oluşabilecek YB'nın gelişimini etkilemektedir. YB olan bireylerin annelerinin hamilelikte strese daha fazla maruz kaldığı düşünülmektedir (Favaro ve ark., 2006). "Mükemmel" bedene ulaşmak için gerçekçi olmayan baskılarla,

mükemmellik imgelerinin sürekli akışı ve güzelliğin dar tanımları, medya ve toplumsal beklentiler kesinlikle özsaygı ve benlik değerini etkilemektedir. Çok erken yaşlardan itibaren kabul görmek için çeşitli öğretilen mesajları ("zayıflık güzelliiktir" veya diğer "güzellik standartları" gibi) taklit etmemiz gerektiği öğretilmektedir (Alliance for Eating Disorders Awareness, 2014). Bazı gelişmiş ülkelerde zayıflığa yüklenen aşırı değer, en uç noktada diyet yapma ve ağırlık kontrolü uygulamalarını teşvik etmektedir. Bireyin vücut şekli ile ideal vücut şekli arasındaki negatif karşılaştırmalar, özsaygı eksikliğine neden olur (Groesz ve ark., 2002). Günümüzde zayıf bedene sahip sanatçı veya sporcular, sosyal medya araçları ile özellikle ergenlere rol model oluşturarak ve zayıflama baskısına neden olarak YB'nın gelişiminde etkili olmaktadır (Derenne ve Beresin, 2006). 21. yüzyılda, aşırı incelik moda durumdadır ve ergenler bu durumdan fazlasıyla etkilenmektedir. Diyet yapmak ve vücut memnuniyetsizliği birçok ergen için standart haline gelmiştir (Cartwright, 2004). Olumsuz aile etkileri, özellikle ebeveyn yorumları ve diyet alışkanlıkları, özsaygı, vücut algısı ve yeme davranışlarını büyük ölçüde etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada, 9 yaşındaki çocukların %40-50'sinin kilo vermek için diyet yaptıkları ve birçoğunun annelerinin bu durum için çocukları teşvik ettikleri rapor edilmiştir (Mellin ve ark., 1992).

2.2.6.3 Psikolojik Faktörler

Birçok uzman, YB'nın diğer bağımlılık temelli davranışlara benzediğine inanmaktadır. Aşırı duygusal sıkıntıyla başa çıkmak, sakinleşmek veya yatışmak için yiyecekleri kullanma, aşırı yeme veya kısıtlayıcı diyet yapma, aynı sebeplerden dolayı alkol kullanımı ile benzer olduğu düşünülmektedir. Düzensiz yeme örüntüsü yanlış bir kontrol hissi verir. YB mağdurları; düşük benlik saygısı, depresyon, kontrol kaybı, değersizlik duyguları, kötü aile iletişimi veya başa çıkma

mekanizmalarının olmaması gibi benzer kişilik özelliklerine sahip olma eğilimindedir (Diaz-Marsa ve ark., 2000; Klump ve ark., 2000). YB; depresyon, kaygı, OKB, post-travmatik stres bozukluğu ve kişilik bozukluğu gibi diğer zihinsel sağlık bozukluklarıyla birlikte ciddi morbiditeye sahiptir. Çocuklukta ortaya çıkan duygu durum ve anksiyete bozuklukları, OKB, mükemmeliyetçi kişilik eğilimlerinin erken dönemlerde ortaya çıkması, YB'nın gelişmesinde özellikle AN'da etkili olduğu düşünülmektedir (Vitousek ve Manke, 1994; Alliance for Eating Disorders Awareness, 2014).

2.2.6.4 Kişilerarası Faktörler

YB genellikle güçsüz hissi bırakan travmatik bir olay sonrasında ortaya çıkar. YB olan kişilerin büyük bir çoğunluğu geçmişte mutlaka aşırı kilolu olma, ağırlık ile alay edilme veya sosyal izolasyon hissi yaşamışlardır (Cartwright, 2004). Literatürdeki bilgiler, duygusal, fiziksel veya cinsel istismarın herhangi bir biçimine maruz kalmış birçok kişide YB'nun olduğunu göstermektedir. Bu insanların çoğu, YB'nın onları korumak, anılarını bastırmak, engellemek veya duygularını uyuşturmak için yardımcı olduğunu keşfetmiştir (Vitousek ve Manke, 1994; Alliance for Eating Disorders Awareness, 2014). Bulimik bireyler üzerinde yapılan bir çalışma, çocukluk döneminde sağlıklı kontrol grubu ile kıyaslandığında, bulimiklerin daha sıklıkla fiziksel, cinsel ve duygusal istismara maruz kaldıklarını, çocukluk döneminde %50'sinin fiziksel ve %30'nun cinsel istismara maruz kaldıklarını rapor etmiştir. Bu durumların, yaşamın ileriki dönemlerinde bir tür psikiyatrik bozukluğun gelişmesine neden olduğu, ancak bu bozukluğun yeme bozukluğuna neden olacağının kesin olmadığı bildirilmektedir (Wonderlich ve ark., 1997).

Bir bireyin büyürken alay konusu olması veya lakap takılarak komik duruma düşmesi durumunda, başa çıkma mekanizması olarak yemeğe yönelme eğiliminde

olabilir (Vitousek ve Manke, 1994). Bunlara ek olarak, YB, ölüm, kayıp veya terk edilme sonucu ortaya çıkabilmektedir. Yas tutma ve/veya baş etme yeteneği bulunmadığı durumlarda birey, kısıtlama veya aşırı yeme yoluyla duygularını uyuşturmaya çalışmaktadır (Vitousek ve Manke, 1994; Alliance for Eating Disorders Awareness, 2014).

2.2.6.5 Diğer Faktörler

Kadın olma, genç yaş, cinsel ve fiziksel istismar, estetik veya ağırlık odaklı spor branşları ve kalıtım, yüksek YB prevalansı ve insidansı ile ilişkili bulunmuştur. Bunun aksine, etnik köken, sosyo-ekonomik durum, eğitim ve demografik özellikler ile YB epidemiyolojisi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Mitchison ve Hay, 2014). Bunlara ek olarak, diğer potansiyel risk faktörleri bazı hastalık öncesi özellikler; aile geçmişinde depresyon, alkolizm (BN) ve erken menarş (BN) olarak bilinmektedir (Jacobi ve ark., 2004).

2.2.7 Yeme Bozukluklarının Prevalansı

YB dünya çapında, gelişmiş ülkelerde ve Brezilya ve Çin gibi gelişmekte olan ülkelerde sıklıkla görülmektedir (Chen ve Jackson, 2008; de Souza ve da Veiga, 2008). Bireylerin duygusal dalgalanmalara ve etkilere daha yatkın olduğu dönemlerde, genellikle ergenlik ve erken yetişkinlikte görülmektedir (Cartwright, 2004; Treasure ve ark., 2010). Toplumun bu kesimini (%86'sını) 20 yaşından önce etkilemektedir (Becker ve ark., 1999). AN, 15-19 yaş aralığında olan adölesan kadınlarda sıklıkla görülmekte ve tüm vakaların yaklaşık olarak %40'ını oluşturduğu düşünülmektedir. Yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olan bireylerde daha fazla görüldüğü ve az gelişmiş ülkelerde görülme sıklığının daha az olduğu bildirilmiştir (Shoebridge ve Gowers 2000). AN ve BN'nin genç kadınlar arasındaki prevalansının %0,3 ile %1 arasında olduğu düşünülmektedir. Siyez (2006) yaşları 10-19 arasında

değişen adölesanlarda AN ve BN'nın prevelansının kızlarda yaklaşık olarak %2-4 arasında olduğunu, erkeklerde ise bu oranının %0,2 olduğunu belirtmiştir. AN, kız ergenlerde en sık görülen kronik rahatsızlıklar arasında yer almaktadır (Siyez, 2006).

Kadınlar erkeklere göre YB'dan daha fazla etkilenmektedir. Gelişmiş ülkelerde ortalama prevelans, kadınlarda AN için %0,9, BN için %1,5, TYB için %3,5, erkeklerde sırasıyla %0,3, %0,5 ve %2,0 olarak bildirilmiştir. Yetişkinlerde YB'nın yaşam boyu yaygınlığı, AN için yaklaşık %0,6 ve BN için %1'dir (Hudson ve ark., 2007). APA'ya göre, Amerikalı kadınların ortalama olarak %0.5-3,7'si yaşamları boyunca AN'ye maruz kalmaktadır (APA, 2000).

TYB, ABD'de en yaygın yeme bozukluğudur. Ancak, TYB ile ilgili insidans çalışmaları henüz mevcut değildir (Smink, 2013). Tahmini olarak, gelişmiş ülkelerde kadınların %3,5'i ve erkeklerin %2'sine klinik olarak TYB teşhisi konulmuştur (Alliance for Eating Disorders Awareness, 2014).

Yeme bozuklukları arasında AN en yüksek mortalite oranlarına (%0,56/yıl ve %5,6/10 yıl) sahiptir (Sullivan, 1995; Crow ve ark., 1999). Keski-Rahkonen (2007) ve ark. tarafından yapılan çalışmada AN'dan kaynaklı ölüm oranı %5,6 olarak rapor edilmiştir. En yaygın ölüm nedenleri, kardiyak arrest, elektrolit dengesizlikler ve intihardır (Keski-Rahkonen, 2007).

2.2.8 Yeme bozuklukları ve Fiziksel Aktivite

Birçok olumlu etkilerine rağmen, fiziksel aktivitenin YB'nın gelişimi için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Spor yapan bireyler, beslenme uzmanı veya diyetisyen yönlendirmesi altında belirlenmiş olan beslenme biçimini uygulamadan kendi oluşturdukları yöntemleri izledikleri zaman yetersiz ve dengesiz beslenme ortaya çıkmakta ve dolayısıyla YB görülmektedir (Donini ve ark., 2004; Eriksson ve ark., 2008). Literatürde mevcut olan birçok çalışma tarafından YB'nın fiziksel olarak

aktif bireyler arasında yaygın olduğu rapor edilmiştir (Sundgot-Borgen ve Torstveit, 2004; Glazer, 2008; Hoch ve ark., 2009; Chapman ve Woodman, 2015).

Buna ek olarak, özellikle YB risk altında olan profesyonel sporcuların sayısı gün geçtikçe artış göstermektedir. Sporcuların genel popülasyondaki bireylere kıyasla YB geliştirme riskinin yüksek olmasının çeşitli nedenleri mevcuttur. Birincil olarak, sporcuların ideal bir vücut şekline sahip olmaları gerektiğine dair artan sosyokültürel baskıya maruz kaldığı düşünülmektedir. Toplumun ince bir vücut ideali baskısına ek olarak sporcular yaptıkları sporun gereksinimlerine göre fiziklerini ve dolayısıyla performanslarını geliştirmeleri gerektiğinden, bu durum sporcular üzerinde ek bir baskıya neden olmaktadır. Performans nedeniyle düşük vücut ağırlığı veya düşük vücut yağına ve bale ve jimnastik gibi dış görünüşün mkemmelenmesine ihtiyaç duyulan spor dallarında yarışan sporcuların yoğun baskı altında oldukları düşünülmektedir (Byrne ve McLean, 2001). Yapılan birçok alışma, YB'nın belirli vücut ağırlığı veya şekli gerektiren spor dalları ile uğraşan sporcular arasında daha yaygın olduğu tespit edilmiştir (Sundgot-Borgen, 1994; Busanich ve ark., 2014; Maraz ve ark., 2015). Norveç'teki çalışmadan elde edilen sonuçlar, yüksek performanslı sporcuların patolojik yeme davranışlarının genel popülasyondaki kontrol grubuna göre daha yüksek oranda olduğunu ortaya koymuştur (Sundgot-Borgen ve Torstveit, 2004).

İkincil neden olarak sporcuların YB'na karşı olan savunmasızlığı; mükemmeliyetçi, amaç odaklı, rekabetçi ve performansa aşırı şekilde odaklanmalarındadır. Bu nitelikler atletik performansda mükemmelliğe yol açabilirken, aynı zamanda sporcuların YB riski altında olmalarına da neden olabilir. nc olarak, YB'nın başlangıcı tipik olarak ergenlik döneminde veya yetişkinlik döneminde ortaya çıkar ve bu dönem çoğu profesyonel gencin performanslarının top

noktada olduğu ve yarışmalara katıldıkları yaş aralığıdır. Ergenlik döneminin başlangıcı ve buna eşlik eden vücut şeklindeki hızlı değışimler, sporcular özellikle kadın atletler için sadece atletik performansı değil aynı zamanda vücut ağırlığı ve şekiline yönelik tutumların etkilediğinden önemlidir. Tüm bu koşullar göz önünde bulundurulduğunda, sporcuların YB bakımından oldukça yüksek bir prevalansı göstereceğı beklenebilir (Byrne ve McLean, 2001).

2.2.9 Yeme Bozukluklarının Tedavisi

Hastanın tıbbi komplikasyonları giderilip stabilize edildiğinde, YB'nın fiziksel ve psikolojik yönlerini tedavi etmeyi amaçlayan tedaviye başlanabilmektedir. YB'nda en önemli prensip kanıta dayalı tedavi uygulamaları, hastalığın şiddetine uygun ihtiyaç duyulan tıbbi müdahale ve ciddi durumda olan hastalarda multidisipliner yaklaşımdır. YB olan hastalarda sağlık hekimi, psikiyatrist ve beslenme uzmanları bir ekip olarak çalışmalıdır (Cartwright, 2004; Öyekçin ve Şahin, 2011). YB olan hastaların güvenilmez, gizli, manipülatif eğilimleri vardır. Hastalığı inkar etme bu bireylerde yaygın olarak görülmektedir. Tedavide bireyin kendisi, ailesi ve arkadaşlarıyla görüşme yapılması önerilmektedir (Cartwright, 2004).

YB'nın tümünde genel amaç, sağlıklı ve sabit bir vücut ağırlığına ulaşmak, bozulmuş yeme davranışlarını kontrol altına almak, dengeli duygusal ve bilişsel durum oluşturmak, YB'na eşlik eden hastalıkları tedavi etmek, relapsları kontrol altına almaktır. YB'nın değerlendirmesi; tıbbi, besinsel, psikoterapötik, davranışsal ve farmakolojik yaklaşımları kapsamaktadır. Planlanacak olan tedavi yöntemleri hastalığın şiddetine uygun olmalıdır. İlk kapsamlı ayaktan değerlendirme sonrası hastalar gerekli tıbbi müdahale için ihtiyaca uygun yönlendirilmelidir (Öyekçin ve Şahin, 2011). Kendiliğinden hızlı kilo kaybı, akut psikiyatrik olaylar veya önemli

tıbbi komplikasyonlar yaşıyan kişilere tedavi önerilmektedir. Psikoterapi, grup terapisi, aile terapisi, bilişsel davranışçı terapi ve kendi kendine yardım, sıklıkla hem yatarak hem de ayakta tedavide tek tek veya birlikte kullanılır (Cartwright, 2004).

Selektif serotonin geri alım inhibitörleri gibi antidepresan ilaçlar, genellikle BN tedavisinde sıklıkla kullanılır. Selektif serotonin geri alım inhibitörleri, normal vücut ağırlıklarına ulaşan hastalarda nüksetmeyi önlemeye yardımcı olabilmektedir. Anti-anksiyete ilaçları ve atipik antipsikotik ajanlar AN tedavisinde yarar sağlamaktadır (Cartwright, 2004).

2.3 Ortoreksiya Nervoz (Sağlıklı Beslenme Takıntısı)

2.3.1 Ortoreksiya Nervoz Tanımı

Sağlıklı beslenme ile ilgili bilinç, gelişmiş toplumlara ait kişilerin odak noktası haline gelmiştir. Tüketilen besinlerin kalitesi, miktarı ve türü hakkında seçici olmak sağlıklı kalmanın anahtarıdır. Ancak, tüketilen besinlerin türü ve kalitesindeki seçicilik ve fit kalmak için diyet ile ilgili psikolojik bir saplantı geliştirmek arasında çok ince bir çizgi vardır. Yiyeceklerin miktarı veya türü ile ilgili bu tür psikolojik saplantıların geliştirilmesi genellikle düzensiz yeme örüntüsü ve aşırı durumlarda psikolojik YB'na neden olmaktadır (Chaki ve ark., 2013).

Son zamanlarda, bilimsel topluluklar, literatür, beslenme uzmanları ve görsel basın “ortoreksiya nervoz” isminde yeni bir kavram kullanmaya başlamışlardır (Bağcı ve ark., 2007). ON kavramı ilk olarak Steven Bratman tarafından 1997 yılında tanımlanmıştır (Mathieu, 2005; Fidan ve ark., 2010). Yazar, ON terimini uygun ve sağlıklı yiyeceğin tüketilmesine ilişkin patolojik takıntıyı tanımlamak üzere kullanmıştır. Bratman'ın, Yoga Journal'da yayımladığı yazısından 3 cümlelik alıntı anlamlı ve etkileyicidir;

"Ortoreksiya sorununa duyarlılığım çoğunlukla kişisel deneyimimden gelmektedir. Kendim de takıntılı saf besin tüketme evresinden geçtim (...)

hasta ve alternatif tıp uygulayıcıları birbirlerinden etkilenerak besin abartılı bir odak oluşturmaktadırlar (...) bu yeni yemek davranışı bozukluğuna ortoreksiya nervoza adını verdim” (Bratman, 1997).

Ortoreksiya, sağlıklı beslenme amacıyla oluşan sağlıksız takıntıyı belirtmek üzere kullanılan bir terimdir. “Ortoreksiya” kelimesi Yunanca "doğru, uygun veya gerçek" anlamına gelen “orthos” ve "açlık veya iştah" anlamına gelen "orexis" sözcüklerinin birleşmesi ile oluşmuştur. Terim, 'doğru iştah' anlamına gelse de 'sağlıklı beslenme'yi belirtmek için kullanılmaktadır (Bratman ve Knight, 2000; Zamora ve ark., 2005; Brytek-Matera, 2015).

ON, sağlıklı bir diyet (ortorektik bireyin neyin sağlıklı olduğu inancına bağlı olarak) tüketme arzusuyla karakterizedir (Donini ve ark., 2004). Ortorektik bireylerin sağlıklı besinleri tüketmeye çok fazla dikkat etmeleri ve bu meşguliyet için aşırı zaman harcamalarından dolayı, davranış ve kişilik ile bağlantılı bir bozukluk olarak kabul edilebilir (Brytek-Matera, 2012). Genelde bu durum uzun süreli olduğu ve geçici olmadığı zaman ve bu davranışın bireyin yaşam kalitesi üzerinde önemli bir olumsuz etkisi olduğunda ortoreksiya söz konusudur (Donini ve ark., 2005). ON’da, diğer YB’nda olduğu gibi besin alımının miktarı ile ilgili obsesyonlar yerine besin alımının kalitesi hakkında bir saplantı mevcuttur. ON, kişinin yaşantısına müdahale eden “saf” besin tüketme obsesyonudur (Bağcı ve ark., 2007). ON ince olma, kilo verme veya dış görünüşü değiştirme ile ilgili değil; tüketilen besinlerin saflığı ve sağlıklı olmaları ile ilgilidir. Ortorektik bireylerin günleri; doğru besinler tüketerek -iyi veya kendilerini -kötü birşey tükettiklerinde cezalandırarak ya da kendilerinden nefret ederek (diyetlerini daha fazla sıkmak, aç kalmak) geçmektedir. Bu durum perspektif ve denge kaybından kaynaklanmaktadır (Bratman ve Knight, 2000; Hepworth, 2010). ON sağlıklı beslenmenin; sağlık, yeme ve besinlerin kalitesi ile

ilgili korku ve kaygı ile ilişkili olmasından dolayı zararlı bir davranış olarak bilinmektedir (Brytek-Matera, 2012).

2.3.2 Ortoreksiya Nervoza'nın Özellikleri/Belirtileri

Sağlıklı besinleri tüketme arzusu kendi başına anormal bir davranış değildir, ancak kişiler normal yaşam biçimlerinden vazgeçtikleri zaman bu durum ON olarak tanımlanır. Ortorektikler, beslenmenin doğasını, terimlerini ve ritmini etkileyen bir dizi kısıtlama getirirler (Zamora, 2005; Arhire, 2015). Ortorektik yeme davranışı, sağlıklı beslenme, besinlerin sağlığa zararlı etkileri ve potansiyel faydaları hakkında aşırı düşünceler besleme ve kendi kendine empoze edilen beslenme kurallarına katı bir bağlılık ile zihinsel meşguliyet ile karakterizedir (Barthels, 2015).

Ortoreksiya'nın temel semptomu, sağlıksız beslenme nedeniyle hastalanma korkusudur ve başlangıçta birey sağlıklı bir diyetle uyarak sağlığını iyileştirmek, bir hastalığı önlemek veya tedavi etmek niyetindedir, ancak sonuçta diyet hayatlarının en önemli parçası haline gelir. Bratman, ON'da ince olmak arzusu ve kasıtlı kilo kaybının mevcut olmadığını vurgulamıştır (Bratman ve Knight, 2000; Catalina ve ark., 2005 ve Gezer ve Kabaran, 2013).

Sağlıklı yemek yeme kişinin sağlıklı olmak için geliştirdiği bir saplantıdır. Ortorektik yeme davranışının bireysel özellikleri çok yönlüdür ve sağlıklı beslenmenin subjektif tanımına bağlıdır (Barthels, 2015). Ortorektik bireylerde, tükettikleri besinlerin biyolojik olarak saf olması, bu besinlerin herbisitler, pestisitler ve diğer yapay maddeleri içermemelerine karşı patolojik bir saplantı oluşmaktadır (Bartrina, 2007). Gıda katkı maddelerinin (örneğin; renk vericiler, koruyucular, lezzet arttırıcılar) tamamen reddedilmesi ayrıca gıda seçimini sınırlamaktadır (Catalina, 2005; Zamora, 2005; Barthels, 2015). Bireyler genetiği değiştirilmiş, fazla miktarda tuz veya şeker içeren sağlıksız yiyecekleri de tüketmekten

kaçınmaktadırlar. Yemek yemeyi reddedebilir veya sadece çiğ sebze veya sadece belirli renkllerdeki besinleri tükettikleri görülebilmektedir (Bartrina, 2007; Carrie, 2011; Gezer ve Kabaran, 2013).

Etkilenen kişiler sağlıklı olarak gördükleri besinlerden kaçınmaya odaklanırlar. Bazı durumlarda tekil besinleri (örneğin bazı meyveler veya sebzeler), bazenleri ise tüm besin grubunu (örneğin hayvansal kökenli tüm ürünler) tüketmeyi reddederler. Sağlıklı olarak kabul ettikleri besinlerin spesifik seçimine odaklanır veya beslenme takviyeleri alırlar. Bu farklı varyasyonların temel ortak özelliği, sağlıklı beslenmenin öznel tanımının zaman içinde daha katı hale gelmesinden dolayı tüketebilecekleri besinlerin giderek azalma ile sonuçlanmasıdır. Farklı ortorektik diyetlerin heterojenliği ve sağlıklı beslenmenin subjektif tanımlarına bağlı olarak değişen riskler bilimsel literatürden alınan vaka raporlarıyla Tablo 1’de verilmiştir. (Barthels, 2015).

Tablo 2.1 Ortorektik yeme davranışlarının literatürden olgu sunumları (Barthels, 2015)

Genel Taslak 1: Ortorektik Yeme Davranışlarının Literatürden Olgu Sunumları

Bratman'ın alternatif tıp uygulamasından vaka raporu (Amerika Birleşik Devletleri):

- Besinlerde doğal olarak bulunan vitamin ve minerallerin günlük gereksinimleri karşılamak için yeterli olmadığını düşünen kadın hasta kendi belirlediği programa göre aşırı miktarda diyet takviyesi tüketmekte ve takviyelerin etkinliğini artırmak üzere bazı kombinasyonlar yaparak onları tüketilmiştir.
- 4 yaşındaki erkek çocuğu, anne-baba tarafından empoze edilen makrobiyotik yeme davranışı nedeniyle hemen hemen dehidrate edilmiştir.
- Hipokondriyal korkular (örn. kanser korkusu) sonucu birkaç hasta çok seçici yeme davranışı göstermişlerdir.

İspanya'dan alınan vaka raporu:

- 28 yaşındaki ciddi derecede düşük ağırlıklı olan bayan hasta, en doğal besin grubu olduğu inancıyla yalnızca tohum tüketmiştir. Amacının kilo vermek olmadığını açıklamıştır.

Almanya'dan alınan vaka raporu:

- Sağlıklı besinleri seçmek ve kombine etmekle karakterize bir yeme davranışına sahip olan 26 yaşındaki kadın öğrenci, birbirine bağlı zaman aralıkları ile tam olarak tanımlanmış yemek zamanı ve tüketilebilen besin kombinasyonlarından oluşan katı bir diyet programını uygulamıştır.
-

Valera (2014) ortorektik bireylerin; (a) gıdaların her bir içeriğini bilme ihtiyacı duyduklarını, (b) öğünlerini programlamak zorunda hissettiklerini, (c) vücutlarını kontamine etmekten korktuklarını (d) doğal olmayan maddeleri tüketmekten tiksindiklerini, (e) sürekli olarak detoks yapmak ve saf hale gelme arzusu içinde olduklarını, (f) diyetlerini sıkı takip etmedikleri zaman kendilerini

suçladıklarını, (g) farklı diyetleri uygulayanlara karşı tepkili olduklarını, ve (h) aynı görüşte olmayan insanlarla ilişki kurmakta zorluk yaşadıklarını çalışmasında belirtmiştir (Valera ve ark., 2014).

Ortorektik bireyler evlerinin dışında yemek yemeyi reddetmektedirler, bunun nedeni dışarıda hazırlanan yiyeceklere güvenmemeleridir. Yiyeceklere karşı belirli bir tutumları vardır ve yemeklerini belli bir şekilde kendileri hazırlarlar. Ortorektik bir kişi zamanla kendine özgü yeme kurallarını geliştirir ve sonunda diyetini kendinin belirlediği beslenme kurallarına göre kısıtlar. Gıdaları hazırlama teknikleri (sebzelerin doğrama şeklinin belirli bir yöntemle yapılması) ve kullanılan malzemeler (belirli türde kapların kullanılması, sadece seramik veya ahşap kullanılması, alüminyum ürünlerinin kullanılmaması) de bu obsesif ritüelin bir parçasıdır (Mac, 2001; Bartrina, 2007; ve Karakus ve ark., 2017). Kişisel bakım ve korumaya abartılı şekilde ihtiyaç duyan çok dikkatli, ayrıntılı ve düzenli kişilerdir (Bartrina, 2007). ON'dan muzdarip bireyler, kendileri tarafından saf olmayan ve sağlıksız olarak algılanan besinleri diyetlerinden kaldırmakta, dolayısıyla farklı besinlerin tüketimini bileşimlerine ya da hazırlanma tarzlarına göre reddetmektedirler (Bratman ve Knight, 2000; Zamora ve ark., 2005; Brytek-Matera, 2012).

Ortorektik bireyler, yemekleri araştırmak, analiz etmek ve hazırlamak için günde 3 saatten fazla zaman harcamaktadırlar (Bratman ve Knight, 2000). ON araştırmacıları, günlük yenilecek olan yemeklerin planlamasının ve tamamlanmasının aşırı miktarda zaman aldığını ve yenilecekler konusunda dikkatli ve temkinli düşünmenin var olduğunu, her bir malzemenin dikkatli ve tedbirli şekilde belirlendiğini, satın alındığını ve hazırlandığını ve sonunda bireyin ön yargıya dayalı "sağlıklı" kavramlara ve bu kavramlar etrafındaki kurallara bağlı olarak tatmin ya da

suçluluk duygusu yaşadığını gözlemlemişlerdir (Brytek-Matera, 2012). Ortorektikler marketlerde satılan yiyeceklerin; kaynağını (örneğin; sebzelerin pestisitlere maruz kalıp kalmadığı; süt ürünlerinin hormon takviyeli ineklerden olup olmadığı), işlem (örneğin; pişirme sırasında besin içeriğinin kaybolup kaybolmadığı; mikrobisiner, yapay tatlandırıcılar veya koruyucuların eklenip eklenmediği), ve paketleme şartlarını (besinlerin plastikten türetilmiş kanserojenik bileşikler içerip içermediği, etiketlerin belirli bileşenlerin kalitesini değerlendirmek için yeterli bilgi sağlayıp sağlamadığı) iyice incelemek için oldukça fazla zaman harcamaktadırlar (Donini ve ark., 2004).

Psikolojik olarak, ortorektik bireyler besin/beslenme ile ilgili planları bozulduğunda veya engellendiğinde yoğun hayal kırıklığı, besinlerin saflığı tehlikeye girdiğinde tikslenme ve beslenme ile kuralları ihlal ettiklerinde suçluluk ve kendinden nefret etme duygularını yaşamaktadırlar (Mathieu, 2005). Bratman ve Knight (2000) diyetle ilgili ihlaller daha sıkı bir diyetle kendini cezalandırma arzusuna veya sözde temizlenme diyetleriyle saflaşma isteğine neden olduğunu belirtmişlerdir (Bratman ve Knight, 2000).

2.3.3 Ortoreksiya Nervoza Sınıflandırılması

Günümüzde, ON resmi bir psikiyatrik tanı olarak tanınmamakta ve DSM'nin herhangi bir baskısında belirgin bir bozukluk olarak tanımlanmamaktadır (APA, 2013). Araştırmacıların dikkatlerini yoğunlaştırdıkları ve bir bozukluk olarak tanımlayıp tanımlanamayacağı üzerinde durdukları yeni bir kavramdır (Donini ve ark., 2004; ve Fidan ve ark., 2010). Ortoreksiya giderek daha fazla medyanın ilgisini çekmeye başladığından beridir, araştırmacılar ON'yı benzersiz bir YB olarak sınıflandırmak yerine, YB için bir risk faktörü olarak tanımlamışlardır. Bu düşünceyle ON uygun bir şekilde ele alınmadığı takdirde, bu düzensiz yeme biçimi

zaman içinde tam bir yeme bozukluğuna dönüşebileceği yönündedir (Mac, 2001; Mathieu, 2005).

ON'nın halen DSM'de yer almamasının çeşitli nedenleri vardır. Örneğin; Varga ve ark. (2014) ORTO-15 ölçeğinde psikometrik sınırlamalar (sonuçlarda tutarsızlık, standardizasyon eksikliği ve kültürel çeşitlilik) olduğunu belirtmişlerdir (Varga ve ark., 2014). Ayrıca, yüksek kesim puanının yanlış pozitiflere yol açması tartışmasız ölçeğin tanı aracı olarak uygun olmamasına neden olduğu Ramacciotti ve ark. tarafından bildirilmiştir (Ramacciotti ve ark., 2011).

Bazı araştırmacılar tarafından ON'nın DSM-5 kriterlerine dayanılarak Kaçınan/Kısıtlayıcı Yeme Bozukluğu (ARFID) olarak sınıflandırılması gerektiği belirtilmiştir. ARFID, birçok etiolojiyi kapsayan geniş bir kategori olduğundan, ON'nın bu durumun belirgin bir alt tipi olabileceği düşünülmektedir (APA 2013; Attia ve ark., 2013). Kummer ve ark. (2008)'na göre de ON basitçe AN, OKB veya ARFID gibi başka bir bozukluğun bir alt tipi olarak tanımlanabilir (Kummer ve ark., 2008). Diğer taraftan, Dunn ve Bratman (2016) ON'nın farklı bir durum olduğunu, ON'yı yeme bozukluğunun benzersiz bir formu olarak en iyi şekilde kategorize edilmesi gerektiğini düşünmektedirler. Varolan YB'nın ortoreksiya ile birçok benzerliği paylaştığını, fakat daha sonra diğer yeme bozukluklarından birçok yönden farklılık gösterdiğini iddia etmişlerdir (Dunn ve Bratman, 2016).

2.3.4 Ortoreksiya Nervoza Tanısı

2.3.4.1 Ortoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri

ON'nın evrensel bir tanımı olmamakla birlikte geçerli tanı kriterlerinden yoksundur (Donini ve ark., 2004; Fidan ve ark., 2010). Farklı yazarlar, bazı tanı kriterleri önermiş (Bratman ve Knight, 2000; Donini ve ark., 2004), bazıları ise

durumu deneysel olarak doğrulama girişiminde bulunmuşlardır (Donini ve ark., 2005; Ramacciotti ve ark., 2011).

Bratman ve Knight (2000)'a göre ON, kişide aşağıdaki karakterlerin varlığı ile teşhis edilebilir: •Sağlıklı yemekleri düşünmek ve hazırlamak için günde 3 saatden fazla zaman harcamak •Farklı yeme alışkanlıklarına sahip olanlardan daha iyi hissetmek •Kendine özgü bir diyeti titizlikle uygulamak ve herhangi bir diyet uyumsuzluğunu telafi etmek için telafi edici kısıtlama yapmak •Kendi kendine empoze edilen beslenmeye bağlılık için özsaygıya bağlanmak (beslenme kurallarına uyulduğunda tatmin hissinin oluşması) •Sağlıklı beslenmenin diğer kişisel değerler ve ilişkilerden daha önemli olması ve fiziksel sağlık pahasına yaşamın merkezi odağı haline getirilmesi •Ortorektik bireyler, yenilen yemeğin besin değerine, yemek yemeden alınacak zevkten daha önemli vermektedir. Bu nedenle, ON davranışlar ve tutumlar karışımı olarak kavramsallaştırılmıştır. Yukarıda belirtilmiş olan tanı kriterleri Bratman'ın tecrübelerinden elde edilmiştir. Deneysel olarak tanımlanmamış ve birbiri ardına gerçekleşen davranış kalıplarını, yani herhangi bir sendromu temsil ettikleri tespit edilmemiştir (Bratman ve Knight, 2000).

Barthels (2015) ve Moroze ve ark. (2015) tanı kriterleri için kendi önerilerini yayınlamışlardır (Barthels, 2015; Moroze ve ark., 2015). Diğer bir taraftan, Dunn ve Bratman (2016), ON için iki temel tanı ölçütü önermişlerdir (Tablo 2.2). Tanı kriterleri, yapıcı bir ilk adım olsa da günümüzde güvenilirliği ve geçerliliği hakkında sağlam kanıtlar mevcut değildir (Dunn ve Bratman, 2016).

Tablo 2.2: Ortoreksiya nervoza için önerilen tanı ölçütleri (Dunn ve Bratman, 2016)

Optimal sağlığı (sağlıklı beslenme) teşvik ettiğine inanılan diyet kuralları, besin ile alakalı tekrarlayan ve uygulamalarına karşı saplantılı kalıcı meşguliyetler, kompulsif davranışlar odaklanma	Örneğin; esnek olmayan beslenme
Klinik olarak önemli derecede bozukluk	Örneğin; tıbbi komplikasyonlar, ciddi sıkıntılar ve/veya önemli görev alanlarında bozulma

2.3.4.2 Ortoreksiya Nervoza Değerlendirme Araçları

Ortorektik tutumları belirlemek üzere kullanılan ilk ölçekler; Bratman's Orthorexia Test (BOT) ve ORTO-15'dir (Cuzzolaro ve Donini, 2016). ORTO-15, aslen BOT'ine dayanmaktadır. Her iki ölçek de klinik örneklerde kullanılmakta ve kolaylık sağlaması için birçok dile tercüme edilmiştir. Ancak literatürde kullanılan araçların geçerliliği ve güvenilirliği hakkında raporlama yetersizdir (Missbach ve ark., 2016).

ON'yı değerlendirmek üzere tasarlanan orijinal ölçek Bratman (1997) tarafından geliştirilmiştir (Bratman, 1997). Bratman ve Knight, ON için risk altında olanları tanımlamak için evet/hayır formatında 10 maddelik bir anket tasarlamışlardır. Bu ölçek geçerlilik, güvenilirlik, kesim noktası veya bir referans grubuyla ilgili veriler gibi temel psikometrik özelliklere sahip değildir. "Günde üç saatten fazla sağlıklı yiyecekler düşünüyor musunuz? Sırf doğru ve saf olduğunu düşündüğünüz yiyecekleri bir zamanlar zevk alarak yediğiniz yiyeceklere tercih ediyor musunuz? Gün geçtikçe sağlıklı beslenme konusunda kendinize karşı daha katı oluyor musunuz?" gibi soruları içeren tarama aracı olarak ortaya çıkmıştır (Donini ve ark., 2005; Missbach ve ark., 2016). İki veya üç 'evet' cevabı, ON

eğilimini ifade etmekte ve dörtten fazla 'evet' cevabı ise bireyin ON tehlikesi altında olduğu anlamına gelmektedir (Varga ve ark., 2013).

Yapılan çalışmalarda, BOT'ünün yaygın olarak kullanılmadığı görülmektedir. Bilimsel literatürde, BOT'ini kullanarak yapılan raporlama verilerine sık olarak rastlanmamaktadır. Tanı aracı bazı nedenlerden dolayı eleştirilmiştir; i) orijinal soruların hiçbirinin geçerliliği kanıtlanmamış ii) BOT için geçerlilik skorları hiçbir zaman herhangi bir çalışmada rapor edilmemiştir. Bilimsel bağlamda, BOT daha ileri araştırmalarda ON'yi değerlendirmek üzere kullanılmamalıdır (Dunn ve Bratman, 2016; Missbach ve ark., 2016).

Donini ve ark. (2004) ON prevalansını değerlendirmek üzere Bratman'ın ölçeğine dayanan tanı kriterlerini örnek alarak kendi ölçeklerini geliştirmişlerdir. Daha sonra, ON tanısı için geliştirilen ölçeği doğrulamak için daha sonraki çalışmalarını yürütmüşlerdir. Bratman'ın ölçeğini, ORTO-15 için bir model olarak kullanmışlardır. Bu yeni soru formu 'ORTO-15', ON'yı tanımlamayı amaçlayan çoktan seçmeli 15 maddelik bir ankettir. Ölçek için kesim noktası değerleri kullanılan ölçekte kullanıldığı amaca bağlı olarak düzenlenebilmektedir (Donini ve ark., 2005).

Yayınlanmasından bu yana ORTO-15, diğer ülkelerde kullanılmak üzere farklı versiyonları ortaya çıkmıştır. Puanlamanın değişmediği ve değişiklik yapılmadan çevrildiği versiyonlarının; Türkçe, Portekizce, Lehçe ve İspanyolca'nın orijinali ORTO-15 maddelerinden oluşmaktadır. ORTO-15 ayrıca diğer diller için daha karmaşık uyarlamaların temelini oluşturmuştur. Değerlendirilen popülasyonun dili için daha uygun hale gelmesi açısından ölçekte değişiklikler yapılmıştır (Dunn ve Bratman, 2016).

ORTO-15 olarak tanımlanan ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmış hali olan ORTO-11 ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanma çalışması Arusoğlu ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Orto-15 ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması çalışmasında, 4 soru istatistiksel olarak güçsüz bulunduğundan bu sorular ölçekten çıkarılmıştır (Arusoğlu, 2008).

ON eğilimini değerlendirmek üzere kullanılan ölçeklerin geçerliliği ve güvenilirliği hakkında raporlama yetersizdir. Doğrulanmış ve teyit edilmiş tanı ölçütleri ON için henüz geliştirilmemiş ve detaylı olarak çalışılmamıştır. Mevcut araştırmalar büyük oranda klinik olmayan örneklerle ve az sayıda vaka analizine dayanmaktadır. Gelecekte, klinik çalışmaların artırılması ve tanıda yardımcı olmak ve tedavi etkililiğini ölçmek için psikometrik araçların geliştirilmesine ihtiyaç vardır (Moroze ve ark., 2015).

2.3.5 Yeme Bozuklukları ve Ortoreksiya Nervoza Arasındaki İlişkiler

ON'nın, AN ve BN gibi YB ile bazı benzerlikleri mevcuttur (Bratman ve Knight, 2000). İlk bakışta gözlenen ortorektik davranış, AN'da da bulunabilen birkaç özellikle benzerlik göstermektedir. Her ikisinde de, beslenme konusunda zihinsel bir saplantı hakimdir. Besinler açlık veya doyumluk hissine göre değil, kalori içeriği veya sağlığa yararlı ve zararlı etkileri ile ilgili bir zihinsel değerlendirmeye göre seçilmektedir. Tüketebildikleri yiyeceklerin katı seçimi ve kademeli olarak tüketimlerinin azaltılması hem anoreksiya da hem de ortoreksiya da bulunmaktadır. Buna ek olarak, ortorektik yeme davranışına sahip bireyler ayrıca vücutlarını algılama ve değerlendirme konusunda sapmalar göstermektedir. Kişinin vücudunu algılaması ve kabul etmesindeki güçlüklerin ON da önemli bir rol oynadığı görülmekte ki bu da ON ile diğer YB'nin semptomları arasındaki yakın ilişkiyi daha da vurgulamaktadır (Barthels ve ark., 2015).

Boylamsal bir çalışmada, YB olan hastalarda ON prevalansı klinik dışı bir kohortla karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, tedavi bittikten 3 yıl sonra ON görülme oranı anoreksik ve bulimiklerde %28'den %58'e yükselmiştir. Yazarlar, ON'nın AN ve BN ile aynı spektrumda olabileceğini, hastaların besin miktarı ile geliştirdikleri takıntıdan kalitesiyle ilgili bir takıntıya geçtiklerini belirtmektedir. Ayrıca, sağlıklı beslenme anoreksik ve bulimik bireylerde de kilo kontrolü için toplumsal olarak kabul edilebilir bir yöntem olabileceğini vurgulamışlardır (Segura-Garcia ve ark., 2015).

Ayrıca, ON ve AN'nın; genetik yatkınlık, aşırı endişe düzeyleri ve çevreyi kontrol etme ihtiyacı gibi özellikleri paylaştığına inanılmaktadır (Mathieu, 2005; Fidan ve ark., 2010). AN'da olduğu gibi, YB varlığının inkar edilmesi başka bir ortoreksiya semptomu olduğu varsayılmaktadır (Barthels ve ark., 2015).

Bratman, ON ile AN ve BN gibi diğer yeme bozuklukları arasındaki temel farkları vurgulamıştır. Bratman'a göre en belirgin fark, ortorektik bireylerin gıdanın kalitesine odaklanmaları, buna karşın anoreksik veya bulimik bireylerin ise gıda miktarı ile ilgilenmeleridir (Bratman & Knight, 2000). Çoğunlukla besin alımının miktarı ve fiziksel görünüm hakkında takıntılı olan anoreksik ve bulimik birçok hastanın aksine, ortorektik bireyler besin alımının kalitesiyle meşguldür (Mathieu, 2005; Bağcı ve ark., 2007).

ON'nın davranış ve potansiyel olarak ölümcül komplikasyonlarının birçoğu AN ve BN gibi daha iyi bilinen ve onaylanmış YB'na benzer görünse de, ON'nın belirgin özelliği, düzensiz beslenmenin arkasındaki motivasyondur. Ritüelleştirilmiş, obsesif olan beslenme alışkanlıkları ve hipokondriakal korkular gibi başka davranış biçimleri diğer yeme bozukluklarına kıyasla, ON'de gözlemlenebilmektedir (Barthels ve ark., 2015). AN'da, bireyler beden imajı ve obezite korkusu ile meşguldürler, kilo

vermek adına yeme düzenlerini değiştirirler. ON'da bireyler sağlıklı, doğal veya saf olma arzusuyla yeme alışkanlıklarını benimserler, bazı yiyecekler hakkında gerçekçi olmayan inançları vardır. Anoreksik bireyler davranışlarını gizleme eğilimindeyken ortorektik bireyler alışkanlıklarını gösterme eğilimindedirler (Bratman ve Knight, 2000; Lindeman ve ark., 2000; Ramacciotti ve ark., 2011).

ON, ince olma isteği ile ilgili değil, bireylerdeki itici gücün, mükemmel, sağlıklı veya saf bir diyet yemek arzusu olduğu belirlenmiştir (Chaki ve ark., 2013). Örneğin; organik olarak yetiştirilen sebzeler ve meyveler, sağlıklı ve kalorisi düşük olduğu için, hem anoreksiya hem de ortoreksiya için güvenli gıdalar olarak düşünülebilir. Fakat, yapay tatlandırıcılar ve dondurulmuş hazır besinler genellikle anoreksik kişi tarafından kabul görse de, ortorektik eğilimli birisi bunları tüketmeyi reddetmektedir. Tam tersine, preslenmiş kanola yağı ortorektik bir kişi tarafından kabul edilebilir olsa da, yağ tüketme nedeniyle kilo alma korkusu yüzünden anoreksik kişi tarafından kabul görmemektedir (Getz, 2009).

2.3.6 Ortoreksiya Nervosa Prevalansı

ON ile ilgili literatürde veri yetersizdir (Chaki, 2013). Sadece sınırlı sayıda epidemiyolojik bilgi vardır. ON için geçerli olan tanı ölçütlerinin eksikliği nedeniyle, insidans araştırmaları rapor edilmemiştir. Ancak, klinik vaka çalışmaları gün geçtikçe artmakta ve son zamanlarda ortaya çıkan yeni yeme bozuklukları arasında ON'nin en tanınmış olduğu öne sürülmektedir (Vandereycken, 2011).

Popülasyon seçimi, değerlendirme yöntemleri ve vakaların belirlenmesi gibi bir takım metodolojik sorunlardan dolayı ON ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarının geçerliliği şüphelidir. Birçok çalışmada ON prevalansının yüksek oranlarına, ON'ya ilişkin farklı tanımlamaların neden olduğu düşünülmektedir. Değişken ve istatistiksel olarak doğrulanmamış ölçüm yöntemleri ile az ve temsili

olmayan örneklem (yüksek riskli gruplar genel popülasyonun küçük bir bölümünü temsil etmekte) ve çeşitli çalışma metodları, bulguları genelleştirmeyi zorlaştırmaktadır. Anket çalışmaları ve nicel araştırmalarla ilgili diğer nitel veriler eksiktir (Varga ve ark., 2013).

Genel popülasyonda, mevcut ON prevelansı %6,9 (Donini ve ark., 2004) ile %57,6 arasında değişmekte (Ramacciotti ve ark., 2011), spesifik popülasyonda ise %81,8 gibi yüksek oranlar tespit edilmiştir (Aksoydan ve Camcı, 2009). İspanya'da ON'nın prevelansı yeni bir olgu olduğundan henüz kesin olarak bilinmemekte, ancak bazı özel bakım merkezlerinde ise ON görülme sıklığının %0,5 ile %1 arasında değiştiği rapor edilmiştir (Bartrina, 2007). Türkiye'de ON prevelansı üzerine yürütülen herhangi bir kapsamlı çalışma mevcut değildir. Ancak, bazı epidemiolojik çalışmalar mevcuttur. Yürüttükleri çalışmada, ORTO-15 ölçeğini kullanan Bağcı Bosi ve ark. (2007), Türkiye'de tıp doktorlarında ON prevalansını %45,5 olarak tespit etmişlerdir (Bağcı Bosi ve ark., 2007). Aksoydan and Camcı (2009) performans sanatçılarında ON prevelansının %56,4 olduğunu rapor etmiştir. Başka bir çalışmada, Fidan ve ark. (2010) ise ORTO-11 ölçeğini kullanarak Atatürk Üniversitesi tıp öğrencilerinde ON eğilimini %43,6 olarak belirlemişlerdir (Fidan ve ark., 2010). Dalmaz ve Yurtdaş (2015) İstanbul'da spor salonunda düzenli olarak spor yapan kişilerin, spor yapmayanlara göre daha yüksek oranda ortorektik belirtiler ($t=3.065$, $p<0.001$) sergilediklerini tespit etmişlerdir (Dalmaz ve Yurtdaş, 2015).

2.3.7 Ortoreksiya Nervoza ve Fiziksel Aktivite

Sağlıklı beslenme ile ilgili takıntıları ele alındığında ortorektik bireylerin fiziksel aktivite gibi diğer alanlarda sağlıklı bir yaşam tarzını benimsemeleri beklenmektedir (Oberle, 2017). Beslenme hakkında bilgiye sahip olduğu düşünülen spor hocaları üzerinde yapılan bir çalışmadan elde edilen veriler ile bu tahmin

desteklenmiştir. Kişisel deneyimlerine ve danışanları ile olan deneyimlerine dayanarak bu antrenörler, aşırı egzersizin ON'nın temel özelliklerinden biri olduğunu ve danışanlarının sıkı diyet ve egzersiz planlarının kontrolünü elinde tutmak istediklerini belirtmişlerdir (Haman ve ark., 2017). Ancak, literatüre ON ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az çalışma mevcuttur. ON ve yoga; ON ve bale; üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite durumu ve ON'yı araştıran çalışmalarda pozitif korelasyonlar gözlemlenmiştir (Aksoydan ve Camcı, 2009, Valera ve ark., 2014, Rudolph, 2017).

Fiziksel olarak aktif olan bireylerde ve sporcularda ON prevalansının genel popülasyona göre daha yüksek olduğunu rapor eden birkaç çalışma mevcuttur. Segura-García ve ark. (2012)'nin 577 (308 kadın, 189 erkek) İtalyan sporcularda ON durumunu saptamak üzere yürüttükleri çalışmadır. Bulgular, kadın atletlerin %28'i ve erkek atletlerin %30'unun ortorektik eğilim gösterdiğini saptamıştır. Sporcuların, özellikle profesyonel sporla uğraşanların ON için yüksek risk grubunda oldukları belirtilmiştir (Segura-García ve ark., 2012). Diğer bir çalışma, Eriksson ve ark. (2008)'nin aktif olarak spor salonuna giden 251 katılımcı üzerinde yaptıkları çalışmadır. Bu çalışma spor merkezinde yüksek düzeydeki fiziksel aktivite yapan bireylerin yüksek ortorektik eğilimleri olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu çalışmada ON gibi yeme bozukluklarının belli bir kilo ve beden biçiminin gerekli olduğu spor türlerine katılan kişiler arasında yaygınlık gösterdiği rapor edilmiştir (Eriksson ve ark., 2008). Ek olarak, Dalmaz ve Yurtdaş (2015)'in spor salonunda aktif olarak spor yapan kişilerde ON belirtilerinin yaygınlık durumunu araştırmak amacıyla yürüttükleri çalışma da spor yapanların yapmayanlara göre daha yüksek oranda ortorektik belirtiler ($t=3.065$, $p<0.001$) sergilediklerini tespit etmişlerdir (Dalmaz ve Yurtdaş, 2015).

2.3.8 Ortoreksiya Nervoz'a'nın Oluşumunu Etkileyen Faktörler

ON ile ilgili yapılan yeni çalışmaların çoğu popülasyondaki sınırlı alt gruplarda semptom prevalansını incelemiş, bazı çalışmalar ise buna ek olarak bu gruplar içinde yeme davranışlarıyla bağlantılı olabilecek belirli demografik değişkenleri (yaş, cinsiyet, obezite düzeyi, eğitim düzeyi, vs.) aydınlatmaya çalışmışlardır. ON ile ilişkili olabilecek önemli demografik değişkenler, bu alandaki hali hazırda kısıtlı olan araştırmalar tarafından öngörülmüş ve önceden değerlendirilmiştir (Donini ve ark., 2005). "Sağlıklı beslenme teorisi" ve ON birbirlerinden tamamen farklı değildirler, çünkü ilk önce sağlıklı bir beslenme teorisini benimsemeksizin ortoreksiya geliştirmek mümkün değildir. Diyet ne kadar kısıtlayıcı olursa yeme bozukluğuna yol açan psikolojik faktörlerin ortaya çıkma olasılığı da o kadar yüksek olur. Bazı spesifik beslenme alışkanlıklarının ON'ya neden olabileceği düşünülmektedir (Bratman, 1997).

2.3.8.1 Yaş

Yaş ile ON arasında olası ilişki üzerine yapılan mevcut araştırmalar çelişkili sonuçlar doğurmuştur. Arusoğlu ve ark. (2008)'nın yürüttükleri çalışmada yaşın, Türk kültüründe önemli bir değişken olmadığı sonucuna varmıştır (Arusoğlu ve ark., 2008). Buna rağmen, farklı yaş gruplarındaki ORTO-11 puanları arasındaki fark, tıp fakültesi öğrencilerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ON eğiliminin genç yaştaki öğrencilerde (yaşları <21) daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (Fidan ve ark., 2010). Bu sonuçlar, Bağcı Bosi AT. ve ark. (2007) yaptıkları çalışma sonuçları ile benzer bulunmuştur (Bağcı ve ark., 2007). Diğer taraftan, Donini ve ark. (2005), ve Aksoydan ve Camcı (2009) ortorektik eğilimi olan bireylerin, ortorektik eğilimi olmayan bireylere göre yaşlarının daha büyük (ortalama yaş 38.8 ± 10.74 yıl) olduğunu belirtmişlerdir (Donini ve ark., 2005, Aksoydan ve Camcı, 2009). Genelde

ileri yaşın, sağlıklı beslenme davranışıyla ilişkili bir faktör olduğu bulunmuştur. Bu çelişkili sonuçlar göz önüne alındığında, farklı yaş gruplarında ON prevalansı hakkında henüz net bir sonuç elde edilememiştir (Donini ve ark., 2005, Aksoydan ve Camcı, 2009).

2.3.8.2 Cinsiyet

Yeme bozuklukları ve ON ile ilişkili demografik değişkenler üzerine yapılan bazı çalışmalar, cinsiyetin en önemli değişkenlerden biri olduğunu belirtmiştir. Mevcut çalışmaların neredeyse tamamı, ON'nın cinsiyetler arasındaki prevalans oranlarını değerlendirmiştir. ON ile ilgili yapılan ön çalışmaların sonuçları ON'nın erkeklerde daha yaygın olabileceğini göstermektedir (Sanlier ve ark., 2016). Mevcut araştırmalar, ON'da istatistiksel açıdan anlamlı cinsiyet farklılıkları bulmuştur; erkeklerin bildirdikleri semptomlar kadınlara göre daha fazladır (Donini ve ark., 2004; Donini ve ark., 2005; Aksoydan ve Camcı, 2009; Fidan ve ark., 2010).

Gün geçtikçe yeme bozuklukları davranışları ve belirtileri erkeklerde artış göstermektedir. Toplumda sağlık ve vücut imajı üzerine artan önemden dolayı erkeklerin de bayanlar gibi fiziksel görünüşleri hakkında endişeleri artmaktadır (Mathieu, 2005). Yapılan çalışmalar sayılı olsa da, bu çalışmalar ON'nın erkekler arasında yaygın olmaya başladığını, erkeklerle kadınlarda eşit ve hatta potansiyel olarak kadınlara göre erkekleri daha sık etkilediğini vurgulamaktadır. Kadınlara göre erkeklerde ON gelişme riskinin arttığı belirtilmektedir. Bu sonuçlar için olası açıklama ise, beslenme hakkında daha fazla hassasiyeti benimsemeye gerek duymaları, hastalığı önlemek veya tedavi etmek için istekli olmaları ve genel sağlık durumunu iyileştirmek istemeleri olarak belirtilmektedir. Ayrıca, ON daha düşük vücut ağırlığını korumak isteyen genç erkekler ve yeme bozuklukları için önceden mevcut riski olanlarda görülebilmektedir (Bailey, 2014).

Yetişkin erkek ve erkek çocukları üzerinde yapılan ideal beden algıları çalışmalarında, ince ve kaslı vücudun fit ve sağlıklı olarak algılandığını, aşırı kaslı ve yapılı olan vücut tiplerinin ise irade ve kontrol eksikliğini gösterdiği belirtilmiştir. İnce ve kaslı vücut, ideal yaşam kanıtı olarak kabul edildiğinden bireyler diyetleri üzerinde daha fazla kontrol uygulamaya başlamaktadırlar. Sonuç olarak, bu kişiler egzersiz yapmaya ve son derece sağlıklı beslenmeye başladıklarında bu durumu takıntı halinde getirmeleri durumunda ON oluşma riski artmaktadır (Eriksson ve ark., 2008).

Donini ve arkadaşları (2004) İtalya'da 404 kişiyi üzerinde yürüttükleri çalışmada ON'nın yaygınlık oranını araştırmışlardır. Çalışmada, ON oranı kadınlara (%3,9) kıyasla erkeklerde (%11,3) daha yüksek bulunmuştur. Donini ve ark. tarafından belirtildiği gibi, “günümüzde erkeklerin varlığının vücut imajı ile ilişkilendirilmesi sonucunda erkekler besin seçimlerinde optimum davranış biçimi sergilemektedirler” (Donini ve ark., 2004). Bir diğer çalışmada, Fidan ve arkadaşları (2010), 878 (464 erkek ve 359 kadın) tıp öğrencisinde ON durumunu saptamak üzere bir çalışma yürütmüşlerdir. Erkek öğrencilerde ON prevalansı kız öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. ON'nın daha genç yaştaki erkek öğrencilerde daha yaygın olduğu saptanmıştır. Yeme Tutum Testi (EAT-40) puanlarına göre olası yeme bozukluğu olan öğrencilerin ise ortorektik eğilimi olduğu belirtilmiştir (Fidan ve ark., 2010).

Diğer taraftan bir takım çalışmalar, ON'nın görülme sıklığının kadınlarda daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır. Yapılan bir araştırmada, Türk toplumunda kadın öğrencilerin olası yeme bozukluğu oranlarının erkeklerden daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Ünalan ve ark., 2009). Arusoğlu ve ark. (2008); Ramacciotti ve

ark. (2011); Koven ve Senbonmatsu (2013) yaptıkları çalışmalar ile benzer sonuç elde etmişlerdir.

Ayrıca, bazı çalışmalarda ise cinsiyet arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Bağcı ve ark., 2007). Kùltürler farklılıklar (örn., Türkiye, İtalya ve İsveç) ve katılımcıların eğitim durumları gibi potansiyel faktörlerin bu sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Bulguları genellemek için daha fazla ve kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır (Varga ve ark., 2013).

2.3.8.3 Obezite Düzeyi ve Beden Kùtle İndeksi

Çoğu çalışma, ON ve Beden Kùtle İndeksi (BKİ) arasında hiçbir ilişki bulamamıştır (Arusoğlu ve ark., 2008; Aksoydan ve Camcı, 2009; Fidan ve ark., 2010). Arusoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında tıbbi nedenler, diyet ve sağlıklı beslenme gibi diğer değişkenlerle birlikte ele alındığında BKİ'nin ON eğilimini etkilediği rapor edilmiştir (Arusoğlu ve ark., 2008). Yapılan bir çalışmada istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen, BKİ seviyesinin artmasıyla birlikte, ON riskinin azaldığı sonucuna varılmıştır (Bağcı ve ark., 2007). Bu çalışmaların birçoğu sınırlı BKİ aralıkları ve diğer faktörler ile karakterizedir. Gelecekte yapılacak olan araştırmalar, ON ve BKİ arasındaki muhtemel ilişkiyi daha iyi anlamak için BKİ düzeyiyle ilgili daha çeşitli örneklem grubunu içermelidir.

2.3.8.4 Eğitim Düzeyi ve Meslek

Eğitim ve ON eğilimi ile ilişkili çelişkili sonuçlar mevcuttur. Bazı çalışmalarda, eğitim düzeyi düşük bireylerde daha yüksek oranda ON eğilimi saptanmıştır. Buna ek olarak, yüksek lisans eğitime sahip olan gruplarda, diğer eğitim düzeyleri ve hiç eğitimi olmayanlara göre ON eğilimi daha düşük bulunmuştur (Donini ve ark., 2005). Donini ve arkadaşlarının çalışmasında

erkeklerde ve daha düşük eğitim düzeyine sahip olanlarda ON prevalansı daha yüksek bulunmuştur (Donini ve ark., 2004).

ON eğiliminin eğitimden bağımsız olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Bağcı ve ark., 2007; Aksoydan ve Camcı, 2009; Fidan ve ark., 2010). Arusoğlu ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada ON ve eğitim düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendiklerinde, ANOVA sonuçları regresyon analizinin sonuçları ile çelişkili bulunmuştur. Bunun olası nedenleri, eğitim düzeyinin çalışmadaki diğer değişkenlerle ilişkili olabileceğidir; eğitim düzeyi diğer sosyodemografik değişkenlerle birlikte değerlendirildiğinde, yükseköğretim grubunun ortorektik eğiliminin istatistiksel olarak daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Bununla birlikte, eğitim düzeyi yeme tutumu, obsesif-kompulsif belirtiler ve BKİ ile birlikte değerlendirildiğinde ortorektik eğilim üzerinde herhangi bir anlamlı etki gözlemlenmemiştir. Dolayısıyla, çalışma eğitim düzeyinin ortorektik eğilimin belirleyici bir faktörü olmadığını sonucuna varmıştır (Arusoğlu ve ark., 2008).

Sağlıklı beslenme bilgisi olan bireylerde obsesyon gelişebilmektedir (Brytek-Matera, 2012). Sağlıklı beslenme üzerine daha fazla eğitim, dikkatin sağlıklı ve uygun şekilde beslenme üzerine odaklanması ve ON eğiliminin daha yüksek olması ile ilişkili olduğu görülmektedir (Bağcı ve ark., 2007). Beslenme öğrencileri üzerinde çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Korinth ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada beslenme öğrencileri, kontrol öğrencileri (eğitim bilimleri, tasarım ve mühendislik öğrencileri) ile karşılaştırıldığında daha yüksek bir diyet kısıtlaması gösterdiklerini tespit etmişlerdir; bu durumun çalışmanın başında çok daha fazla olduğu vurgulanmıştır. Beslenme öğrencileri kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha "katı kontrol" ve "esnek kontrol" ile karakterize edilmiştir. Beslenme öğrencileri ile kontrol grubu arasındaki bu farklar ilk iki yarıyılta belirgin değildi. Zamanla, ON eğilimi kontrol

grubunda sabit ve beslenme öğrencilerinde ise düşüş göstermiştir. Besin seçimi, çalışmanın sonuna doğru sadece beslenme öğrencilerinde gelişme göstermiştir. Sonraki yarıyılıda uygun beslenme bilgisindeki artışa rastlanmıştır (Korinth ve ark, 2010).

Gezer ve Kabaran (2013) tarafından yapılan çalışmada beslenme ve diyetetik bölümünde okuyan kız öğrencilerde sağlıklı beslenme takıntıları ile yeme tutum ve davranışları değerlendirilmiştir. Öğrencilerin ORTO-11 puan ortalaması 30.7 ± 4.45 olarak bulunmuştur. Toplumdaki bireylerin yeterli ve dengeli beslenmesini amaçlayarak sağlıklarının korunması, geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için gerekli eğitimi alan beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin sağlıklı beslenme ile yeme tutum ve davranışlarının aldıkları eğitimden etkilenebileceği sonucuna varılmıştır (Gezer ve Kabaran, 2013). Başka bir çalışmada, Kinzl ve ark. (2005) Avusturya'da kadın diyetisyenlerin %34,9'unun yüksek ON eğilimine sahip olduklarını, %12,8'inin ise ON riski taşıdıklarını bildirmiştir (Kinzl ve ark., 2005)

2.3.8.5 Sosyal Medya

Sosyal medya kullanımı genç yetişkin bireyler arasında giderek artmakta ve beden imajı, depresyon, sosyal karşılaştırma ve düzensiz beslenme üzerinde olumsuz etkileri olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle, sosyal medya kullanımının bireyler üzerinde yaratacağı etkileri daha iyi anlamak önem taşımaktadır. Son zamanlarda popüleritesi artmakta olan sosyal medyaya dayanan sağlıklı beslenme topluluğudur oluşmuştur. Genel olarak bu hareket pozitif olarak kabul edilirken, sosyal medya üyeleri daha fazla meyve ve sebze yemek ve daha az işlenmiş gıdaları tüketmek ile uğraşırken, bu durum olumsuz davranışlar ve yeme bozukluklarını tetiklediğine dair giderek artan bir endişe vardır (Marsh ve Campbell, 2016; Turner ve Lefevre, 2017). Bu çalışmada, sosyal medyaya harcanan zamanın ON belirtileri ile ilişkisi

araştırılmıştır. Çalışmada, sağlıklı yeme hareketinde en yaygın olanının Instagram olduğunu düşünüldüğünden Instagram üzerine odaklanılmışsa da aynı zamanda diğer sosyal medya kanallarını keşifsel bir analizle değerlendirilmiştir. Çalışmada, Instagram kullanımı ve ORTO-15 testi ile ölçülen ON semptomları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, daha fazla Instagram kullanmanın ON eğilimini artırdığı sonucuna varılmıştır. Diğer sosyal medya kanallarına yapılan analiz de, Twitter'in ON belirtileri ile pozitif bir ilişkiye sahip olduğunu göstermesine rağmen, başka hiçbir sosyal medya kanalının bu etkiye sahip olduğu tespit edilmemiştir (Turner ve Lefevre, 2017). Ayrıca, Yaş, BKİ, sosyal medya kanallarının sayısı ve diyet tipinin, ON belirtileri üzerinde herhangi bir etkiye sahip olmadığı görülmüştür. Genel olarak bu çalışmadaki modern sosyal medyanın, YB'nın başlangıcı ve ilerlemesinde oynayabileceği role ilişkin bir ilk gösterge sağladığı düşünülmektedir. Yapılan bu çalışmanın, sosyal medya ile ON arasındaki bağlantıyı araştıran ilk çalışma olduğu, ON ve sebepleri üzerine giderek artan literatüre katkıda bulunduğu inanılmaktadır (Turner ve Lefevre, 2017).

2.3.8.6 Beslenme Modeli

Diyet de dahil olmak üzere yaşam biçiminin değiştirilmesi, çoğunlukla kişinin fiziksel durumunu iyileştirme veya toplumu etkileyen hastalıklardan kaçınma isteğinden kaynaklanır. Beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler, sindirim sistemindeki rahatsızlıklardan veya bir alerjiden de kaynaklanabilir. Başlangıçta birey, vücudu için sağlıklı veya zararlı olduğunu düşündüğü yiyeceklerin tüketimini azaltır veya bırakır. Zamanla daha fazla besin diyetten çıkartılır ve sonunda diyet yalnızca en sağlıklı ve güvenli olarak algılanan besinlerden oluşur. ON prevelansı; veganlar, frutaryenler veya çiğ ham madde tüketicileri, hayvan refahı organizasyonlarında çalışan kişiler, ve organik ve/veya genetiği değiştirilmemiş gıda

üretimini destekleyenler arasında daha yüksektir (Janas-Kozik ve ark., 2012; Dittfeld ve ark., 2013).

Temel “temiz beslenme” diyeti, tüm organik gıdalar, koruyucular ve genitiği değiştirilmiş organizmalardan (GDO) yoksun, sağlıklı beslenme konusunda kısıtlayıcı bir teori niteliği taşımakta ve bazı durumlarda ON’ya yol açmaktadır. Standart paleo diyeti çok katı bir diyet olmamakla beraber diyetle çok fazla kısıtlamalar olmadığı sürece nadiren ON’ya neden olmaktadır. Diğer taraftan, çiğ ham madde veganizmi yüksek ortorektik eğilime sahiptir. Çiğ ham madde tüketicilerinin bir çoğunda ileriki dönemlerde ON gelişmektedir. Yine de çiğ ham madde veganizm yaşam tarzını benimseyen ve ortorektik olmayan bireylerde vardır. Ek olarak, diyetle uç nokta olarak görülen frutaryenizm tanım olarak tamamen ortorektir. Frutaryen beslenme düzeninde ihtiyaç duyulan tüm besinleri almak imkansıza yakın olduğundan sağlık için uygun bir beslenme sağlamaz ve frutaryen olmak için bir bireyin oldukça takıntılı olması gerekmektedir (Bratman, 1997).

Özetle, ON ile ilişkili epidemiyolojik etkenler (cinsiyet, yaş, obezite düzeyi, eğitim, medeni durum, yaşam tarzı davranışları, diyet) ile ilgili mevcut çalışmaların sonuçlarının bilimsel olarak geçerliliği halen mevcut değildir. Ortorektik semptomlarla ilişkili olabilecek olası faktörleri inceleyen ilk çalışmalar, ON’nın değerlendirilmesinde başlangıç için yardımcı olsa da, ON ile ilgili yapılan araştırmalar hâlâ çok yenidir. ON’yu daha iyi anlamak için bağlantılı olabilecek spesifik faktörlerin netleştirilmesi ve daha derinlemesine incelenmesi zorunludur (Donini ve ark., 2005).

2.3.9 Ortoreksiya Nervoz’a’nın Etkileri

Ortoreksiya, sağlıklı besinleri yeme isteği daha takıntılı hale geldiğinde ve kişi kendini aşırı derecede spesifik bir beslenme ile sınırladığında, bu durum bireyin

yaşam kalitesine önemli derecede olumsuz etkisi olduğunda söz konusudur (Bratman ve Knight, 2000; Nymah, 2002). Erken dönemlerde, ON'nın sağlığın iyileştirilmesi açısından yararları olduğu düşünülmekteydi. Ancak, birey normal yaşam biçiminden vazgeçtiğinde, sağlıkla ilgili problemleri ortaya çıktığında ve işlevsel bozukluklardan muzdarip olduğu takdirde bu durum daha patolojik bir hale gelebilmektedir (Varga ve ark., 2013). ON semptomları bireyde önemli klinik bozukluklara ya da sıkıntıya neden olabilir ki, Bratman kişisel tecrübeye dayanarak ON'nın zaman içinde birey üzerinde zararlı fiziksel, psikolojik ve sosyal etkilerinden dolayı psikolojik bir bozukluk olarak görülebileceğini belirtmiştir (Bratman ve Knight, 2000).

2.3.9.1 Fiziksel Etkiler

ON'nın önemli negatif fiziksel sonuçlarının, bu yeme düzenine sahip bireylerin sıkı beslenme uygulamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu aşırıya kaçan yemek stilinde önemli besin gruplarının yer almaması besinsel ve mineral eksikliklere yol açmakta ki bu da bireylerin sağlığına zarar vermektedir (Bratman ve Knight, 2000; Bağcı ve ark., 2007; Getz, 2009).

Bunun sonucunda, malnutrisyon gelişebilmekte ve AN yeme bozukluğundaki gibi bireyler kilo kaybetmeye başlamaktadırlar. Fakat, anoreksiyada bireyler kilo vermek için, beden imajı ve obezite korkusu altında yeme alışkanlıklarını değiştirirken, ON'da sağlıklı ve doğal olma arzusu doğrultusunda yeme alışkanlıkları benimserler (Koven ve Abry, 2015). Buna ek olarak, osteoporoz, menstürasyon döngüde bozulma ve kan basıncında düşme sonucunda kalp rahatsızlıkları meydana gelebilmektedir (Donini ve ark., 2004; Gezer ve Kabaran, 2013). AN kaynaklı malnütisyonlu hastalarda şiddetli hiponatremi, hipokalemi, normal serum anyon boşlukları olan metabolik asidoz, subkütan amfizem, pnömotoraks, rabdomiyoliz ve pansitopeni tespit edilmiştir. Son vaka raporları, ortorektik kişilerde benzer tıbbi

bulgulara rastlandığını bildirmiştir. Bu hastalarda, Geri besleme sendromu; beslenme yetersizliği olan hastaların beslenmesi sırasında ortaya çıkan ölümcül bir komplikasyon, sıvı ve elektrolitlerde ölümcül değişikliklere yol açmaktadır. Seçici beslenme, gastrointestinal sorunlara, mide inflamasyonuna ve diğer diyet-kaynaklı rahatsızlıklar ve açlıktan kaynaklanan kalp yetmezliği gibi sağlık problemlerine yol açabilmektedir (Cartwright, 2004; Kinzl ve ark., 2006).

2.3.9.2 Psikolojik Etkiler

Ortorektik bireyler genellikle sıkı bir diyet uygulamaktadırlar. Bratman'a göre ON'lı hastalarının kendilerini şişman hissetmediklerinden amaçları zayıf olmak veya zayıflamak değildir. Diyetlerinin sağlıklı olması ile her şeyin yoluna gireceğini düşünürler ve sürekli olarak zihinsel bir uğraş içerisindeyler (Brytek-Matera, 2012; Kratina, 2012). ON ile ilişkili psikolojik sonuçlar mevcuttur (Getz, 2009).

Bireyler zamanlarının çoğunu, saf ve sağlıklı olarak kabul ettikleri besinleri; planlama, organize etme, satın almaya adayabilir. Çoğunlukla düzensiz düşünce ve psikolojik eziyet ile sonuçlanır (Getz, 2009). Yemek, yemek yeme ve sağlık hayatlarının odak noktası haline gelir. Aynı zamanda, bireydeki kontrol hissi ve kendine özgü bir yanılsama bireyin stres yaşadığı zaman yaşam üzerinde daha fazla kontrole sahip olmasına yardımcı olabilir. Ortorektik yeme davranışının sakinleştirici etkisi olabilmekte, sadece "iyi" ve doğru besinler tükettikleri zaman stresi azaltabilmekte veya maneviyat hissine katkıda bulunabilir (Cartwright, 2004; Kinzl ve ark., 2005).

"Kötü" veya "yanlış" besinleri tükettiklerinde kendilerinin belirlediği diyet kuralını ihlal ettiklerini düşünerek, zamanla daha kısıtlı beslenme şekli ile kendilerini cezalandırmaları gerektiğini düşünebilirler. Mükemmel bir diyetle bağlı kaldıkları durumda, sağlık hissi elde etmelerine yardımcı olabileceği düşüncesindedirler

(Bratman ve Knight, 2000; Mac, 2001; Mathieu, 2005). Bu davranış şekli, kişinin yaşam kalitesine müdahale etmeye başladığı anda kısıtlayıcı hale gelir. Sonunda, kontrol etmeye çalıştıkları durum onları kontrol etmeye başlar (Getz, 2009).

2.3.9.3 Sosyal Etkiler

Belirli bir besin türüne karşı kompulsif takıntı yalnızca ON'dan müzdarip kişilerin psiko-fiziksel sağlığını etkilemekle kalmaz aynı zamanda önemli sosyal sonuçlar da doğurur. Ortorektik bireyler sosyal olarak izole olurlar ve bunun nedeni, sosyal grubun geri kalanı ile aynı yeme alışkanlığını paylaşmamalarıdır. Örneğin, bu yaşam tarzına sahip bireyler kendi ideal beslenme koşullarını karşılayan besinleri her yere taşıma ihtiyacı hissedebilirler. Ortorektik bireylerin sahip oldukları benlik algısı ile yiyecekler arasındaki bu güçlü bağı anlamayan kişilerden uzak dururlar. Ortorektik bireyler sadece belirli besin çeşitlerini yeme kararlılığı ile başka kişilerle birlikte yememe kararı alabilirler (Bratman ve Knight, 2000; Mathieu, 2005). Ortorektik kişilerde yalnız yaşamak ve sadece kendi hazırladıkları yemekleri yemek yaygın olarak görülür (Kinzl ve ark., 2005).

McGuire (2010)'a göre bozulmuş yeme düzenine sahip bireyler yiyecekleri düşman olarak görür, diğer bir taraftan sağlıklı yeme düzenine sahip bireyler ise yiyecekleri ihtiyaç olarak görür. Davranışlar, düşünceler ya da yiyecek hakkındaki duygular o kadar sağlıksız olur ki, kişinin günlük yaşantısına müdahale eder, işte o zaman sorun meydana gelir. Mathieu (2005) bu tutkunun kişinin topluma katılma kabiliyetini engelleyebileceğini belirtmiştir (Mathieu, 2005). Bratman, ortorektiklerin yeme konusundaki inançlarını paylaşan insanlarla birlikte vakit geçirmek istediklerini ve bu da beslenme alışkanlıklarını paylaşmayan akrabaları veya arkadaşlarıyla yedikleri yemekten zevk almalarını engellediğini belirtmiştir.

(Bratman, 1997). Vandereycken (2011) ortorektikler için spontane olarak yemek yemenin imkansız olduğunu gözlemlemiştir (Vandereycken, 2011).

Belki de ON'ya eşlik eden en endişe verici trendlerden biri, çocukların ebeveynlerinden ortorektik eğilimleri örnek almasıdır. Ebeveynlerinin bazı yiyeceklere karşı takıntılı olduklarını gören çocuklar bu davranışı taklit edebilir. Birçok durumda ebeveynler, çocuklarının şeker alımını sınırlar veya onları sadece organik gıdalarla beslemeye çalışırlar. Bu kısıtlamalar, bazı gıdaların "kötü" olduğu ve bu gıdaların tüketilmesinin zarar verebileceği konusunda çocukların zihninde korku duygusu uyandırabilir (Getz, 2009).

2.3.10 Ortoreksiya Nervosa Tedavisi

Ortoreksiya için bugüne kadar tedavi etkinliği üzerine yapılan herhangi bir çalışma rapor edilmemiştir, ancak örnek uygulamalar için öneriler yapılmıştır. İdeal müdahale, doktorları, psikoterapistleri ve diyetisyenleri içeren çok disiplinli bir ekibi kapsamalıdır (Bartrina, 2007). İlaç, bilişsel-davranışçı terapisi ve psikoeğitim kombinasyonu, ayakta tedavi ortamlarında yakın izlemle uygulanabilir (Mathieu, 2005). Ağır kilo kaybı ve yetersiz beslenme vakalarında, yeniden beslenme sendromunda (Moroz ve ark., 2015) deneyimli hekimlerle çalışarak, hastanın hastaneye yatışı sağlanmalıdır (Koven ve Arby, 2015).

Bazı durumlarda, bilişsel davranış terapisi besin ile ilgili disfonksiyonel inançları tanımlamak ve bunların yerine alternatif düşüncelerin geliştirilmesi için uygulanabilir (Barthels, 2015). Bilişsel davranış terapisi, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (örneğin sertralin, fluoksetin ve paroksetin) ile beraber uygulandığında ortoreksik bireylerin tedavisinde faydalı olabileceği düşünülmektedir (Mathieu, 2005). Daha önceden yapılan uygulamalarda, yiyecekler ile ilgili obsesif düşünceleri azaltmak üzere olanzapin gibi antipsikotikler kullanılmıştır (Moroz ve ark., 2015).

Çoğu durumda, ortorektik bireyler tedavi için uygulanacak olan ilaçları yapay renklendirici veya aroma içerebileceklerinden doğal olarak kabul etmemekte ve kilo alımı yardımlarını reddetmektedir, bu yüzden tedavi zorlaşmaktadır (Mathieu, 2005; Ramacciotti ve ark., 2011).

Daha ileri tedavinin temeli kapsamlı psikoeğitim ve beslenme danışmanlığıdır. Bu yöntem, ortorektik bireylerin beslenme ve sağlığın önemi ve karşılıklı ilişkisi hakkında daha gerçekçi bir bakış açısı geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Hasta tarafından "yasak/ sağlıksız" olduğu düşünülen yiyecekleri içeren bir "kara liste" ve "tüketilebilen/sağlıklı" yiyecekleri içeren bir liste hazırlanmalıdır. Buna ek olarak, diğer uygulanan kısıtlamaları değerlendirmek için beslenme kurallarını (örn., yiyecekleri hazırlamak için ritüelleştirilmiş yollar) içeren bir liste oluşturulmalıdır. Yasak gıdalar ile yüzleşme, belirli gıdalarla ilgili fobileri tedavi etmeye yardımcı olabilir. Hipokondriyal korkularla çalışmak terapinin bir başka yönü olarak ele alınmalıdır. Gerçekçi bir sağlık konsepti oluşturmak, sadece "sağlıklı beslenme" değil, aynı zamanda "sağlıklı bir vücut" imajına ilişkin katı düşünceleri olan ortorektik bireyler için de gereklidir (Barthels, 2015).

Ayrıca, davranış değiştirme stratejileri kişinin beslenme programını genişletmek, yemekler sırasında sosyalleşmeyi arttırmak ve boş zaman etkinliklerini besin ile ilgili konular olmayacak şekilde seçmek için faydalıdır. Ayrıca, deneysel olarak teyit edilmiş psikoeğitim, ortorektik bireylerin yiyecek ile ilgili inançlarını ortadan kaldırılmasına vesile olabilir. Ancak, araştırmalarda beslenme ve sağlık eğitiminin besinler ve fizyoloji ile ilgili objektif içermesi gerektiği açıkça görülürken, aynı zamanda besin ile ilgili düşünceler ve seçimlerin duygusal yönlerini tanımalı ve böylece hasta danışmanlığına duygusal yaklaşımlar getirilmelidir (Aarnio ve Lindeman, 2004).

Arusoglu ve ark. (2008) müdahalelerin tanımlanan semptomlara uygun olarak yönetilmesi gerektiğini düşünmektedirler. Ortorektik eğilimli olan bireyler için klinisyenler, ince olma isteğine konsantre olmak yerine "saf sağlıklı besinleri" tüketme arzusu üzerinde yoğunlaşmaları gerekliliği belirtilmiştir. Bilinen yeme bozuklukları için geliştirilen tedavi varsayımları, daha sonra ortorektik popülasyonun ihtiyaçlarına göre genişletilebilir (Arusoglu ve ark., 2008).

Ortorektik bireyler, yeme davranışıyla ilgili bir sorunun olduğunu kabul etmeli, tüketilen yiyeceğin kalitesinin sağlığı belirleyen tek faktör olmadığını anlamalı ve takıntı haline dönüştürmeden yemeyi öğrenmelidir (Brytek-Matera, 2012). Hastaların yakın çevresiyle birlikte çalışmak ve beslenme eğitimine teşvik etmek sorunun kesin çözümüne ulaşmak için gerekli olan erken tanı unsurlardır (Bartrina, 2007). Yeme bozukluğu olan diğer hastalardan farklı olarak ortorektik bireyler, sağlıkları ile ilgili endişeleri olduğundan tedaviye daha iyi yanıt verme eğilimi gösterirler (Mathieu, 2005).

Bölüm 3

BİREYLER VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Araştırma Mayıs-Ekim 2017 tarihleri arasında, KKTC'nin Lefkoşa bölgesinde sporu aktif olarak özel spor salonuna giderek sürdüren 19-45 yaş arası (ortalama yaş $26.64 \pm 7,05$ yıl) sağlıklı yetişkin erkek ve spor yapmayan 19-45 yaş arası (ortalama yaş $27.20 \pm 7,22$ yıl) sağlıklı yetişkin erkek üzerinde yapılmıştır. Basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılarak çalışma evreninde 23,410 birey olduğu saptanmıştır. %95 güven düzeyi ve %9 hata payı ile hesaplanarak araştırmanın örneklem sayısı 118 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya aktif olarak özel spor salonuna devam eden sağlıklı 59 yetişkin erkek ve kontrol grubu olarak spor yapmayan 59 yetişkin erkek dahil edilmiştir. Katılımcıların gönüllü olmaları, spor yapan bireylerin en az 1 yıldır düzenli spor yapıyor olmaları araştırmaya dahil olma kriteri ve fiziksel aktivite kaydı değerlendirmesine göre fiziksel aktivite katsayısı (PAL) >1.69 olan kontrol grubundaki bireylerin araştırmaya dahil edilmemeleri kriter olarak belirlenmiştir.

Bu çalışma için 27.03.2017 tarih ve 2017/40-21 sayılı karar doğrultusunda Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan onay alınmıştır (EK A). Çalışmanın özel spor salonlarında yürütülebilmesi için gerekli izinler alınmıştır (EK B). Gönüllüler çalışma hakkında detaylı bir şekilde bilgilendirildikten sonra "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" okutulup imzalatılmıştır (EK C).

3.2 Araştırmanın Genel Planı

Araştırma tanımlayıcı bir çalışma olduğundan tarama modeli kullanılmıştır. Literatür araştırmasında konuya ilişkin yerli ve yabancı kitap ve makaleler, istatistikler ve internet ortamından sağlanan çeşitli yayınlar incelenmiştir. Uygulama kısmında ise veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmış, gönüllülere araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu yüz yüze görüşme yöntemi uygulanarak çalışmaya katılımları sağlanmıştır. Anket formu, bireylerin sosyo-demografik ve genel sağlık durumlarını, beslenme alışkanlıklarını ve davranışlarını, fiziksel aktivite durumlarını, besin tüketim sıklıklarını, 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kayıtlarını toplamak üzere hazırlanmıştır. Antropometrik ölçümler araştırmacı tarafından yapılmıştır. Ayrıca, araştırmada ölçek olarak bireylerin ortorektik eğilimini değerlendirmek üzere ORTO-11; yeme tutum ve davranışlarını değerlendirmek üzere ise Yeme Tutum Testi (The Eating Attitude Test-40/YTT-40) ölçekleri kullanılmıştır.

3.2.1 Sosyo-demografik Bilgiler, Genel Sağlık Durumu ve Fiziksel Aktivite Durumu

Çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik bilgileri ve genel sağlık durumları (yaş, medeni durum, meslek, kronik hastalık varlığı, ilaç veya vitamin-mineral kullanımı, vb.) (EK D), beslenme alışkanlıkları (günlük öğün sayısı, öğün atlama durumu, günlük su tüketimi, vb.) ve fiziksel aktivite (fiziksel aktivite durumu, sıklığı, vb.) durumlarını (EK D) saptamak üzere araştırmacı tarafından yüz yüze veri toplama yöntemi kullanılmıştır.

3.2.2 Fiziksel Aktivite Kaydı

Araştırmaya katılan bireylerin fiziksel aktivite durumunu saptamak üzere araştırmacı tarafından 24 saatlik fiziksel aktivite saptama formu uygulanmıştır (EK

D). Form, tüm aktivite türlerinin süreleri toplam 24 saat olacak şekilde doldurulmuştur. Yapılan aktivitenin türü, süresi ve şiddeti belirlendikten sonra günlük toplam enerji harcamaları belirlenmiştir. Günlük toplam enerji harcaması; aktivite türünün ortalama enerji maliyeti aktivite katsayısı (PAL) ile çarpılarak elde edilmiş; her gün için ise 24 saate bölünmüştür. Fiziksel aktivite kaydı değerlendirmesine göre fiziksel aktivite katsayısı (PAL) >1.69 olan kontrol grubundaki bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir. PAL değerine göre yaşam biçimi sınıflaması Tablo 3.1’de bulunmaktadır (Baysal ve ark., 2011).

Tablo 3.1: Günlük fiziksel aktivite düzeyine veya PAL değerine göre yaşam biçimi sınıflaması (Baysal, 2011)

Sınıflama	PAL Değeri
Sedanter veya hafif aktivite yaşam biçimi	1.40-1.69
Aktif veya orta düzeyde aktif yaşam biçimi	1.70-1.99
Şiddetli veya ağır düzeyde aktif yaşam biçimi	2.00-2.40

• PAL değeri >2.40 uzun süre sağlamak zordur.

3.2.3 Antropometrik Ölçümler

Antropometrik ölçümler araştırmacı tarafından alınmıştır. Araştırmada değerlendirilecek antropometrik ölçümlere; bireylerin vücut ağırlığı, boy uzunluğu, Bazal Metabolizma Hızı (BMH), Beden Kütle İndeksi (BKİ), vücut yağ miktarı (kg), vücut yağ yüzdesi (%), yağsız vücut kütlesi (kg), yağsız vücut yüzdesi (%), su oranı (%), bel ve kalça ölçümleri, boyun ölçümleri ve bel-kalça oranları dahil edilmiştir (EK D).

Bireylerin vücut ağırlıklarının ölçümünde TANİTA MC 780, Biyoelektriksel İmpedans Analiz (BİA) cihazı kullanılarak ölçüm öncesi kullarına dikkat edilerek ölçüm yapılmıştır. Boy uzunluğu ölçümü, baş Frankfurt düzleminde iken ayaklar yan yana ayakta düz bir duvara baş arkası, sırt, kalça ve ayak topuklarının arkası duvara değecek şekilde esnemeyen mezura ile ölçülmüştür (Baysal ve ark., 2011).

BKİ (kg/m^2), vücut ağırlığının boy uzunluğunun karesine bölünerek her bir katılımcı için hesaplanmıştır. BKİ değerlendirilmesinde, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün belirlediği BKİ sınıflandırması (Tablo 3.2) kullanılmıştır (WHO, 2000).

Tablo 3.2: Dünya Sağlık Örgütü BKİ Sınıflandırması (WHO,2000)

BKİ (kg/m^2)	Değerlendirme
<18.50	Zayıf
18.50-24.99	Normal
25.0-29.99	Hafif Şişman
≥ 30.0	Obez
30.00-34.99	I. derece obez
35.00-39.99	II. derece obez
≥ 40.00	III. derece obez

Bel, kalça ve boyun ölçümleri esnemeyen mezura yardımıyla antropometrik ölçüm kurallarına uygun olarak yapılmıştır. Bel çevresi ölçümü; bireyin sol yan tarafında durarak en alt kaburga kemiği ile kristailiyak arası tespit edilip, orta noktadan geçen çevre esnemeyen mezura ile ölçülmüştür. Erkeklerde bel çevresi için risk değerleri tablo 3.3'de verilmiştir (Baysal ve ark., 2011).

Tablo 3.3: Erkeklerde bel çevresi için risk değerleri (Baysal ve ark., 2011)

	Risk	Yüksek Risk
Erkek	≥ 94 cm	≥ 102 cm

Kalça çevresi ölçümü, bireyin yan tarafında durularak, en yüksek noktadan kalça çevresi ölçümü esnemeyen mezura ile yapılmıştır. Bel kalça oranı ise bel çevresinin (cm)/kalça çevresine (cm) bölünmesiyle elde edilmiştir (Baysal ve ark., 2011). DSÖ verilerine göre, erkeklerde bel/kalça oranı değerinin >1.0 olması karında fazla yağ depolanmasının göstergesidir (WHO, 2000).

3.2.4 Besin Tüketim Durumunun Saptanması

Araştırmada katılımcıların besin tüketim durumu; besin tüketim sıklığı ve 24 saatlik geriye dönük besin tüketimi kayıtları alınarak enerji ve besin ögeleri alımları değerlendirilmiştir (EK D). Yetişkin erkek bireylerin beslenme alışkanlıkları, ‘Besin Tüketim Sıklığı’ formu ile kaydedilmiştir (EK D). Besin tüketim sıklığı ile besin gruplarının tüketimi “her öğün”, “her gün”, “haftada 5-6 kez”, haftada 3-4 kez”, “haftada 1-2 kez”, “15 günde bir”, “ayda 1 kez”, “nadiren veya hiç” olarak gruplandırılmıştır. Yirmi dört saatlik geri dönük besin tüketimi yönteminde bireylere son 24 saat içinde tükettikleri tüm besinler ve içecekleri belirtmeleri istenmiştir. Bireylerden besinlerin porsiyon miktarlarını ev ölçüleri (su bardağı, çay bardağı, kahve fincanı, kepçe, yemek kaşığı, tatlı kaşığı, vb.) ile bilinen net miktarları belirtmeleri sağlanmıştır (TÜBER, 2016).

Besin tüketiminin (tüketilen ortalama enerji, besin ögesi değerleri) değerlendirilmesi için BEBİS Paket Programı 7 öğrenci versiyonu kullanılmıştır. BEBİS bilgisayar programını kullanarak bireylerin günlük enerji ve makro ve mikro besin ögeleri alımları değerlendirilmiştir. Katılımcılar tarafından tüketilen protein tozu ve süplemanları hesaplamaya dahil edilmiştir. Bireylerin günlük aldıkları

ortalama besin ögeleri miktarları "Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi" ile karşılaştırılmıştır ve enerji ve besin ögesi gereksinmelerinin karşılanma yüzdeleri hesaplanmıştır (Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü , 2015).

3.2.5 Ortoreksiya Nervoza Değerlendirme Ölçekleri

3.2.5.1 Yeme Tutum Testi (YTT-40)

1976 yılında AN'nın tespitinin büyük popülasyonları tarayarak geliştirilebileceği öngörülmüştür. Daha spesifik olarak, kariyer ve mesleki tercih açısından ince olması gereken kişilerin AN'ya karşı daha savunmasız olup olmayacağı sorgulanmaya başlanmıştır. Garner ve Garfinkel (1979)'in bu olasılığı model ve dans öğrencilerinde test etmek üzere bir tarama aracına ihtiyaç duymaları sonucunda Yeme Tutum Testi (The Eating Attitude Test 40/YTT-40) ortaya çıkmıştır. YTT-40, Garner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında AN'da sık görülen semptomları objektif olarak ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçüm aracının geçerliliği ve güvenilirliği yazarlar tarafından oluşturulmuştur (Garner ve Garfinkel, 1979; Garfinkel ve Newman, 2001). Günümüzde, YB'nın belirtilerini değerlendirmek üzere en çok kullanılan 40 maddelik 6'lı çoktan seçmeli kendini değerlendirme ölçeklerinden biridir. Maddeler, "daima," seçeneğinden "hiçbir zaman" seçeneğine kadar değişmektedir. "Daima" için 3 puan, "çok sık" için 2 puan, "sık sık" için 1 puan, ve diğer seçenekler için ise 0 puan olarak değerlendirilmektedir. 1-18-19-23-27-39 maddeleri için ise puanlama; "daima", "çok sık," ve "sık sık," 0 puan, "bazen" 1 puan, "nadiren" 2 puan ve "hiçbir zaman" ise 3 puan verilerek hesaplanmıştır (Pereira ve ark., 2008). EK D'de YTT-40 ölçeği mevcuttur.

YTT, başlangıçta AN'nın semptomlarını taramak ve değerlendirmek üzere geliştirilmiş olsa da, klinik olmayan örneklerde ve düzensiz beslenme davranışlarında temel tarama ölçütü olarak kullanılmaya başlanmıştır (Büyükgoze-

Kavas, 2007). YTT-40 risk profillerinde, toplam puanın <21 olması ‘düşük risk’, 21-30 arasında olması ‘orta risk’, >30 olması ‘yüksek risk’i işaret etmektedir. ≥ 30 puan muhtemel bir yeme bozukluğu anlamı taşımaktadır (Garner ve Garfinkel, 1979; Uzun ve ark., 2006).

Yem tutum testi, Savaşır ve Erol (1989) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Rapor edilen 1 aylık test-tekrar test güvenirliği 0.65, Cronbach alfa değeri ise 0.70 idi. YTT yeme bozukluklarını tarama amacıyla yaygın olarak kullanılan, Türkçeye çevrilmiş ve psikometrik incelemeleri yapılmış geçerli ve güvenilir bir ölçektir (Savaşır ve Erol, 1989; Varlık ve Kabakçı, 2008).

Ek olarak, YYT-40 ölçeğindeki 23. maddenin spesifik olarak kadınların cevaplandırabilecekleri bir madde olduğundan ölçeğin kesim noktasını etkilememek adına, çalışmadaki katılımcılara bu madde için ‘hiçbir zaman’ seçeneğini işaretlemeleri bildirilmiş, dolayısıyla her bir birey için madde 0 puan olarak puanlandırılmıştır.

3.2.5.2 ORTO-11

ON’yu değerlendirmek üzere tasarlanan orijinal ölçek Bratman (1997) tarafından geliştirilmiştir (Bratman, 1997). Bratman ve Knight, ON için risk altında olanları tanımlamak için evet/hayır formatında 10 maddelik bir anket tasarlamışlardır (Bratman ve Knight, 2000). Ancak bu ölçeğin geçerlilik, güvenirlik, kesim noktası veya bir referans grubuyla ilgili veriler gibi temel psikometrik özelliklere sahip olmadığı tespit edilmiştir (Donini ve ark., 2005; Missbach ve ark., 2016). Bratman, hiçbir zaman bu maddelerin bilimsel olarak doğru olduğunu iddia etmemiştir ve sadece resmi olmayan bir tanı aracı olarak tasarlamıştır (Donini ve ark., 2005; Missbach ve ark., 2016).

Daha sonrasında, Donini ve ark. (2004) ON prevalansını değerlendirmek üzere Bratman'ın ölçeğine dayanan tanı kriterlerini örnek alarak kendi ölçeklerini geliştirmişlerdir. Bratman'ın ölçeğini, ORTO-15 için bir model olarak kullanmışlardır. ORTO-15 ölçeği temelde, 10 maddelik ortoreksiya soru formuna dayanmaktadır (Donini ve ark., 2004). Donini ve ark. (2005) tarafından bu soru formundan bazı ifadelerin çıkartılıp yerine yenilerinin eklenmesi ve bazı sorularda ise ifadelerin yeniden düzenlenmesi ile İtalya'da geliştirilen ölçek ON eğilimini değerlendirmeyi amaçlamakta ve 15 sorudan oluşmaktadır. ORTO-15'i oluştururken, 10 orijinal evet/hayır Bratman ölçeğinin 6'sı kullanılmış (1, 3, 7, 8, 9, 10) ve ayrıca 9 yeni madde daha eklenmiştir. ORTO-15 ölçeğindeki maddeler ortorektik eğilimi olan bireylerin yiyecekleri seçme, satın alma, hazırlama ve tüketme hakkındaki obsesif tutum ve davranışlarını incelemektedir. İfadeler, bireyleri bilişsel-rasyonel, klinik veya duygusal kapsamda değerlendirmek üzere tasarlanmıştır. Maddeler 1, 5, 6, 11, 12, 14 "bilişsel-rasyonel alanı"; 3, 7, 8, 9, 15 "klinik alanı"; 2, 4, 10, 13 maddeleri ise "duygusal alanı" ele almaktadır. Formdaki maddeler 4'lü likert tipi bir ölçek üzerinde değerlendirilmektedir. Bireylerden ölçeğin, "her zaman", "sık sık", "bazen" veya "hiçbir zaman" cevap şıklarından birini seçerek bu ifadelerle kendilerini ne sıklıkla tanımladıklarını yansıtmaları beklenmektedir. Ortorektik eğilimi yansıtan cevapların "1," normal yeme davranışı eğilimlerini yansıtan cevapların "4" puan aldığı ölçekte tüm maddelerin toplanması ile ölçek toplam puanı elde edilmekte ve ölçekten alınan düşük puanlar ortorektik eğilimleri yansıtmaktadır (Arusoğlu ve ark., 2008; Donini ve ark., 2005; Ramacciotti ve ark., 2011). Ölçekten alınabilecek düşük puan 15, en yüksek puan ise 60'tır. Donini ve ark., ORTO-15 ölçeği için kesim noktasını 40 olarak belirlemişlerdir. 40'ın altındaki bir skor, kişinin ortorektik eğilime sahip olduğunu göstermektedir. Ölçekte 2, 5, 8, 9 maddelerinde puanlama; her zaman için

“4”, sık sık için “3”, bazen için “2”, hiçbir zaman için ise “1” olarak, 3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15 maddelerinde ise tam tersine her zaman için “1”, sık sık için “2”, bazen için “3”, hiçbir zaman için ise “4” şeklinde olmaktadır. Maddeler 1, 13 ise her zaman için “2”, sık sık için “5”, bazen için “3”, hiçbir zaman için “1” olarak puanlanılmaktadır (Donini ve ark., 2005).

Çalışma da yetişkin erkek bireylerde ON’ı değerlendirmek üzere ORTO-11 ölçeği kullanılmıştır (EK D). Orijinal olanı ORTO-15 olarak tanımlanan ölçeğin Türkçe’ye uyarlanmış hali olan ORTO-11 ölçeğinin dilimize uyarlanma çalışması Arusoğlu ve arkadaşları (2006) tarafından gerçekleştirilmiştir (Arusoğlu, 2006). Orto-15 ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması çalışmasında, 4 madde (1, 2, 9, 15) istatistiksel olarak güçsüz bulunduğu bu maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Belirlenen ölçekte 11 madde üzerinden yürütülen yapıda ele alınması uygun görülmüştür (Arusoğlu ve ark., 2008).

Donini ve ark. (2004) ON’nın tanısı için öneriler sundukları ve bu olgunun boyutunun ölçülmesine yönelik yürüttükleri ön çalışmada, katılımcılar sağlıklı besin seçimi davranışı açısından değerlendirildiğinde dağılımın uçta yer alan %25’lik kısmına girenler ON eğilimi göstermiştir (Donini ve ark., 2004). Donini ve arkadaşlarının bulgusu baz alınarak bu çalışmada ORTO-11 için kesim puanı, katılımcıların %25’lik kesiminde 27 olarak hesaplanmıştır. 27 altındaki puanlar ortorektik olarak değerlendirilmiştir.

3.2.6 Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin istatistiksel çözümlenmesinde SPSS 24.0 veri analizi programı kullanılmıştır.

Spor yapan ve yapmayan katılımcıların tanıtıcı özelliklerine, sağlık, ilaç kullanma ve sigara içme durumlarına, beslenme alışkanlıklarına, beslenme

davranışlarına, su, alkollü içecek, kafeinli içecek, enerji içeceği ve sporcu içeceği tüketim durumlarına göre dağılımlarının belirlenmesinde frekans analizi kullanılmıştır. Spor yapan katılımcıları spor yapma özellikleri ve sporcu destek ürünü kullanma durumlarının dağılımı frekans analizi saptanmış ve sonuçlar frekans dağılım tabloları ile gösterilmiştir.

Spor yapan ve yapmayan katılımcıların antropometrik ölçümlerine, besin tüketimlerine ve YTT-40 ve ORTO-11 puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler verilmiş olup, iki grubunun antropometrik ölçümlerinin karşılaştırılmasında veri seti normal dağılıma uyduğundan dolayı bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır.

Spor yapan ve yapmayan bireylerin besin tüketimleri ile YTT-40 ve ORTO-11 puanları arasındaki korelasyonlar Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Bölüm 4

BULGULAR

4.1 Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Bu araştırma, KKTC'nin Lefkoşa bölgesinde sporu aktif olarak özel spor salonuna giderek sürdüren 19-45 yaş arası sağlıklı yetişkin erkek ve spor yapmayan 19-45 yaş arası sağlıklı yetişkin erkek olmak üzere toplam 118 erkek üzerinde yürütülmüştür. Araştırma kapsamına alınan spor yapan ve spor yapmayan bireylerin yaş ortalamaları Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1: Katılımcıların yaş ortalamaları (n=118)

	Grup	N	$\bar{x}$	s	Min	Max	t	p
Yaş	Spor yapan	59	26,64	7,05	19	45	-	0,67
	Spor yapmayan	59	27,20	7,22	20	44	0,43	

Tablo 4.1 incelendiğinde, araştırmaya dahil edilen spor yapan bireylerin yaş ortalaması $26.64 \pm 7,05$ yıl, spor yapmayan katılımcıların ise $27.20 \pm 7,22$ yıldır. İki grup arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($p > 0,05$).

Araştırma kapsamına alınan spor yapan ve spor yapmayan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2'de verilmiştir. Buna göre spor yapan bireylerin %30,51'inin 22 yaş ve altı, %33,90'ının 23-25 yaş arası ve %35,59'unun 26 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu, %86,44'ünün bekar, %79,66'sının lisans mezunu ve %81,36'sının orta düzey gelir grubunda olduğu saptanmıştır. Spor yapan bireylerin

%22,03'ünün annesinin ilkokul ve altı düzeyde, %16,95'inin ortaokul, %18,64'ünün lise ve %42,37'sinin annesinin lisans düzeyinde eğitime sahip olduğu, %13,56'sının babasının ilkokul ve altı, %27,12'sinin ortaokul, %13,56'sının lise ve %45,76'sının lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Spor yapan bireylerin %27,12'sinin ailesinde 3 birey, %45,76'sının dört birey ve %27,12'sinin 5 ve üzeri birey bulunmaktadır ve %54,24'ü ailesiyle, %22,03'ü yalnız, %23,73'ü ise arkadaşları ile yaşamaktadır.

Spor yapmayan bireylerin %30,51'inin 22 yaş ve altı, %30,51'inin 23-25 yaş arası ve %38,98'inin 26 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu, %81,36'sının bekar, %79,66'sının lisans mezunu ve %77,97'sinin orta düzey gelir grubunda olduğu saptanmıştır. Spor yapmayan bireylerin %40,68'inin annesinin ilkokul ve altı düzeyde, %11,86'sının ortaokul, %38,98'inin lise ve %8,47'sinin annesinin lisans düzeyinde eğitime sahip olduğu, %27,12'sinin babasının ilkokul ve altı, %22,03'ünün ortaokul, %23,73'ünün lise ve %27,12'sinin lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Spor yapmayan bireylerin %22,03'ünün ailesinde 3 birey, %38,98'inin dört birey ve %38,98'inin 5 ve üzeri birey bulunmaktadır ve %54,24'ü ailesiyle, %6,78'i yalnız, %38,98'i ise arkadaşları ile yaşamaktadır.

Spor yapan ve yapmayan katılımcıların anne eğitim durumlarına ($p<0.001$) ve birlikte yaşadıkları kişilere ($p<0,05$), göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, diğer tanıtıcı özelliklerinin benzer olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Spor yapan bireylerin yapmayanlara göre anne eğitim durumlarının daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Spor yapan bireylerin %42,37'sinin anne eğitim durumunun lisans düzeyinde olduğu, spor yapmayaların ise %40,68'inin ilkokul ve altı, %38,98'inin lise düzeyinde olduğu saptanmıştır. Spor yapan ve yapmayan bireylerin büyük çoğunluğunun aile ile yaşadıkları, ancak spor yapan bireylerin %23,73'ünün

arkadaş ile yaşadıkları, %22,03'ünün yalnız yaşadıkları, spor yapmayan bireylerin ise büyük çoğunluğunun (%38,98) arkadaşları ile yaşadıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.2: Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=118)

	Spor yapan (n=59)		Spor yapmayan(n=59)		X ²	p
	n	%	n	%		
Yaş grubu						
22 yaş ve altı	18	30,51	18	30,51	0,20	0,91
23-25 yaş arası	20	33,90	18	30,51		
26 yaş ve üzeri	21	35,59	23	38,98		
Medeni durum						
Evli	8	13,56	11	18,64	0,56	0,45
Bekar	51	86,44	48	81,36		
Eğitim durumu						
Lise	4	6,78	4	6,78	0,79	0,68
Lisans	47	79,66	50	84,75		
Lisansüstü	8	13,56	5	8,47		
Gelir						
Düşük	3	5,08	8	13,56	3,01	0,22
Orta	48	81,36	46	77,97		
Yüksek	8	13,56	5	8,47		
Anne eğitim durumu						
İlkokul ve altı	13	22,03	24	40,68	21,37	0,00**
Ortaokul	10	16,95	7	11,86		
Lise	11	18,64	23	38,98		
Lisans	25	42,37	5	8,47		
Baba eğitim durumu						
İlkokul ve altı	8	13,56	16	27,12	7,43	0,06
Ortaokul	16	27,12	13	22,03		
Lise	8	13,56	14	23,73		
Lisans	27	45,76	16	27,12		
Ailedeki birey sayısı						
Üç	16	27,12	13	22,03	1,89	0,39
Dört	27	45,76	23	38,98		
Beş ve üzeri	16	27,12	23	38,98		
Birlikte yaşanan kişiler						
Yalnız	13	22,03	4	6,78	6,95	0,03*
Aile ile	32	54,24	32	54,24		
Arkadaşlar ile	14	23,73	23	38,98		

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

4.2 Bireylerin Sağlık Durumu Ve Yaşam Tarzlarına Ait Bulgular

Tablo 4.3’de araştırma kapsamına alınan spor yapan ve yapmayan bireylerin sağlık, ilaç kullanma ve sigara içme durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.3: Katılımcıların sağlık, ilaç kullanma ve sigara içme durumlarına göre dağılımı (n=118)

	Spor yapan (n=59)		Spor yapmayan(n=59)		X ²	p
	n	%	n	%		
Kronik hastalık						
Var	4	6,78	6	10,17	0,44	0,51
Yok	55	93,22	53	89,83		
Düzenli kullanılan ilaç						
Var	4	6,78	6	10,17	0,44	0,51
Yok	55	93,22	53	89,83		
Vitamin kullanma						
Kullanan	14	23,73	8	13,56	1,83	0,18
Kullanmayan	45	76,27	51	86,44		
Sigara içme durumu						
İçen	24	40,68	30	50,85	0,69	0,41
İçmeyen	35	59,32	29	49,15		
Besin alerjisi						
Var	5	8,47	2	3,39	-	0,44
Yok	54	91,53	57	96,61		

-Fischer Kesin testi kullanılmıştır.

Tablo 4.3 incelendiğinde, araştırmaya katılan spor yapan bireylerin %93,22’sinin tanısı konmuş herhangi bir sağlık sorunu olmadığı, %23,73’ünün destek amaçlı vitamin kullandığı, %40,68’inin sigara içtiği ve %91,53’ünün herhangi bir besine alerjisi olmadığı saptanmıştır. Spor yapmayan bireylerin %89,93’ünün herhangi bir kronik hastalığının olmadığı ve düzenli olarak ilaç kullanmadıkları,

%13,56'sının vitamin kullandığı, %50,85'inin sigara içtiği ve %96,61'inin besin alerjisi olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan spor yapan ve yapmayan katılımcıların sağlık, ilaç kullanma ve sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

4.3 Bireylerin Antropometrik Özelliklerine Ait Bulgular

Araştırma kapsamına alınan spor yapan ve yapmayan katılımcıların antropometrik ölçümlerinin karşılaştırılmasına ilişkin bağımsız örneklem t-testi sonuçları Tablo 4.4'de verilmiştir.

Tablo 4.4 incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan spor yapan ve yapmayan bireylerin vücut ağırlığı, boy uzunluğu, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi, ve boyun çevresi ölçümleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Spor yapan ve yapmayan bireylerin bel-kalça oranı, yağsız vücut kütlesi (kg), yağsız vücut yüzdesi (%), vücut yağ kütlesi (kg), vücut yağ yüzdesi (%) ve su oranı (%) değerleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$, $p<0,05$). Spor yapan bireylerin yağsız vücut kütlesi (kg), yağsız vücut yüzdesi (%) ve su oranı (%) değerleri spor yapmayan bireylere göre daha yüksek, bel-kalça oranı, vücut yağ kütlesi (kg) ve vücut yağ yüzdesi (%) değerleri daha düşüktür.

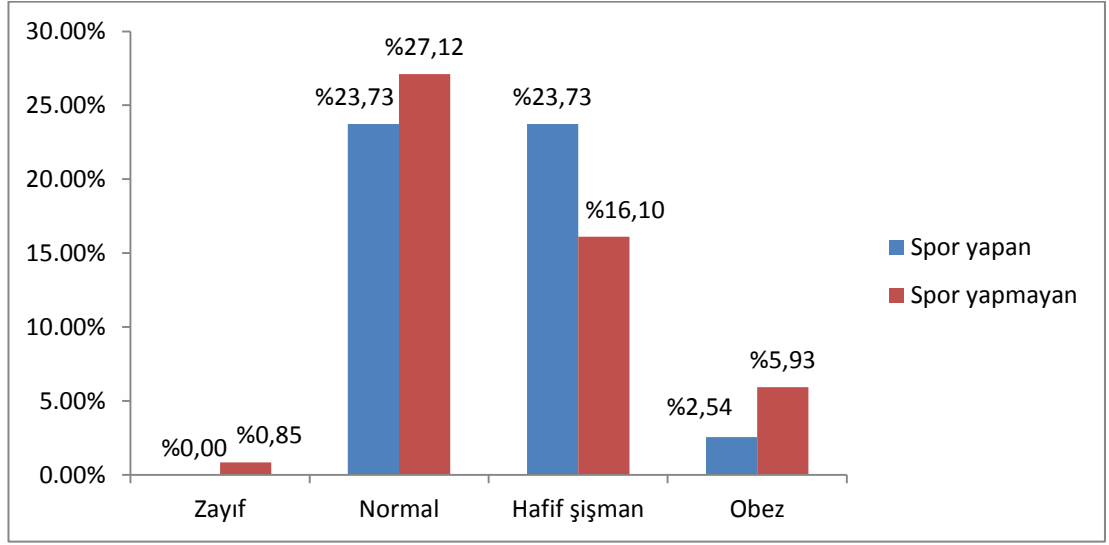
Tablo 4.4: Spor yapan ve yapmayan katılımcıların antropometrik ölçümlerinin karşılaştırılması (n=118)

	Grup	n	$\bar{x}$	s	Min	Max	t	p
Vücut ağırlığı (kg)	Spor yapan	59	78,90	11,98	53,50	115,30	0,73	0,46
	Spor yapmayan	59	77,12	14,25	53,20	133,90		
Boy uzunluğu (cm)	Spor yapan	59	168,56	39,60	1,73	200,00	0,47	0,64
	Spor yapmayan	59	164,93	44,82	1,67	188,00		
BKİ (kg/m²)	Spor yapan	59	24,94	2,94	18,80	32,70	0,30	0,76
	Spor yapmayan	59	24,73	4,59	18,00	38,70		
Bel çevresi (cm)	Spor yapan	59	90,49	12,96	62,00	123,00	-	0,43
	Spor yapmayan	59	92,40	13,42	74,00	124,00	0,79	
Kalça çevresi (cm)	Spor yapan	59	104,49	11,16	80,00	132,00	1,53	0,13
	Spor yapmayan	59	101,64	8,90	87,00	119,00		
Bel-Kalça oranı	Spor yapan	59	0,86	0,06	0,69	0,96	-	0,00**
	Spor yapmayan	59	0,91	0,09	0,72	1,10	3,09	
Boyun çevresi (cm)	Spor yapan	59	38,92	3,17	32,00	53,00	-	0,26
	Spor yapmayan	59	39,61	3,55	27,00	48,00	1,12	
Yağsız vücut kütlesi (kg)	Spor yapan	59	63,03	8,96	40,40	97,80	2,55	0,01*
	Spor yapmayan	59	59,01	8,13	46,60	87,70		
Yağsız vücut kütlesi (%)	Spor yapan	59	80,86	5,32	69,60	91,10	4,10	0,00**
	Spor yapmayan	59	76,43	6,37	56,70	87,60		
Vücut yağ kütlesi (kg)	Spor yapan	59	15,62	5,50	5,10	28,30	-	0,02*
	Spor yapmayan	59	18,53	7,72	6,60	46,20	2,36	
Vücut yağ kütlesi (%)	Spor yapan	59	19,04	5,24	8,90	30,40	-	0,00**
	Spor yapmayan	59	23,90	6,89	12,40	53,40	4,31	
Su oranı (%)	Spor yapan	59	60,99	5,65	51,50	74,30	4,92	0,00**
	Spor yapmayan	59	55,67	6,10	46,30	70,20		

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

Şekil 4.1 incelendiğinde spor yapan bireylerin %23,73'ünün normal kilolu, %23,73'ünün hafif şişman, %2,54'ünün obez olduğu, spor yapmayan bireylerin ise %0,85'inin zayıf, %27,12'sinin normal kilolu, %16,10'unun hafif şişman ve %5,93'ünün obez olduğu saptanmıştır.



Şekil 4.1: Katılımcıların BKİ sınıflarına göre dağılımı

4.4 Bireylere Ait Genel Beslenme Alışkanlıkları ve Davranışları

Araştırmaya dahil edilen spor yapan ve yapmayan katılımcıların beslenme alışkanlıklarının (ana ve ara öğün sayısı, öğün atlama durumu, atlanan öğün, vs.) dağılımı Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5: Katılımcıların beslenme alışkanlıklarının dağılımı (n=118)

	Spor yapan (n=59)		Spor yapmayan(n=59)	
	n	%	n	%
Tüketilen ana öğün sayısı				
Bir	0	0,00	3	5,08
İki	24	40,68	40	67,80
Üç	35	59,30	16	27,12
Tüketilen ara öğün sayısı				
Tüketmeyen	15	25,42	31	52,54
Bir	17	28,81	23	38,98
İki	15	25,42	2	3,39
Üç	12	20,34	3	5,08
Öğün atlama durumu				
Atlayan	24	40,68	44	74,58
Atlamayan	35	59,32	15	25,42
Atlanan öğün (n1=24,n2=44)				
Sabah	16	66,67	23	52,27
Öğle	7	29,17	21	47,73
Akşam	1	4,17	0	0,00
Öğün atlama				
Zaman yetersizliği	11	45,83	15	34,09
Alışkanlığının olmaması	3	12,50	16	36,36
İştahsızlık	3	12,50	6	13,64
Geç kalma	7	29,17	4	9,09
Maddi nedenler	0	0,00	3	6,82
Düzenli sabah kahvaltısı				
Her sabah	41	69,49	33	55,93
Arada sırada	12	20,34	20	33,90
Sadece hafta sonları	3	5,08	5	8,47
Hiç etmem	3	5,08	1	1,69
Kahvaltı yapılan yer				
Evde	43	72,88	38	64,41
İş yerinde	8	13,56	9	15,25
Büfede	5	8,47	11	18,64
Düzenli öğle yemeği yeme				
Evet	54	91,53	34	57,63
Hayır	5	8,47	25	42,37
Öğle yemeği yenilen yer				
İş yerinde	15	25,42	16	27,12
İş yerine evden getiriyorum	6	10,17	1	1,69
Restoran	23	38,98	26	44,07
Ev	15	25,42	16	27,12
Düzenli akşam yemeği yeme				
Evet	58	98,31	57	96,61
Hayır	1	1,69	2	3,39
Akşam yemeği yenilen yer				
İş yerinde	2	3,39	4	6,78
İş yerine evden getiriyorum	0	0,00	1	1,69
Restoran	4	6,78	3	5,08
Ev	53	89,83	51	86,44

Spor yapan bireylerin %40,68'inin günde 2 ana öğün, %59,32'sinin günde 3 ana öğün tükettiği, %28,81'inin günde 1 ara öğün, %25,42'sinin günde 2 ara öğün, %20,34'ünün günde 3 ara öğün tükettiği, %25,42'sinin ise ara öğün tüketmediği tespit edilmiştir. Spor yapan katılımcıların %40,68'inin öğün atladığı ve öğün atlayanların %66,67'sinin sabah öğününü, %29,17'sinin ise öğle öğününü atladığı, %45,83'ünün zaman yetersizliğinden, %29,17'sinin ise geç kalmadan dolayı öğün atladığı saptanmıştır. Spor yapan bireylerin %69,49'unun her sabah düzenli kahvaltı yaptığı, %72,88'inin genelde evde kahvaltı yaptığı, %91,53'ünün düzenli öğle yemeği yediği ve %98,31'inin düzenli akşam yemeği yediği saptanmıştır.

Spor yapmayan bireylerin %67,80'inin günde 2 ana öğün, %27,12'sinin günde 3 ana öğün tükettiği, %38,98'inin günde 1 ara öğün tükettiği, %52,57'ünün ise ara öğün tüketmediği tespit edilmiştir. Spor yapmayan katılımcıların %74,58'inin öğün atladığı ve öğün atlayanların %52,27'sinin sabah öğününü, %47,73'ünün ise öğle öğününü atladığı, %34,09'unun zaman yetersizliğinden, %36,36'sının alışkanlığının olmamasında %9,09'unun ise geç kalmadan dolayı öğün atladığı saptanmıştır. Spor yapmayan bireylerin %55,93'ünün her sabah düzenli kahvaltı yaptığı, %57,63'ünün düzenli öğle yemeği yediği ve %96,61'inin düzenli akşam yemeği yediği saptanmıştır.

Tablo 4.6: Katılımcıların su, alkollü içecek, kafeinli içecek, enerji içeceği ve sporcu içeceği tüketim durumlarının dağılımı (n=118)

	Spor yapan (n=59)		Spor yapmayan(n=59)		X ²	p
	n	%	n	%		
Günlük ortalama su tüketimi						
1 lt ve altı	8	13,56	13	22,03	3,85	0,15
2-3 lt arası	23	38,98	28	47,46		
3 lt ve üzeri	28	47,46	18	30,51		
Alkollü içecek						
Tüketen	20	33,90	25	42,37	0,86	0,34
Tüketmeyen	39	66,10	34	57,63		
Kafeinli içecek						
Tüketen	40	67,79	43	72,88	0,36	0,54
Tüketmeyen	19	32,21	16	27,12		
Enerji içeceği kullanma						
Kullanan	6	10,17	7	11,86	0,29	0,59
Kullanmayan	53	89,83	45	76,27		
Sporcu içeceği kullanma						
Kullanan	8	13,56	0	0,00	-	0,01*
Kullanmayan	51	86,44	59	100,00		

Tablo 4.6’te araştırma kapsamına alınan spor yapan ve yapmayan bireylerin su, alkollü içecek, kafeinli içecek, enerji içeceği ve sporcu içeceği tüketim durumlarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.6 incelendiğinde spor yapan bireylerin %13,56’sının günlük 1 L ve altında, %38,98’inin günlük 2-3 L arasında ve %47,46’sının günlük 3 L ve üzerinde su tükettiği, %66,10’unun alkollü içecek tüketmediği, %67,79’unun kafeinli içecek tükettiği, %89,83’ünün enerji içeceği ve %86,44’ünün sporcu içeceği tüketmediği saptanmıştır.

Spor yapmayan bireylerin %22,03’ünün günlük 1 L ve altında, %47,46’sının günlük 2-3 L arasında ve %30,51’inin günlük 3 L ve üzerinde su tükettiği, %57,63’ünün alkollü içecek tüketmediği, %72,88’inin kafeinli içecek tükettiği, %76,27’sinin enerji içeceği ve hiçbirinin sporcu içeceği tüketmediği saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan spor yapan ve yapmayan bireylerin günlük ortalama su tüketimleri, alkollü içecek tüketimler, kafeinli içecek tüketimleri ve enerji içeceği kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Spor yapan ve yapmayan katılımcıların sporcu içeceği kullanma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Spor yapan bireylerin sporcu içeceği kullanma oranı spor yapmayan bireylere göre daha yüksektir.

Tablo 4.7’de araştırmaya dahil edilen spor yapan ve yapmayan bireylerin beslenme davranışlarının dağılımı verilmiştir. Tablo 4.7 incelendiğinde, spor yapan ve spor yapmayan katılımcıların gece yatmadan önce yemek yeme durumları, genelde iştah durumları, ailede fiziksel görünümünde zayıf olmaya dikkat eden kişiler olması durumları, daha önce zayıflama diyeti uygulama durumları ve kiloları geri alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Spor yapan bireylerin %13,56’sının gece yatmadan önce ve/veya gece uyanarak yemek yeme alışkanlığının olduğu, %69,49’unun genelde iştahını iyi, %30,51’inin orta olarak tanımladığı, %57,63’nün kilo aldığını düşündüğünde spor yaptığı, %20,34’ünün diyet yaptığı ve %16,95’inin abur-cubur yemeyi bıraktığı saptanmıştır. Spor yapan bireylerin %30,51’i beslenme ile ilgili bilgileri kitle iletişim araçlarından, %32,20’si diyetisyenden, %18,64’ü ise çevreden (arkadaş, aile vb) aldığını, %33,90’ı doğru beslenme bilgilerine eriştiğinde her zaman beslenme davranışını değiştirdiğini, %28,81’i sık sık, %30,51’i ise nadiren beslenme davranışını değiştirdiğini ifade etmiştir. Spor yapan katılımcıların %71,19’unun ailesinde fiziksel görünümünde zayıf olmaya dikkat eden herhangi bir birey olmadığı tespit edilmiştir. Spor yapan bireylerin %25,42’sinin daha önce zayıflama diyeti

uyguladığı ve diyet uygulayan bireylerin %33,33'ünün verdiği kiloları geri aldığı görülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan spor yapmayan bireylerin %20,34'ünün gece yatmadan önce ve/veya gece uyanarak yemek yeme alışkanlığının olduğu, %61,02'sinin genelde iştahını iyi, %38,98'inin orta olarak tanımladığı, %40,68'inin kilo aldığını düşündüğünde abur-cubur yemeyi bıraktığı, %23,73'nünün öğün atladığı ve %11,86'sının diyet yaptığı saptanmıştır. Spor yapmayan bireylerin %47,46'sı beslenme ile ilgili bilgileri kitle iletişim araçlarından, %15,25'i diyetisyenden, %16,95'i kitaplardan ve bilimsel yayınlardan, %18,64'ü ise çevreden (arkadaş, aile vb) aldığını, %11,86'sı doğru beslenme bilgilerine eriştiğinde her zaman beslenme davranışını değiştirdiğini, %32,20'si sık sık, %47,46'sı ise nadiren beslenme davranışını değiştirdiğini ifade etmiştir. Spor yapmayan katılımcıların %76,27'sinin ailesinde fiziksel görünümünde zayıf olmaya dikkat eden herhangi bir birey olmadığı tespit edilmiştir. Spor yapmayan bireylerin %23,73'ünün daha önce zayıflama diyeti uyguladığı ve diyet uygulayan bireylerin %57,14'ünün verdiği kiloları geri aldığı görülmüştür.

Tablo 4.7: Katılımcıların beslenme davranışlarının dağılımı (n=118)

	Spor yapan (n=59)		Spor yapmayan(n=59)		X ²	p
	n	%	n	%		
Gece yatmadan önce ve/veya gece uyanarak yemek yeme alışkanlığı						
Evet	8	13,56	12	20,34	0,96	0,32
Hayır	51	86,44	47	79,66		
Genelde iştah durumu						
İyi	41	69,49	36	61,02	0,93	0,33
Orta	18	30,51	23	38,98		
Kilo aldığını düşündüğünde yapılan						
Kilo almıyorum	2	3,39	13	22,03	-	-
Abur-cubur yemeyen	10	16,95	24	40,68		
Diyet yapan	12	20,34	7	11,86		
Öğün atlayan	1	1,69	14	23,73		
Spor yapan	34	57,63	1	1,69		
Beslenme ile bilgilere erişilen kaynaklar						
Kitle iletişim araçları (gazete, dergi, TV, internet)	18	30,51	28	47,46	-	-
Kitaplar, bilimsel yayınlar vb.	7	11,86	10	16,95		
Diyetisyen	19	32,20	9	15,25		
Doktor	2	3,39	0	0,00		
Sağlık, zayıflama merkezleri	2	3,39	1	1,69		
Çevre (arkadaş, aile vb.)	11	18,64	11	18,64		
Doğru beslenme bilgilerine erişildiğinde davranışların değişmesi						
Her zaman	20	33,90	7	11,86	-	-
Sık sık	17	28,81	19	32,20		
Nadiren	18	30,51	28	47,46		
Hiç bir zaman	4	6,78	5	8,47		
Ailede fiziksel görünümünde zayıf olmaya dikkat eden kişiler						
Var	17	28,81	14	23,73	0,39	0,53
Yok	42	71,19	45	76,27		
Daha önce zayıflama diyeti uygulama						
Uygulayan	15	25,42	14	23,73	0,46	0,84
Uygulamayan	44	74,58	45	76,27		
Kiloları geri alma (n1=15 , n2=14)						
Alan	5	33,33	8	57,14	1,66	0,20
Almayan	10	66,67	6	42,86		

4.5 Bireylerin Besin Tüketim Sıklıklarına Yönelik Bilgiler

Tablo 4.8 ve Tablo 4.9’da spor yapan ve yapmayan bireylerin besin tüketim sıklıklarının dağılımı verilmiştir.

Çalışmaya katılan spor yapan bireylerin %40,70’inin yağlı sütü, %25,40’ının yarım yağlı sütü, %50,80’inin yağsız sütü, %35,60’ının tam yağlı yoğurdu, %59,30’unun yağsız yoğurdu, %23,70’inin tam yağlı peyniri, %27,10’unun yarım yağlı peyniri, %62,70’inin yağsız peyniri, %27,10’unun beyaz ekmeği, %39,00’unun kepekli ekmeği, %32,20’sinin tam buğday ekmeğini, %39,00’unun çavdar ekmeğini, %74,60’ının kuyruk yağını, %33,90’ının margarini, %57,60’ının fındık yağını, %30,50’sinin asitli içecekleri ve %49,20’sinin alkollü içecekleri hiç tüketmediği saptanmıştır. Spor yapan bireylerin %42,40’ının yumurtayı, %47,50’sinin taze sebzeleri, %52,50’sinin taze meyveleri ve %40,70’inin zeytinyağını her gün tükettiği tespit edilmiştir. Spor yapan bireylerin %35,60’ı kırmızı eti haftada 3-4 kez, %35,60’ı ayranı, %33,90’ı tavuk-hindi etini, %23,70’i et ürünlerini, %49,20’si balığı, %39,00’u kuru baklagilleri, %25,40’ı bulguru, %32,20’si makarnayı, %35,60’ı pirinci, %33,90’ı terayağını, %32,20’si ayçiçek-mısırözü-soya yağını ve %23,70’i şekerli besinleri haftada 1-2 kez tükettiğini belirtmiştir. Spor yapan bireylerin %28,80’inin sütlü tatlıları, %33,90’ının hamurlu tatlıları, %27,10’unun çikolata, gofret, bisküviyi ve %40,70’inin hamur işlerini ayda bir kez tükettiği saptanmıştır.

Tablo 4.8: Spor yapan katılımcıların besin tüketim sıklıklarının dağılımı (n=59)

	Her öğün		Her gün		Haftada 5-6 kez		Haftada 3-4 kez		Haftada 1-2 kez		15 günde bir		Ayda bir		Hiç	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Süt Yağlı	0	0,00	12	20,30	4	6,80	6	10,20	4	6,80	3	5,10	6	10,20	24	40,70
Süt Yarım yağlı	0	0,00	11	18,60	6	10,20	4	6,80	9	15,30	2	3,40	12	20,30	15	25,40
Süt Yağsız (light)	0	0,00	9	15,30	1	1,70	3	5,10	8	13,60	3	5,10	5	8,50	30	50,80
Ayran	0	0,00	8	13,60	6	10,20	10	16,90	21	35,60	4	6,80	3	5,10	7	11,90
Yoğurt Tam yağlı	1	1,70	15	25,40	6	10,20	5	8,50	4	6,80	4	6,80	3	5,10	21	35,60
Yoğurt Yarım yağlı	0	0,00	9	15,30	5	8,50	3	5,10	7	11,90	8	13,60	9	15,30	18	30,50
Yoğurt Yağsız (light)	2	3,40	5	8,50	1	1,70	1	1,70	7	11,90	4	6,80	4	6,80	35	59,30
Peynir Tam yağlı	0	0,00	13	22,00	12	20,30	7	11,90	2	3,40	6	10,20	5	8,50	14	23,70
Peynir Yarım yağlı	1	1,70	9	15,30	6	10,20	2	3,40	10	16,90	10	16,90	5	8,50	16	27,10
Peynir Yağsız (light)	0	0,00	3	5,10	2	3,40	2	3,40	6	10,20	2	3,40	7	11,90	37	62,70
Yumurta	0	0,00	25	42,40	4	6,80	14	23,70	7	11,90	5	8,50	0	0,00	4	6,80
Kırmızı et	0	0,00	10	16,90	7	11,90	21	35,60	16	27,10	1	1,70	3	5,10	1	1,70
Tavuk-hindi	0	0,00	11	18,60	8	13,60	17	28,80	20	33,90	2	3,40	0	0,00	1	1,70
Et ürünleri	0	0,00	8	13,60	5	8,50	1	1,70	14	23,70	1	1,70	16	27,10	14	23,70
Balık	0	0,00	1	1,70	1	1,70	10	16,90	29	49,20	7	11,90	7	11,90	4	6,80
Kurubaklagiller	0	0,00	0	0,00	3	5,10	6	10,20	23	39,00	18	30,50	5	8,50	4	6,80
Taze sebze	3	5,10	28	47,50	2	3,40	13	22,00	10	16,90	2	3,40	0	0,00	1	1,70
Taze meyve	0	0,00	31	52,50	10	16,90	7	11,90	10	16,90	1	1,70	0	0,00	0	0,00
Beyaz ekmek	6	10,20	10	16,90	5	8,50	5	8,50	6	10,20	4	6,80	7	11,90	16	27,10
Kepekli ekmek	0	0,00	4	6,80	2	3,40	2	3,40	17	28,80	8	13,60	3	5,10	23	39,00
Tam buğday ekmeği	2	3,40	5	8,50	8	13,60	6	10,20	9	15,30	7	11,90	3	5,10	19	32,20

Tablo 4.8: Spor yapan katılımcıların besin tüketim sıklıklarının dağılımı (n=59) (devam)

	Her öğün		Her gün		Haftada 5-6 kez		Haftada 3-4 kez		Haftada 1-2 kez		15 günde bir		Ayda bir		Hiç	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Çavdar ekmeği	2	3,40	3	5,10	5	8,50	6	10,20	10	16,90	7	11,90	3	5,10	23	39,00
Bulgur	0	0,00	1	1,70	1	1,70	12	20,30	15	25,40	13	22,00	7	11,90	10	16,90
Makarna	0	0,00	2	3,40	7	11,90	13	22,00	19	32,20	9	15,30	6	10,20	3	5,10
Pirinç	0	0,00	7	11,90	6	10,20	11	18,60	21	35,60	8	13,60	3	5,10	3	5,10
Tereyağı	0	0,00	2	3,40	5	8,50	10	16,90	20	33,90	9	15,30	8	13,60	5	8,50
Kuyruk yağı	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	3,40	6	10,20	7	11,90	44	74,60
Margarin	1	1,70	3	5,10	3	5,10	6	10,20	12	20,30	8	13,60	6	10,20	20	33,90
Zeytinyağı	9	15,30	24	40,70	6	10,20	7	11,90	6	10,20	1	1,70	0	0,00	6	10,20
Fındık yağı	0	0,00	1	1,70	4	6,80	4	6,80	6	10,20	5	8,50	5	8,50	34	57,60
Ayçiçek, mısırözü, soya	6	10,20	2	3,40	4	6,80	4	6,80	19	32,20	4	6,80	8	13,60	12	20,30
Şekerli besinler	0	0,00	1	1,70	1	1,70	8	13,60	14	23,70	5	8,50	21	35,60	9	15,30
Sütlü tatlılar	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	5,10	10	16,90	10	16,90	17	28,80	19	32,20
Hamurlu tatlılar	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	5,10	7	11,90	7	11,90	20	33,90	22	37,30
Çikolata, gofret, bisküvi	0	0,00	2	3,40	2	3,40	2	3,40	15	25,40	11	18,60	16	27,10	11	18,60
Hamur işleri	0	0,00	3	5,10	2	3,40	3	5,10	8	13,60	7	11,90	24	40,70	12	20,30
Asitli içecekler	1	1,70	9	15,30	4	6,80	3	5,10	11	18,60	8	13,60	5	8,50	18	30,50
Alkollü içecekler	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	8,50	13	22,00	7	11,90	5	8,50	29	49,20

Tablo 4.9’da çalışmaya dahil edilen spor yapmayan katılımcıların besin tüketim sıklıklarının dağılımı verilmiştir. Tablo 4.9’a göre spor yapmayan bireylerin %55,90’ı yarım yağlı sütü, %72,90’ı yağsız sütü, %61,0’i yarım yağlı yoğurdu, %74,60’ı yağsız yoğurdu, %57,60’ı yarım yağlı peyniri, %76,30’u yağsız peyniri, %59,30’u kepekli ekmeği, %45,80’i tam buğday ekmeğini, %54,20’si çavdar ekmeğini, %67,80’i kuyruk yağını, %23,70’i margarini, %76,30’u fındık yağını, %45,80’i alkollü içecekleri hiç tüketmemektedir.

Spor yapan bireylerin %27,10’u beyaz ekmeği ve zeytinyağını her gün, %28,80’i ayranı, %33,90’ı tam yağlı yoğurdu haftada 5-6 kez tüketmektedir. Spor yapan bireylerin %30,50’sinin yağlı sütü, %32,20’sinin tam yağlı peyniri, %22,0’inin yumurtayı, %37,30’unun kırmızı eti, %23,70’inin çikolata, gofret, bisküviyi ve %22,00’sinin asitli içecekleri haftada 3-4 kez tükettiği saptamıştır. Spor yapan bireylerin %20,30’u şekerli besinleri, %28,80’i sütü ve hamurlu tatlıları, %20,30’u hamur işlerini 15 günde bir tüketmektedir.

Tablo 4.9: Spor yapmayan katılımcıların besin tüketim sıklıklarının dağılımı (n=59)

	Her öğün		Her gün		Haftada 5-6 kez		Haftada 3-4 kez		Haftada 1-2 kez		15 günde bir		Ayda bir		Hiç	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Süt Yağlı	0	0,00	6	10,20	6	10,20	18	30,50	8	13,60	6	10,20	3	5,10	12	20,30
Süt Yarım yağlı	0	0,00	6	10,20	3	5,10	3	5,10	4	6,80	3	5,10	7	11,90	33	55,90
Süt Yağsız (light)	0	0,00	3	5,10	1	1,70	1	1,70	4	6,80	4	6,80	3	5,10	43	72,90
Ayran	0	0,00	7	11,90	17	28,80	15	25,40	14	23,70	2	3,40	3	5,10	1	1,70
Yoğurt Tam yağlı	1	1,70	7	11,90	20	33,90	19	32,20	1	1,70	2	3,40	2	3,40	7	11,90
Yoğurt Yarım yağlı	0	0,00	7	11,90	0	0,00	1	1,70	5	8,50	4	6,80	6	10,20	36	61,00
Yoğurt Yağsız (light)	0	0,00	3	5,10	0	0,00	2	3,40	4	6,80	4	6,80	2	3,40	44	74,60
Peynir Tam yağlı	0	0,00	15	25,40	7	11,90	19	32,20	6	10,20	5	8,50	3	5,10	4	6,80
Peynir Yarım yağlı	0	0,00	5	8,50	0	0,00	2	3,40	8	13,60	5	8,50	5	8,50	34	57,60
Peynir Yağsız (light)	0	0,00	3	5,10	0	0,00	2	3,40	2	3,40	2	3,40	5	8,50	45	76,30
Yumurta	0	0,00	19	32,20	12	20,30	13	22,00	7	11,90	4	6,80	0	0,00	4	6,80
Kırmızı et	0	0,00	9	15,30	13	22,00	22	37,30	10	16,90	3	5,10	1	1,70	1	1,70
Tavuk-hindi	0	0,00	3	5,10	9	15,30	16	27,10	19	32,20	4	6,80	2	3,40	5	8,50
Et ürünleri	0	0,00	0	0,00	6	10,20	11	18,60	13	22,00	13	22,00	9	15,30	7	11,90
Balık	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	5,10	24	40,70	9	15,30	15	25,40	8	13,60
Kurubaklagiller	0	0,00	0	0,00	4	6,80	9	15,30	29	49,20	8	13,60	4	6,80	5	8,50
Taze sebze	2	3,40	13	22,00	10	16,90	12	20,30	15	25,40	7	11,90	0	0,00	0	0,00
Taze meyve	0	0,00	10	16,90	5	8,50	18	30,50	18	30,50	5	8,50	1	1,70	2	3,40
Beyaz ekmek	13	22,00	16	27,10	5	8,50	6	10,20	3	5,10	0	0,00	4	6,80	12	20,30
Kepekli ekmek	2	3,40	2	3,40	3	5,10	3	5,10	5	8,50	4	6,80	5	8,50	35	59,30

Tablo 4.9: Spor yapmayan katılımcıların besin tüketim sıklıklarının dağılımı (n=59) (devam)

	Her öğün		Her gün		Haftada 5-6 kez		Haftada 3-4 kez		Haftada 1-2 kez		15 günde bir		Ayda bir		Hiç	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tam buğday ekmeği	2	3,40	5	8,50	8	13,60	2	3,40	8	13,60	2	3,40	5	8,50	27	45,80
Çavdar ekmeği	1	1,70	0	0,00	3	5,10	4	6,80	9	15,30	1	1,70	9	15,30	32	54,20
Bulgur	0	0,00	1	1,70	4	6,80	9	15,30	26	44,10	7	11,90	7	11,90	5	8,50
Makarna	0	0,00	4	6,80	6	10,20	13	22,00	24	40,70	5	8,50	6	10,20	1	1,70
Pirinç	0	0,00	3	5,10	7	11,90	18	30,50	22	37,30	6	10,20	2	3,40	1	1,70
Tereyağı	1	1,70	0	0,00	4	6,80	8	13,60	15	25,40	13	22,00	4	6,80	14	23,70
Kuyruk yağı	0	0,00	1	1,70	0	0,00	2	3,40	4	6,80	5	8,50	6	10,20	40	67,80
Margarin	0	0,00	6	10,20	4	6,80	8	13,60	13	22,00	9	15,30	5	8,50	14	23,70
Zeytinyağı	5	8,50	16	27,10	13	22,00	10	16,90	3	5,10	4	6,80	3	5,10	5	8,50
Fındık yağı	0	0,00	2	3,40	0	0,00	5	8,50	2	3,40	1	1,70	4	6,80	45	76,30
Ayçiçek, mısırözü, soya	3	5,10	7	11,90	7	11,90	11	18,60	12	20,30	3	5,10	5	8,50	11	18,60
Şekerli besinler	0	0,00	5	8,50	9	15,30	7	11,90	9	15,30	12	20,30	10	16,90	7	11,90
Sütlü tatlılar	0	0,00	2	3,40	3	5,10	8	13,60	10	16,90	17	28,80	12	20,30	7	11,90
Hamurlu tatlılar	0	0,00	1	1,70	3	5,10	5	8,50	10	16,90	17	28,80	14	23,70	9	15,30
Çikolata, gofret, bisküvi	0	0,00	4	6,80	10	16,90	14	23,70	11	18,60	6	10,20	8	13,60	6	10,20
Hamur işleri	0	0,00	3	5,10	5	8,50	11	18,60	9	15,30	12	20,30	11	18,60	8	13,60
Asitli içecekler	0	0,00	12	20,30	6	10,20	13	22,00	10	16,90	4	6,80	1	1,70	13	22,00
Alkollü içecekler	1	1,70	3	5,10	4	6,80	5	8,50	9	15,30	6	10,20	4	6,80	27	45,80

4.6 Günlük Enerji ve Besin Ögesi Alımına İlişkin Bulgular

Tablo 4.10’de spor yapan ve yapmayan katılımcıların enerji ve besin ögesi tüketimlerini karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklem t testinin sonuçları mevcuttur. Tablo 4.10’da spor yapan ve yapmayan bireylerin enerji ve yağ tüketim miktarları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanırken ($p>0,05$), karbonhidrat (g), karbonhidrat (%), protein (g) ve protein (%) tüketimleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$, $p<0,05$). Spor yapan katılımcıların, protein (g) ve protein (%) tüketim miktarları spor yapmayan bireylere göre yüksek, karbonhidrat (g) ve karbonhidrat (%) miktarları ise düşüktür. Araştırmaya katılan spor yapan ve yapmayan bireylerin bitkisel protein, tekli doymamış yağ asidi, Omega 3, E vitamini, A vitamini ve B₁₂ vitamini tüketim miktarları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Spor yapan ve yapmayan bireylerin bitkisel protein, tekli doymamış yağ asidi Omega 3, A vitamini, E vitamini ve B₁₂ vitamini tüketim miktarları benzerdir.

Spor yapan ve yapmayan bireylerin doymuş yağ asidi, kolesterol, suda çözünen lif, suda çözünmeyen lif, B₁ vitamini, B₂ vitamini, C vitamini, Niasin ve Folik asit tüketim miktarları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$, $p<0,05$). Spor yapan bireylerin doymuş yağ asidi tüketimleri spor yapmayan bireylere göre düşük, kolesterol, suda çözünen lif, suda çözünmeyen lif, C vitamini, B₁ vitamini, B₂ vitamini, Niasin ve Folik asit tüketim miktarları ise yüksek bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan spor yapan ve yapmayan katılımcıları kalsiyum, magnezyum, demir, fosfor ve çinko tüketim miktarları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$, $p<0,05$). Spor yapan bireylerin magnezyum, kalsiyum, fosfor, demir ve çinko tüketim miktarları spor yapmayan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 4.10: Spor yapan ve yapmayan katılımcıların enerji ve besin ögesi tüketimlerini karşılaştırılması (n=118)

	Spor yapan (n=59)		Spor yapmayan (n=59)		t	p
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s		
Enerji(kkal)	2135,86	465,62	2312,13	552,60	-1,87	0,06
Karbonhidrat(g)	209,76	54,87	245,48	82,04	-2,78	0,00**
Karbonhidrat(%)	40,81	6,71	43,75	9,18	-1,98	0,05*
Protein(g)	121,80	37,80	95,62	28,44	4,25	0,00**
Protein(%)	23,49	5,08	17,64	5,71	5,88	0,00**
Bitkisel Protein (g)	30,41	12,71	30,57	13,08	-0,07	0,95
Yağ (g)	84,44	25,91	93,29	31,53	-1,67	0,01
Yağ (%)	35,03	6,61	36,37	8,61	-0,95	0,35
Tekli doymamış yağ asidi (g)	30,15	10,93	31,51	10,09	-0,70	0,48
Doymuş yağ asidi (g)	27,47	9,63	34,26	12,76	-3,26	0,00**
Omega 3 (g)	3,68	2,52	3,53	2,37	0,34	0,73
Kolesterol (mg)	505,65	356,06	385,57	235,63	2,16	0,03*
Suda çözünen.lif (g)	7,65	3,70	6,01	3,14	2,60	0,01*
Suda çözünmeyen.lif (g)	14,73	5,40	11,97	5,72	2,70	0,00**
Vit. A (µg)	1168,08	748,83	1143,38	719,45	0,18	0,86
Vit. E (mg)	13,38	14,88	13,19	10,64	0,08	0,94
Vit. C (mg)	123,31	73,59	81,45	56,15	3,47	0,00**
Vit. B₁ (mg)	1,23	0,47	0,91	0,41	3,95	0,00**
Vit. B₂ (mg)	2,00	1,25	1,56	0,62	2,40	0,02*
Niasin (mg)	21,84	9,70	17,79	10,84	2,14	0,03*
Vit. B₁₂ (µg)	9,45	16,30	6,78	10,67	1,05	0,30
Folik asit (µg)	331,73	135,21	273,29	112,32	2,55	0,01*
Kalsiyum (mg)	1101,45	431,13	818,79	381,10	3,77	0,00**
Magnezyum (mg)	395,41	129,90	324,17	166,36	2,59	0,01*
Potasyum (mg)	3447,71	1053,08	2639,58	1689,84	3,12	0,00*
Fosfor (mg)	1851,69	575,24	1432,67	398,16	4,60	0,00**
Demir (mg)	15,49	4,89	13,45	4,50	2,36	0,02*
Çinko (mg)	15,78	4,84	13,17	4,49	3,04	0,00**

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

Tablo 4.11’de Spor yapan ve yapmayan bireylerin enerji ve besin ögesi alımlarının Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberinde önerilen düzeylere göre karşılama yüzdelerinin karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.11: Spor yapan ve yapmayan katılımcıların enerji ve besin ögesi alımlarının gereksinimi karşılama yüzdelerinin karşılaştırılması (n=118)

	Spor yapan		Spor yapmayan		t	p
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s		
Enerji(kkal)	81,43	17,75	88,15	21,07	-1,87	0,06
Protein(g)	187,39	58,16	147,11	43,75	4,25	0,00**
Omega 3 (g)	229,98	157,72	220,34	148,40	0,34	0,73
Niasin (mg)	155,99	69,30	127,05	77,40	2,14	0,03*
Folik asit (µg)	82,93	33,80	68,32	28,08	2,55	0,01*
Vit. A (µg)	129,79	83,20	127,04	79,94	0,18	0,86
Vit. E (mg)	89,18	99,18	87,94	70,92	0,08	0,94
Vit. C (mg)	137,01	81,76	90,50	62,39	3,47	0,00**
Vit. B₁ (mg)	102,68	39,41	75,99	33,80	3,95	0,00**
Vit. B₂ (mg)	94,78	36,37	70,14	31,20	3,95	0,00**
Vit. B₁₂ (µg)	393,93	679,21	282,70	444,53	1,05	0,29
Kalsiyum (mg)	110,15	43,11	81,88	38,11	3,77	0,00**
Magnezyum (mg)	94,14	30,93	77,18	39,61	2,59	0,01*
Fosfor (mg)	264,53	82,18	204,67	56,88	4,60	0,00**
Demir (mg)	154,93	48,91	134,54	45,02	2,36	0,02*
Çinko (mg)	143,42	43,98	119,69	40,78	3,04	0,00**

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

Spor yapan 59 kişinin Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberine göre günlük diyet ile alınan besin öğelerini ortalama olarak karşılama yüzdeleri; Enerji(kkal) % 81,43, Protein(g) % 187,39, Omega 3 (g) % 229,98, Niasin (mg) % 155,99, Folik asit (µg) % 82,93, Vit. A (µg) % 129,79, Vit. E (mg) % 89,18, Vit. C (mg) % 137,01, Vit. B₁ (mg) % 102,68, Vit. B₂ (mg), % 94,78, Vit. B₁₂ (µg) % 393,93, Kalsiyum

(mg) % 110,15, Magnezyum (mg) % 94,14, Fosfor (mg) % 264,53, Demir (mg) % 154,93, Çinko (mg) %143,42'dir.

Spor yapmayan 59 kişinin Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberine göre günlük diyet ile alınan besin öğelerini ortalama olarak karşılama yüzdeleri; Enerji(kkal) %88,15, Protein(g) % 147,11, Omega 3 (g) % 220,34, Niasin (mg) % 127,05, Folik asit (µg) % 68,32, Vit. A (µg) % 127,04, Vit. E (mg) % 87,94, Vit. C (mg) % 90,50, Vit. B₁ (mg) % 75,99, Vit. B₂ (mg) % 70,14, Vit. B₁₂ (µg) % 282,70, Kalsiyum (mg) % 81,88, Magnezyum (mg) % 77,18, Fosfor (mg) % 204,67, Demir (mg) % 135,54, Çinko (mg) %119,69'dir.

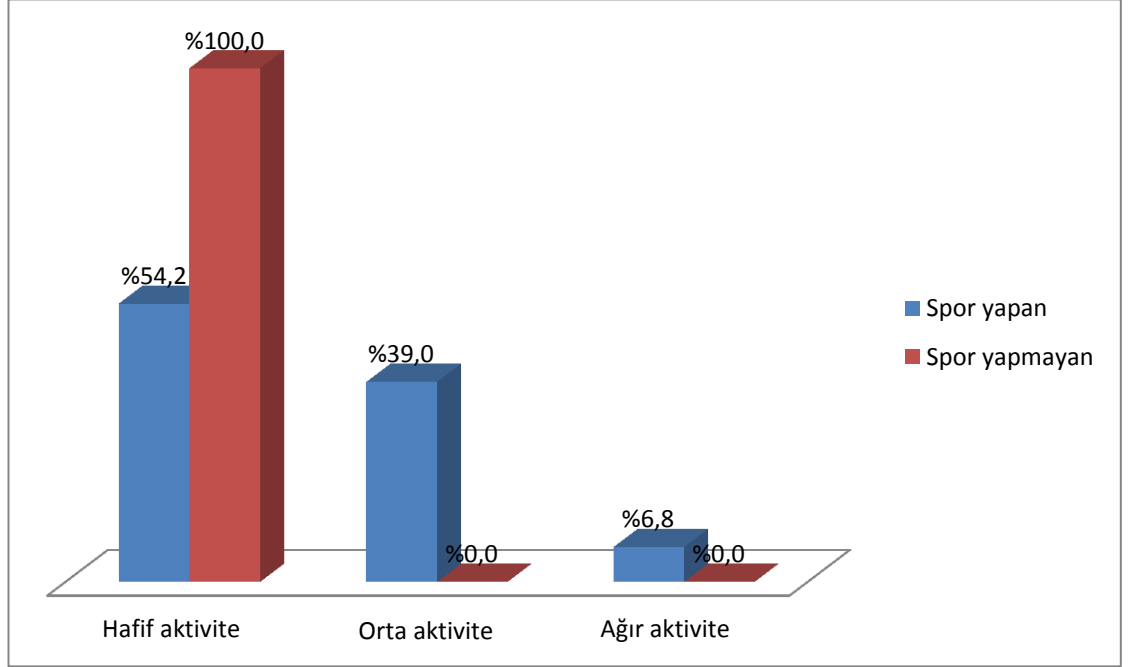
Tablo 4.11 incelendiğinde araştırma kapsamına alınan spor yapan ve yapmayan bireylerin günlük enerji, omega 3, A vitamini, E vitamini ve B₁₂ vitamini tüketimlerinin Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberinde önerilen değeri karşılama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Spor yapan ve yapmayan bireylerin günlük protein, niasin, folik asit, C vitamini, B₁ vitamini, B₂ vitamini, kalsiyum, magnezyum, fosfor, demir ve çinko tüketimlerinin Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberinde önerilen değeri karşılama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,001, p<0,05). Spor yapan bireylerin günlük protein, niasin, folik asit, C vitamini, B₁ vitamini, B₂ vitamini, kalsiyum, magnezyum, fosfor, demir ve çinko tüketimlerini karşılama oranı, spor yapmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur.

4.7 Bireylerin Fiziksel Aktivite ve Sporcu Destek Ürünü Kullanım Durumları

Şekil 4.2'de araştırmaya katılan bireylerin fiziksel aktivite durumları verilmiştir. Araştırmaya katılan spor yapan bireylerin %54,2'sinin hafif aktivite,

%39,0'unu orta ve %6,8'inin ağır aktivite skoruna sahip olduğu, spor yapmayan bireylerin tamamının (%100) ise hafif aktivite skoruna sahip olduğu saptanmıştır.



Şekil 4.2: Katılımcıların fiziksel aktivite düzeyi

Tablo 4.12’de Spor yapan katılımcıların spor yapma özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.12: Spor yapan katılımcıların spor yapma özelliklerine göre dağılımı (n=59)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Spor salonuna gitme süresi		
1-2 yıl arası	23	38,98
2-3 yıl arası	21	35,59
3 yıl ve üzeri	15	25,42
Salonda yapılan spor*		
Crossfit (Dairesel antrenman)	4	6,78
Spinning	4	6,78
Vücut geliştirme	42	71,19
Yürüyüş	9	15,25
Bisiklet	9	15,25
Koşu	25	42,37
Diğer	4	6,78
Spor salonuna gitme sıklığı		
Haftada 1-2 gün	9	15,25
Haftada 4-5 gün	50	84,75
Spor yapılan süre		
1 saat	13	22,03
1.5 saat	21	35,59
2 saat	19	32,20
3 saat	6	10,17

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.

Tablo 4.12 incelendiğinde spor yapan bireylerin %38,98'inin 1-2 yıl arası, %35,59'unun 2-3 yıl arası ve %25,42'sinin 3 yıl ve üzeri süredir düzenli spor yaptığı, %71,19'unun spor salonunda vücut geliştirme, %42,37'sinin koşu, %15,25'inin bisiklet ve %15,0'inin yürüyüş yaptığı saptanmıştır. Spor yapan bireylerin %15,25'inin haftada 1-2 gün, %84,75'inin haftada 4-5 gün spor salonuna gittiği, %22,03'ünün 1 saat, %35,59'unun 1,5 saat, %32,20'sinin 2 saat ve %10,17'sinin 3 saat ve üzeri spor yaptığı saptanmıştır.

Tablo 4.13'de araştırmaya dahil edilen spor yapan katılımcıların sporcu destek ürünü kullanma durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Tablo 4.13 incelendiğinde, spor yapan bireylerin %44,07'sinin sporcu destek ürünü kullandığı, sporcu destek ürünü kullanan bireylerin %46,15'inin 12-24 ay, %19,23'ü 6-12 ay arası ve %34,62'sinin 6 aydan daha az süredir sporcu destek ürünü kullandığı saptanmıştır. Sporcu destek ürünü kullanan bireylerin %96,15'inin protein tozu, %26,92'sinin amino asit, %30,77'sinin dallı zincirli amino asit (BCAA) ve %11,55'ünün glutamin ve kreatin kullandığı, bu ürünleri kullanan sporcuların %88,46'sının kas geliştirme amacıyla sporcu destek ürünü kullandığı saptanmıştır. Sporcu destek ürünü kullanan sporcuların %57,69'u bu ürünleri kullanmak için destek aldığı, destek alanların %33,33'ünün diyetisyenden, %66,67'sinin spor hocasına danıştığı saptanmıştır.

Tablo 4.13: Spor yapan katılımcıların sporcu destek ürünü kullanma durumlarına göre dağılımı (n=59)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sporcu destek ürün kullanma		
Kullanan	26	44,07
Kullanmayan	33	55,93
Sporcu destek ürünü kullanma süresi (n=26)		
12-24 ay arası	12	46,15
6-12 ay arası	5	19,23
6 aydan az	9	34,62
Kullanılan sporcu destek ürünleri (n=26)*		
Protein tozu	25	96,15
Amino asit	7	26,92
Dallı zincirli amino asit (BCAA)	8	30,77
Glutamin	3	11,54
Kreatin	3	11,54
Diğer (L-karnitin, Arjinin, Nitrik oksit)	4	15,38
Sporcu destek ürünlerini kullanma amacı (n=26)		
Kas geliştirme	23	88,46
Performans geliştirme	2	7,69
Sağlık geliştirme	1	3,85
Sporcu destek ürünü kullanmak için destek alma (n=24)		
Alan	15	57,69
Almayan	11	42,31
Destek alınan kişi (n=15)		
Diyetisyen	5	33,33
Spor hocası	10	66,67

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.

4.8 Bireylerin Günlük Toplam Enerji Harcaması ve Fiziksel Aktivite

Düzeyi Karşılaştırması

Araştırmaya katılan spor yapan ve yapmayan bireylerin aktivite faktörü ve günlük enerji harcaması değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Spor yapan bireylerin aktivite faktörü ve günlük enerji harcaması değerleri spor yapmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.14: Günlük Toplam Enerji Harcaması ve Fiziksel Aktivite Düzeyi Karşılaştırması (n=118)

	Grup	n	$\bar{x}$	s	Min	Max	t	p
Aktivite	Spor yapan	59	1,70	0,15	1,42	2,13	10,98	0,00**
Düzeyi	Spor yapmayan	59	1,41	0,14	1,06	1,67		
Günlük	Spor yapan	59	3147,39	393,28	2439	4407	8,01	0,00**
toplam	Spor yapmayan	59	2573,63	384,79	1702	4073		
enerji								
harcaması								

** $p<0.001$

4.9 Yeme Tutum Testi (YTT-40) ve ORTO-11 Ölçeklerine Ait

Bulgular

Tablo 4.15’de araştırma kapsamın alınan spor yapan ve yapmayan katılımcıların YYT-40 ve ORTO-11 testi sonuçlarının karşılaştırılmasına ait bağımsız örneklem t testi sonuçları mevcuttur. Araştırmaya katılan spor yapan bireylerin yeme tutum testinden ortalama $27,53\pm 11,45$ puan, spor yapmayan bireyler ise ortalama $17,46\pm 9,48$ puan almıştır. Spor yapan ve spor yapmayan bireylerin YTT puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Spor yapan bireylerin yeme tutum testi puanları, spor yapmayan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

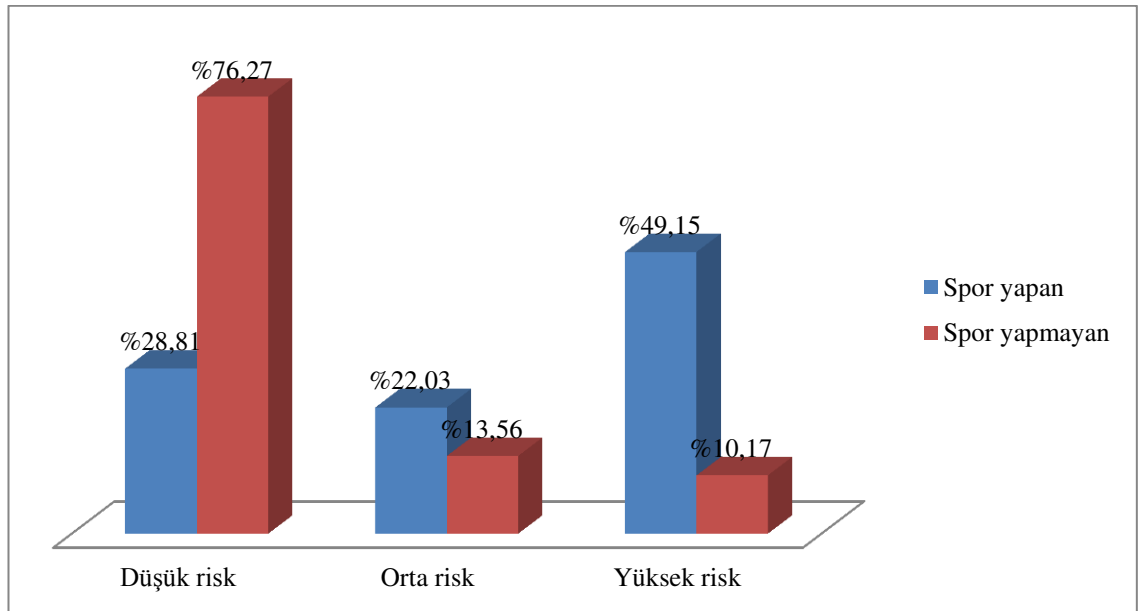
Tablo 4.15: Spor yapan ve yapmayan katılımcıların YTT-40 ve ORTO-11 testi sonuçlarının karşılaştırılması (n=118)

	Grup	n	$\bar{x}$	s	Min	Max	t	p
YTT-40	Spor yapan	59	27,53	11,45	5	53	5,20	0,00**
	Spor yapmayan	59	17,46	9,48	4	57		
ORTO-11	Spor yapan	59	25,88	3,17	18	32	-	0,00**
	Spor yapmayan	59	27,92	4,19	16	44		

* $p < 0,05$

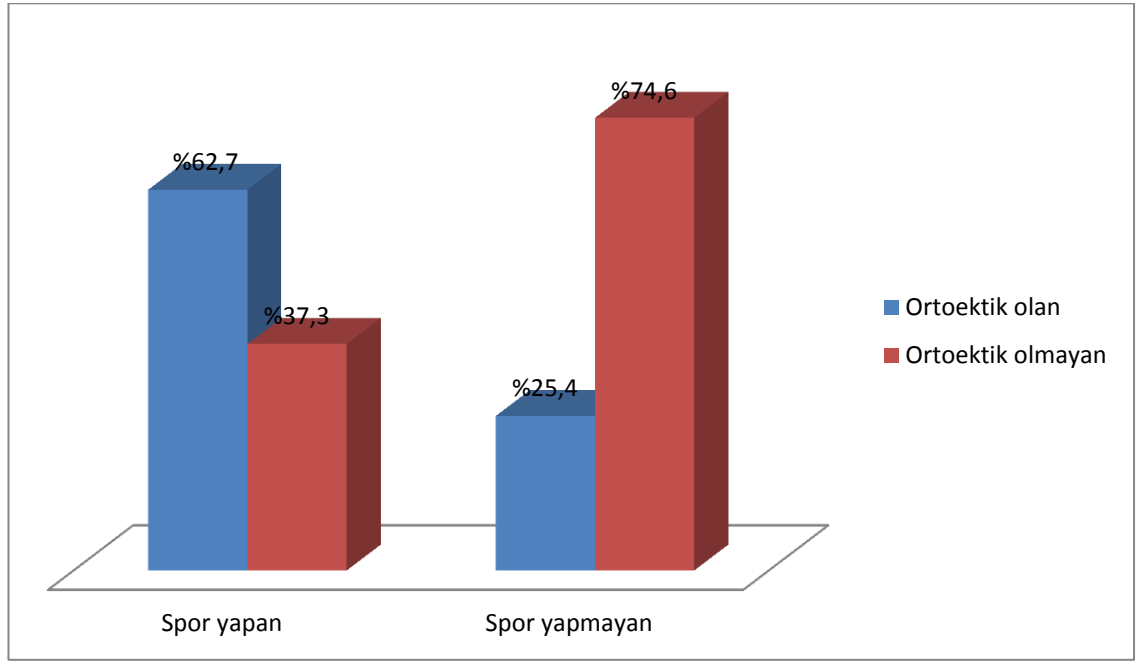
** $p < 0,001$

Araştırma kapsamına alınan spor yapan bireylerin ORTO-11 testinden ortalama $25,88 \pm 3,17$ puan, spor yapmayan bireylerin ise ortalama $27,92 \pm 4,19$ puan aldığı tespit edilmiştir. Araştırma kapsamına alınan spor yapan ve yapmayan bireylerin ORTO-11 testi puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış olup, spor yapmayan bireylerin puanları daha yüksek bulunmuştur.



Şekil 4.3: Katılımcıların YTT-40 puanlarının dağılımı

Şekil 4.3’de verilen yeme tutum testi puanları incelendiğinde araştırmaya katılan spor yapan bireylerin %28,81’inin düşük risk, %22,03’ünün orta risk ve %49,15’inin yüksek risk grubunda olduğu, spor yapmayan bireylerin ise %76,27’sinin düşük risk, %13,56’sünün orta ve %10,17’sinin yüksek risk grubunda yer aldığı saptanmıştır.



Şekil 4.4: Katılımcıların ORTO-11 testi puanlarının dağılımı

Şekil 4.4 incelendiğinde araştırma kapsamına alınan spor yapan bireylerin %62,7’sinin, spor yapmayan bireylerin ise %25,4’ünün ortorektik olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.16: Katılımcıların ORTO-11 testi ile YTT-40 puanları arasındaki korelasyonlar

		YTT-40	
		Spor Yapan	Spor Yapmayan
ORTO-11	r	-0,24	-0,25
	p	0,07	0,06

Katılımcıların ORTO-11 ve YTT-40 testinden aldıkları puanlar arasında korelasyonun belirlenmesi amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmış ve sonuçları Tablo 4.16’da mevcuttur. Hem spor yapan hem de spor yapmayan bireylerin ORTO-11 testi puanları ile YTT-40 puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde korelasyon olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.17: Katılımcıların yaş ile YTT-40 ve ORTO-11 testi sonuçları arasındaki korelasyonu (n=118)

		Spor Yapan (n=59)		Spor Yapmayan(n=59)	
		YTT-40 Testi	ORTO-11 Testi	YTT-40 Testi	ORTO-11 Testi
Yaş	r	0,05	-0,01	0,01	0,34
	p	0,68	0,95	0,92	0,01*

* $p<0,05$

Spor yapan ve spor yapmayan bireylerin yaşları ile YTT-40 ve ORTO-11 testi sonuçları arasındaki korelasyon tablo 4.17’de mevcuttur. Tablo 4.17’de, araştırmada yer alan spor yapan bireylerin yaşları ile YTT-40 ve ORTO-11 testi sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan spor yapmayan bireylerin yaşları ile ORTO-11 testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu korelasyon pozitif yönlüdür ve spor yapmayan bireylerin yaşları arttıkça ORTO-11 testi puanları da artmaktadır.

Tablo 4.18: Katılımcıların günlük toplam enerji harcaması ve fiziksel aktivite düzeyleri ile YTT-40 ve ORTO-11 testi sonuçları arasındaki korelasyonlar (n=118)

		Spor Yapan (n=59)		Spor Yapmayan(n=59)	
		YTT-40 Testi	ORTO-11 Testi	YTT-40 Testi	ORTO-11 Testi
Aktivite düzeyi	r	0,10	0,24	-0,16	-0,22
	p	0,45	0,06	0,21	0,09
Günlük toplam enerji harcaması	r	0,15	0,00	-0,16	-0,11
	p	0,27	1,00	0,22	0,43

Tablo 4.18’de Spor yapan ve spor yapmayan bireylerin fiziksel aktivite ve günlük toplam enerji harcaması ile YTT-40 ve ORTO-11 testi sonuçları arasındaki korelasyon verilmiştir. Tablo 4.18 incelendiğinde, araştırmaya katılan spor yapan bireylerin, fiziksel aktivite ve günlük toplam enerji harcaması ölçümleri ile YTT-40 ve ORTO-11 testi sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan spor yapmayan bireylerin fiziksel aktivite ve günlük toplam enerji harcaması ile YTT-40 ve ORTO-11 testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamaktadır.

Tablo 4.19: Katılımcıların antropometrik ölçümleri ile YTT-40 ve ORTO-11 testi sonuçları arasındaki korelasyonlar (n=118)

		Spor Yapan (n=59)		Spor Yapmayan(n=59)	
		YTT-40 Testi	ORTO-11 Testi	YTT-40 Testi	ORTO-11 Testi
Vücut ağırlığı (kg)	r	0,13	-0,14	-0,09	0,16
	p	0,31	0,30	0,49	0,21
Boy uzunluğu (cm)	r	-0,09	-0,09	0,04	-0,14
	p	0,50	0,52	0,76	0,30
BKİ (kg/m²)	r	0,10	0,04	-0,15	0,26
	p	0,45	0,76	0,27	0,05
Bel çevresi (cm)	r	0,13	0,05	-0,15	0,24
	p	0,34	0,68	0,27	0,07
Kalça çevresi (cm)	r	0,07	0,09	-0,14	0,18
	p	0,59	0,48	0,30	0,18
Bel-Kalça oranı	r	0,16	-0,04	-0,10	0,22
	p	0,24	0,74	0,46	0,10
Boyun çevresi (cm)	r	-0,15	0,01	-0,11	0,14
	p	0,24	0,93	0,42	0,29
Yağsız vücut kütlesi (kg)	r	0,15	-0,15	-0,05	0,11
	p	0,26	0,25	0,70	0,42
Yağsız vücut kütlesi (%)	r	0,08	-0,08	0,11	-0,26
	p	0,57	0,55	0,43	0,05
Vücut yağ kütlesi (kg)	r	-0,02	-0,05	-0,10	0,22
	p	0,86	0,68	0,46	0,09
Vücut yağ kütlesi (%)	r	-0,10	0,08	-0,11	-0,06
	p	0,43	0,54	0,39	0,66
Su oranı (%)	r	0,13	0,13	0,07	-0,13
	p	0,32	0,32	0,62	0,31

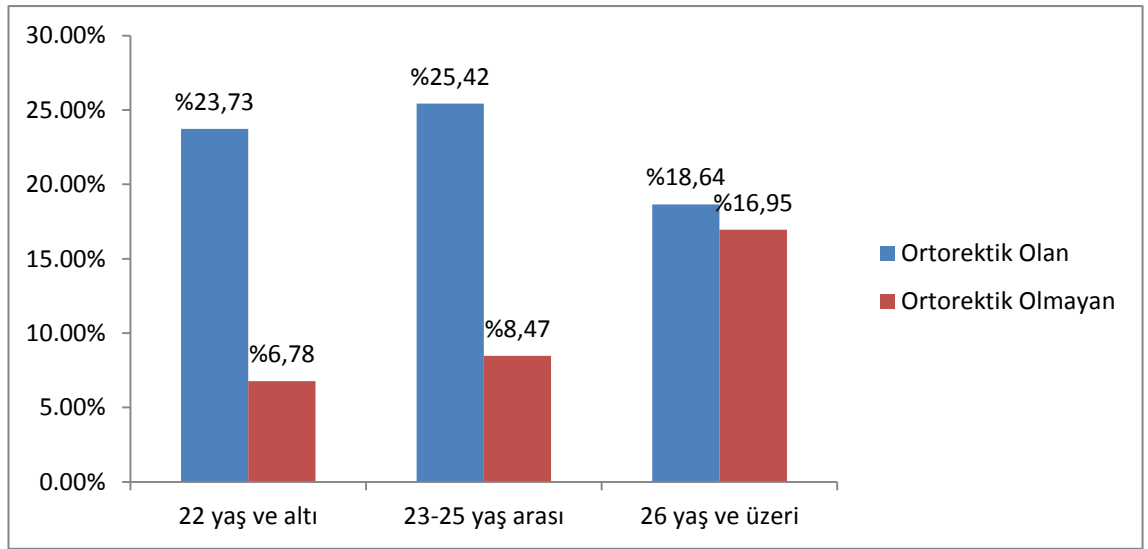
Tablo 4.19 ‘da spor yapan ve spor yapmayan bireylerin antropometrik ölçümleri ile YTT-40 ve ORTO-11 testi sonuçları arasındaki korelasyon verilmiştir.

Tablo 4.19 incelendiğinde, araştırmaya katılan spor yapan bireylerin antropometrik

ölçümleri ile YTT-40 ve ORTO-11 testi sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

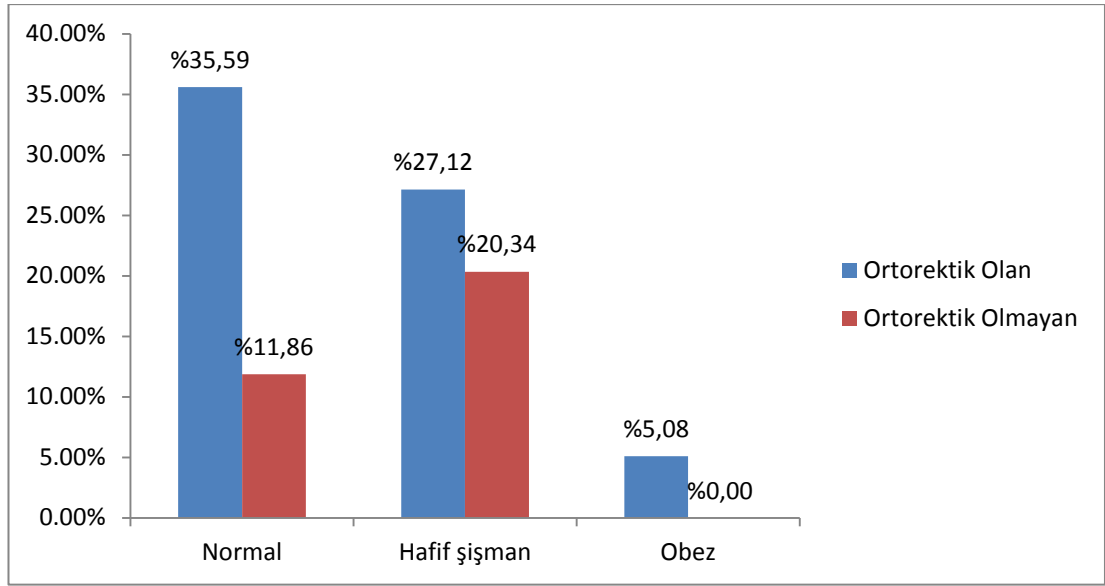
Araştırmaya katılan spor yapmayan bireylerin antropometrik ölçümleri ile YTT-40 ve ORTO-11 testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamaktadır.

4.10 Ortorektik Olan ve Olmayan Spor Yapan Farklı Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi



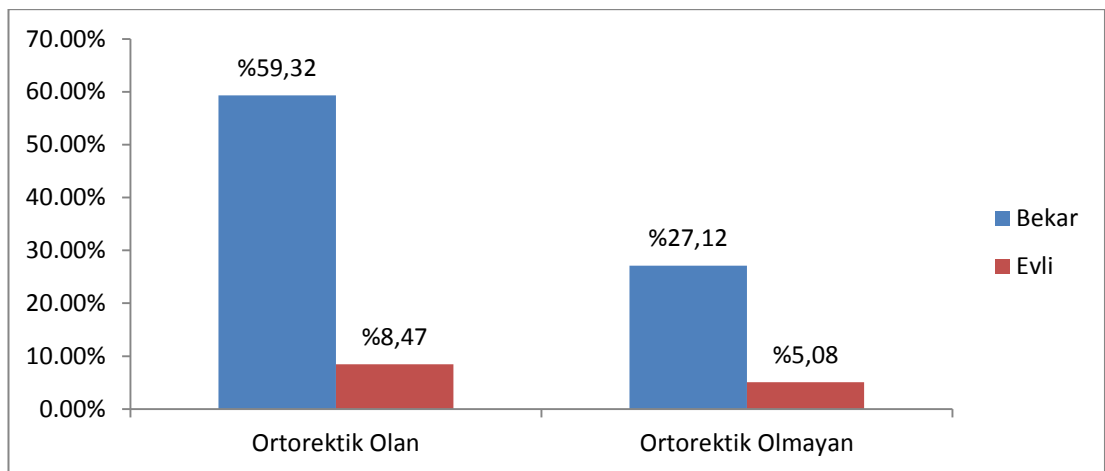
Şekil 4.5 Ortorektik olan ve olmayan spor yapan katılımcıların yaş dağılımları

Şekil 4.5 incelendiğinde araştırma kapsamına alınan ortorektik olan spor yapan bireylerin %23,73'ünün 22 yaş ve altı, %25,42'sinin 23-25 yaş arası, %18,64'ünün 26 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır. Ortorektik olmayan spor yapan bireylerin ise %6,78'sinin 22 yaş ve altı, %8,47'sinin 23-25 yaş arası, %16,95'inin 26 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır.



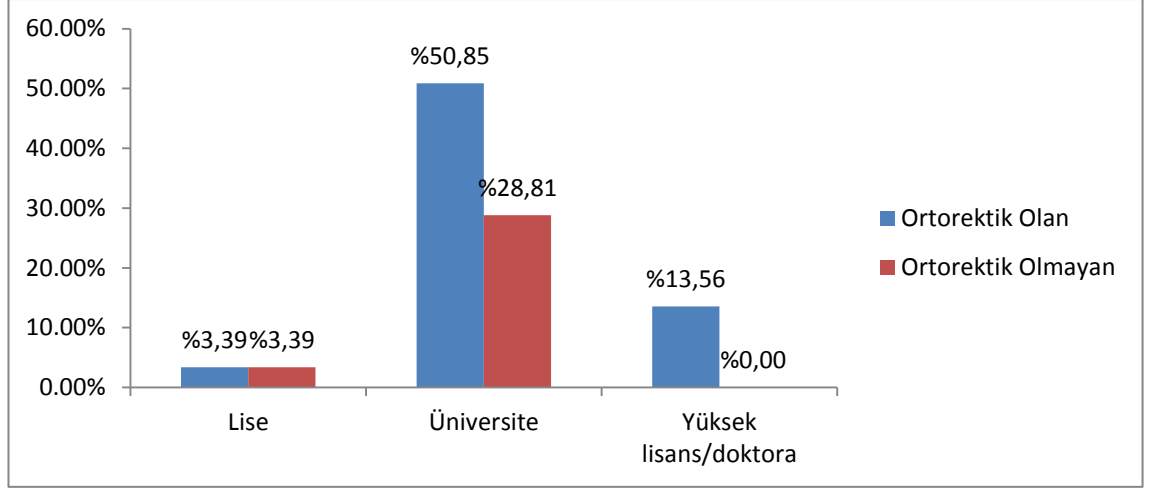
Şekil 4.6: Ortorektik olan ve olmayan spor yapan katılımcıların BKİ dağılımları

Şekil 4.6 incelendiğinde araştırma kapsamına alınan ortorektik olan spor yapan bireylerin %35,59'unun normal kilolu, %27,12'sinin hafif şişman, ve %5,08'inin obez olduğu saptanmıştır. Ortorektik olmayan spor yapan bireylerin ise %11,86'sının normal kilolu, %20,34'ünün hafif şişman olduğu ve bu katılımcılar arasında obez olmadığı tespit edilmiştir.



Şekil 4.7: Ortorektik olan ve olmayan spor yapan katılımcıların medeni durumu dağılımları

Şekil 4.7 incelendiğinde araştırma kapsamına alınan ortorektik olan spor yapan bireylerin %59,32'sinin bekar, %8,47'sinin evli olduğu, ortorektik olmayan spor yapan bireylerin %27,12'sinin bekar, %5,08'inin evli olduğu saptanmıştır.



Şekil 4.8: Ortorektik olan ve olmayan spor yapan katılımcıların eğitimi durumu dağılımları

Şekil 4.8 incelendiğinde araştırma kapsamına alınan ortorektik olan spor yapan bireylerin %3,39'unun lise, %50,85'inin üniversite ve %13,56'sının yüksek lisans/doktora eğitimine sahip oldukları, ortorektik olmayan spor yapan bireylerin ise %3,39'unun lise, %28,81'inin üniversite eğitimine sahip oldukları ve bu katılımcılar arasında yüksek lisans/doktora eğitimi alan olmadığı saptanmıştır.

Bölüm 5

TARTIŞMA

5.1 Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Bu çalışma sporu aktif olarak özel spor salonuna giderek sürdüren yetişkin erkek bireylerdeki ON eğilimini saptamak amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya aktif olarak özel spor salonuna devam eden sağlıklı 59 yetişkin erkek ve kontrol grubu olarak spor yapmayan 59 yetişkin erkek dahil edilmiştir. Spor yapan grubun yaş ortalamaları 26.64 ± 7.05 yıl, spor yapmayan katılımcıların ise yaş ortalamaları 27.20 ± 7.22 yıldır (Tablo 4.1). Spor yapan grubun ortalama vücut ağırlıkları 78.90 ± 11.98 kg iken spor yapmayan grubun ise 77.12 ± 14.25 kg'dır. İki grup arasında yaş ve vücut ağırlığı değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($p > 0.05$).

Spor yapan ve yapmayan katılımcıların anne eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.001$). Spor yapan bireylerin %42,37 (n:25)'sinin anne eğitim durumu lisans iken spor yapmayan bireylerin %40,68 (n:24)'inin anne eğitim durumunun ilköğretim düzeyinde ve %38,98 (n:23)'inin lise düzeyinde olduğu görülmüştür (Tablo 4.2). Pepe ve Kuru (2001)'nin yürüttükleri çalışmanın sonucu ile mevcut çalışmanın sonucu benzerdir (Pepe ve Kuru, 2001). Çocukların spor aktivitelerine katılımı önemli ölçüde ebeveynlerin bu konuya olan bakış açılarıyla bağlantılı olduğu bilinmektedir (Güven ve Öncü, 2006). Eğitim seviyeleri yüksek olan ve spora ilgi duyan ebeveynler çocuklarını daha fazla spor yapmaya teşvik etmektedir (Amman ve ark., 2000).

Kantoma ve ark. (2007) yürüttükleri çalışmada ebeveynlerin eğitimi düzeyi ve çocuklarının spora iştiraki arasında önemli bir ilişki olduğunu vurgulamıştır. Anne ve baba eğitim düzeyinin yüksek olduğu ailelerde, çocukların fiziksel açıdan daha aktif olduklarını ve spor faaliyetlerine katılımların artış gösterdiğini belirtmiştir (Kantoma ve ark., 2007). Mevcut çalışmada bu bulgunun ortaya çıkması, belirli bir yaşa kadar çocuk üzerinde annenin etkisinin babaya göre daha fazla olduğundan kaynaklanabilir.

5.2 Bireylerin Antropometrik Ölçümleri

Spor yapan ve yapmayan bireylerin, yağsız vücut kütlesi (kg), yağsız vücut yüzdesi (%), vücut yağ kütlesi (kg), vücut yağ yüzdesi (%) ve su oranı (%) değerleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$, $p<0,05$). Spor yapan bireylerin yağsız vücut kütlesi (kg), yağsız vücut yüzdesi (%) ve su oranı (%) değerleri spor yapmayan bireylere göre daha yüksek, bel-kalça oranı, vücut yağ kütlesi (kg) ve vücut yağ yüzdesi (%) değerleri daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.4).

Bu çalışmada aktif olarak spor salonuna giden bireylerin büyük çoğunluğunun (%71,19) vücut geliştirme sporu yaptığı tespit edilmiştir. Fitness yapanlarda spesifik olarak vücut geliştirmeye yönelenlerin temel amacı kas kütlelerini artırarak, yağ oranlarını azaltmaktır. Akkoç ve Yücesir (2015) 18-40 yaş arası spor salonunda aktif olarak fitness yapan 36 kişi, vücut geliştirme sporu yapan 24 kişi ve kontrol grubu olarak 21 sedanter olmak üzere toplam 81 yetişkin erkek katılımcının bazı antropometrik ölçümleri karşılaştırmışlardır. BİA ölçümlerinin sonuçlarına göre, yağsız vücut kütlesi (kg) vücut yağ yüzdesi (%) ve toplam vücut suyu miktarları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermiştir ($p<0,05$). Ortalama vücut yağ yüzdesi fitness yapan grupta $14\pm5,67$, vücut geliştirme sporu yapan grupta $10,02\pm4,22$ ve kontrol grubunda ise $13,83\pm6,34$;

ortalama yağsız vücut kütlesi fitness yapan grupta $67,91 \pm 7,36$ kg, vücut geliştirme sporu yapan grupta $68,87 \pm 9,40$ kg ve kontrol grubunda ise $61,69 \pm 8,44$ kg; ortalama toplam vücut suyu fitness yapan grupta $49,72 \pm 5,39$ kg, vücut geliştirme sporu yapan grupta $50,49 \pm 6,82$ kg, kontrol grubunda ise $45,12 \pm 6,19$ kg olarak tespit edilmiştir. Mevcut çalışma ile benzer şekilde, spor yapan grubun yağ yüzdesi kontrol grubuna göre daha düşük, yağsız vücut kütlesi ve vücut suyu miktarı ise kontrol grubundan daha yüksektir (Akkoç ve Yücesir, 2015). Karakaş ve ark. (2005) yaptıkları çalışmada benzer sonuçları rapor etmişlerdir (Karakaş ve ark., 2005).

Bu çalışmada, spor yapan ve yapmayan katılımcıların bel-kalça oranında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$). Spor yapan katılımcıların ortalama bel-kalça oranı ($0,86 \pm 0,06$), spor yapmayan katılımcıların oranından ($0,91 \pm 0,09$) daha düşük bulunmuştur. Taiwan’da 35-64 yaş arası 36 kadında 8 haftalık düzenli fiziksel aktivitenin bel-kalça oranını istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde azalttığı gösterilmiştir (Wu ve ark., 2007). Yunanistan’da 30-82 yaşları arasında 27,953 sağlıklı erkek ve kadın üzerinde yapılan, 5 yıl süren bir çalışmada ise fiziksel aktivite (daha fazla enerji harcaması) erkek bireylerde kadın bireylere göre bel-kalça oranında anlamlı bir şekilde azalma sağlamıştır. Bel-kalça oranı kardiyovasküler ve diğer kronik hastalıklarda önemli bir göstergedir. Erkeklerde fiziksel aktivitenin bel-kalça oranındaki büyük miktardaki etkisi, fiziksel aktivitenin hastalık riskini azaltmak için kadınlara kıyasla erkeklerde neden daha etkili olduğunu açıkladığı belirtilmiştir (Trichopoulou ve ark., 2001).

Bu çalışmadaki katılımcılar BKİ sınıflarına göre incelendiğinde, spor yapan ve yapmayan gruptaki bireylerin büyük çoğunluğunun normal kilolu ve hafif şişman oldukları görülmektedir. Spor yapan bireylerin %23,73’ü normal kilolu, %23,73’ü hafif şişman, spor yapmayan bireylerin ise %27,12’si normal kilolu ve %16,10’u

hafif şişmandır (Şekil 4.1). Hafif şişman spor yapan bireylerin oranı hafif şişman spor yapmayan gruba göre daha yüksektir. Bunun sebebinin spor yapan grubun yağsız vücut kütlesi miktarının daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.3 Bireylere Ait Genel Beslenme Alışkanlıkları

Yeterli ve dengeli beslenmede, günlük enerji ve besin ögesi ihtiyaçlarının düzenli öğün dağılımları şeklinde tüketilmesi büyük bir öneme sahip olup, sağlığı olumlu açıdan etkilemektedir (Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 2004). Solomun ve ark. (2008) enerji alımının, besinlerin enerji yoğunluğundan ve toplam enerji içeriğinden etkilendiği kadar, öğün sıklığından da etkilendiğini belirterek, öğün sıklığının bu faktörler arasında en az araştırılan konu olduğunu ve bu konuda daha fazla araştırma yapılması gerektiğini vurgulamıştır (Solomun ve ark., 2008). Bireylerin sağlıklı ve dengeli beslenebilmeleri açısından günde toplam 3 ana öğün tüketmeleri önem taşımaktadır (Karadağ ve ark., 2016). Çalışmada tüketilen ana öğün sayısına bakıldığında spor yapan katılımcıların %59,32'si günde 3 öğün tüketirken, spor yapmayan bireyler ise en yüksek oranla (%67,80) günde 2 ana öğün tüketmektedir. Škof ve Kozjek (2015) 18-65 yaş arası 1,212 koşucu ve 774 spor yapmayan bireylerin beslenme alışkanlıklarını karşılaştırdıkları çalışmada, spor yapan katılımcıların büyük bir oranının (2/3'nün) günde 3 ana öğün tükettiklerini belirtmiştir. Düzenli şekilde günde 3 ana öğün tüketmenin sadece sağlıklı beslenme alışkanlıkları açısından değil aynı zamanda fiziksel olarak aktif bireylerde düzenli antrenman sürecinde yeterli enerji desteği açısından büyük önem taşıdığı yazarlar tarafından vurgulanmıştır (Škof ve Kozjek, 2015). Ara öğün tüketmeyenlerin oranı spor yapmayan grupta daha fazladır (spor yapanlar %25,42, spor yapmayanlar %52,54). Öğün atlama durumu spor yapmayan

grupta %74,58 oranla spor yapan gruptan fazladır (%40,68). Genel olarak, aktif olan kişilerin sedanter bireylerle kıyaslandığında daha sağlıklı beslendikleri ve daha düzenli beslenme alışkanlıklarına sahip oldukları bilinmektedir ki mevcut çalışmanın bulguları bu durumu desteklemektedir (Sherwood ve Jeffery, 2000). Aktif olarak spor yapan grupta en çok atlanan öğün sabah öğünü (%66,67) iken spor yapmayan grupta en çok atlanan öğün sabah öğünü (%52,27) ve öğle öğünü (%47,73)'dür. Öğün atlama nedeni olarak spor yapan grup en fazla oranla zaman yetersizliğinden (%45,83), spor yapmayan grup ise zaman yetersizliği (%34,09) ve alışkanlığın olmaması (%36,36) olarak bildirmiştir. Karadağ ve ark. (2016)'ı 19-50 yaş arası 750 sağlıklı yetişkinler üzerinde yaptıkları çalışmada en çok sabah öğününün atlandığı (%56,1) ve atlama nedenin ise çoğunlukla zaman yetersizliğinden (%31,4) kaynaklandığını belirtmişlerdir (Karadağ ve ark., 2016). Lluch ve ark. (2000)'nın yürüttükleri çalışmada da sabah öğününü atlama nedenleri benzer şekilde bildirilmiştir (Lluch ve ark., 2000). Aynı çalışmada kahvaltı atlama alışkanlığının normal veya hafif kilolu bireyler arasında popüler bir kilo kontrol stratejisi olduğu belirtilmiştir. Mevcut çalışmada katılımcılar tarafından en fazla oranla kahvaltı yapmama nedeni zaman yetersizliği olarak bildirilmişse de, sabah öğünü atlama nedenlerinden birinin de bu durum olabileceği düşünülmektedir.

Her iki grupta da katılımcıların büyük çoğunluğu her sabah kahvaltı yaptıklarını (spor yapanlar %69,49, spor yapmayanlar %55,93) ve çoğunlukla kahvaltılarını evde yaptıklarını (spor yapanlar %72,88, spor yapmayanlar %64,41) bildirmişlerdir. Benzer şekilde öğle yemeğini ise her iki grupta düzenli yaparken (spor yapanlar %91,53, spor yapmayanlar %57,63), çoğunlukla restoranda yedikleri (spor yapanlar %38,98, spor yapmayanlar %44,07) tespit edilmiştir. Aynı şekilde, her iki grupta akşam yemeklerini düzenli tüketirlerken (spor yapanlar %98,31, spor

yapmayanlar %96,61), akşam yemekleri çoğunlukla evde tüketilmektedir (spor yapanlar %89,93, spor yapmayanlar %86,44).

Su, insan bedenini oluşturan en önemli kimyasal bileşendir. Ortalama yetişkin bir bireyin vücut ağırlığının yaklaşık %60'lık bir bölümü sudan oluşturmaktadır. Bu miktar bireyin cinsiyeti, yaşı, fiziksel uygunluk düzeyi ve vücut yağ yüzdesine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Yetişkin erkekler için günlük 3,7 L su tüketimi genel olarak büyük bir çoğunluğun günlük ihtiyacını karşılamaktadır. Bununla birlikte, yoğun fiziksel aktivite günlük su ihtiyacını büyük oranda artırmakta ve sporcular arasındaki bireysel su ihtiyacı değişkenlik göstermektedir (Sawka ve ark., 2005). Mevcut çalışmada, spor yapan bireylerin çoğunluğunun (%47,46) günlük ortalama su tüketimi 3 L ve üzeri iken spor yapmayan bireylerin ise %47,46 oranla 2-3 L/gündür (Tablo 4.6). İki grubun da günlük su tüketim miktarlarının yeterli olduğu görülmektedir. Škof ve Kozjek (2015)'in yaptığı çalışmada koşucuların (%85,1) ve kontrol grubunun (%82,2) günde 2 L'den fazla su tükettikleri rapor edilmiştir. Aynı çalışmada sporcuların alkol tüketim oranını %54,3 iken, kontrol grubunun ise %64,1 oranla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Škof ve Kozjek, 2015). Mevcut çalışmada ise tam ters bir sonuçla spor yapan grubun (%66,10) alkol tüketimi spor yapmayanlara (%57,63) göre daha yüksek bulunmuştur. Kafeinli içecek tüketimine bakıldığında spor yapan (%66,10) ve spor yapmayan (%72,88) grupta tüketim yüksek bulunmuş, ancak spor yapmayan grubun tüketim oranı daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Atletik performans üzerine kafeinin ergojenik etkileri birçok çalışmada gösterilmiş, metabolik, hormonal ve fizyolojik etkileri olduğu kaydedilmiştir. Kafeinin, konsantrasyon gibi performansın bilişsel yönlerini geliştirdiği bilinmektedir. Çoğu vücut geliştirme sporcusu kafeini, yağ yakımını artırdığına inandıkları için tüketmektedir. Ancak literatürdeki mevcut bilgi sanıldığı

üzere yağ yakımı üzerine etkisi olmadığını belirtmektedir. Sporcular, kafein tüketmeden önce ergojenik etkilerinin sporcu performansı üzerinde etkilerinin bilincinden olup, vücut ağırlığı, yaş, cinsiyet, daha önce kullanım durumu, tolerans düzeyi ve tüketim dozu gibi faktörleri dikkate almalıdırlar (Sökmen ve ark., 2008). Her iki grupta da enerji ve sporcu içeceği kullanmama oranı yüksektir. Araştırma kapsamına alınan spor yapan ve yapmayan bireylerin günlük ortalama su tüketimleri, alkollü içecek tüketimler, kafeinli içecek tüketimleri ve enerji içeceği kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Spor yapan ve yapmayan katılımcıların sporcu içeceği kullanma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Spor yapan bireylerin sporcu içeceği kullanma oranı spor yapmayan bireylere göre daha yüksektir.

5.4 Besin Tüketim Sıklıklarının Yönelik Bilgiler

Araştırma kapsamına alınan spor yapan (Tablo 4.8) ve yapmayan bireylerin (Tablo 4.9) besin tüketim sıklıkları değerlendirilmiştir. Katılımcıların genel olarak süt ve süt ürünü tüketimleri incelendiğinde, her iki grubunda bu besinleri tüketim düzeylerinin oldukça düşük olduğu görülmektedir. Spor yapmayan bireylerin %30,50'sinin haftada 3-4 kez yağlı süt tüketirken, spor yapan bireylerin %40,70'inin hiç tüketmemektedir. Aynı şekilde spor yapan bireylerin %35,60'ı tam yağlı yoğurdu hiç tüketmezken spor yapmayan bireylerin %33,90'ı haftada 5-6 kez tüketmektedir. Elde edilen veriler doğrultusunda, spor yapan bireylerin %23,70'i tam yağlı peyniri hiç tüketmezden, spor yapmayan bireylerin büyük bir çoğunluğunun (%32,20) haftada 3-4 kez tükettikleri belirlenmiştir. Dolayısıyla, spor yapan grubun yağsız veya yarım yağlı süt ve süt ürünlerini tüketim eğilimi, spor yapmayanların ise yağlı süt ve süt ürünlerini tüketim eğilimleri daha fazladır.

Katılımcıların besin tüketim sıklıklarına göre en fazla tüketilen besinlere bakıldığında, spor yapan grubun %42,40'ının, spor yapmayan grubun ise %32,20'sinin her gün yumurta tükettiği görülmektedir. Dinç ve ark. (2017)'nin çalışmasında da düzenli olarak fitness ve vücut geliştirme sporu yapan bireylerin %49,60'ının her gün yumurta tükettikleri belirtilmiştir (Dinç ve ark., 2017). Katılımcıların kırmızı et, tavuk-hindi, balık ve kurubaklagil tüketimlerinin sıklığı incelendiğinde, her iki grubunda bu besinleri tüketim sıklıklarının çoğunlukla haftada 1-2 gün olduğu görülmektedir. Buna ek olarak, haftada 3-4 kez kırmızı et tüketenlerin oranı spor yapmayan grupta (%37,30), spor yapan gruba (%35,60) göre daha fazladır. Spor yapan grubun %18,6'sı her gün tavuk-hindi tüketirken, spor yapmayanların sadece %5,10'u bu besinleri tüketmektedir. Spor yapan grubun %49,20'si ve spor yapmayan grubun %40,70'i haftada 1-2 kez balık tüketmektedir. Dolayısıyla, spor yapan katılımcılar beyaz et grubunu spor yapmayanlara göre daha fazla tüketmektedirler. Bu durum spor yapanların daha bilinçli besin seçimi yaptıklarını göstermektedir. Škof ve Kozjek (2015) çalışmalarında mevcut çalışmaya benzer bir bulgu ile spor yapan bireylerin %66,20'sinin haftada 1-2 kez balık ve balık ürünü (%66,20) tüketirken, kontrol grubunun bu besini daha az oranla (%49,40) tükettiklerini rapor etmişlerdir (Škof ve Kozjek, 2015).

Bu çalışmada taze sebze ve meyve tüketimi incelendiğinde, spor yapan grup her gün taze sebze (%47,50) ve taze meyve (%52,50) tüketirken spor yapmayan grup yalnızca haftada 1-2 kez (taze sebze %25,40; taze meyve %30,50) tüketmektedir. Dinç ve ark. (2017)'nin düzenli egzersiz yapan bireylerin beslenme alışkanlıklarını inceledikleri çalışmada benzer sonuçlara rastlanmıştır. Sporcuların %30,40'ı haftada 3-5 gün taze sebze ve %38,30'u taze meyve tükettikleri rapor edilmiştir. Yine Škof ve Kozjek (2015)'in çalışmasında sporcu grubunun %60,10'unun günde en az bir kez

taze meyve ve %61,50'sinin günde en az bir kez taze sebze yediği belirtilirken, kontrol grubunda bu oranlar daha az bulunmuştur (sırasıyla, %48,30 ve %52,10) (Škof ve Kozjek, 2015; Dinç ve ark., 2017).

Tahıl grubu incelendiğinde, spor yapmayanların çoğunluğu (%27,10) beyaz ekmek her gün tüketirken spor yapan bireylerin büyük çoğunluğu (%27,10) hiç tüketmemektedir. Kepekli ekmek, tam buğday ekmeği ve çavdar ekmeğini her iki grupta tercih etmedikleri görülmektedir. Aynı zamanda her iki grup da bulgur, makarna ve pirinç besinlerini haftada 1-2 kez tükettikleri gözlemlenmiştir. Fakat, Škof ve Kozjek (2015)'in çalışmasında spor yapan grubun (%33,70) tam tahıl ekmek grubu tüketimleri spor yapmayanlara (%9,60) oranla daha fazla bulunmuştur (sıklık günde en az 1 kez) (Škof ve Kozjek, 2015). Bu çalışmada spor yapan katılımcıların, ekmek tüketimlerinin az olmasının sebebinin kilo kontrolünü sağlamaya çalıştıklarından kaynaklanabilir.

Çalışmaya katılan her iki grubun zeytinyağı tüketimi birinci sırada olmasına rağmen, spor yapanların büyük bir çoğunluğu (%40,70) her gün zeytinyağı kullanmaktadır. Her iki grubunda zeytinyağı tüketimlerinin yüksek olması, Kıbrıs mutfak kültüründe zeytinyağının büyük bir öneme sahip olmasından ve tüketiminin fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Spor yapmayan katılımcıların ise ayçiçek yağını haftada 1-2 kez (%20,30) tükettiği görülmektedir.

Çalışmada şekerli besinlerin tüketim sıklığı incelendiğinde spor yapanlar bu besinleri genellikle ayda 1 kez (%35,60) tüketirken spor yapmayanlarda bu sıklık haftada 15 günde bir (%20,30) olarak belirtilmiştir. Spor yapan bireylerin %37,20'si hamurlu tatlı ve %32,20'si sütlü tatlıları hiç tüketmezken, spor yapmayan bireylerin ise %28,80'i her iki tatlı çeşidini de 15 günde bir tüketmektedir. Spor yapan

bireylerin bahsedilen besinleri daha az sıklıkla tüketmelerinin sebebi kilo almak istemediklerinden kaynaklanabilir.

Her iki grubunda çok büyük bir çoğunluğunun asitli içecekleri (spor yapan grubun %30,50'si; spor yapmayan grubun %22,00'si) ve alkollü içecekleri (spor yapan grubun %49,20'si; spor yapmayan grubun %45,80'i) hiç tüketmedikleri saptanmıştır.

5.5 Bireylerin Günlük Enerji ve Besin Ögesi Alımına İlişkin Bilgiler

Katılımcıların besin tüketim kayıtları 24-saatlik geriye dönük besin tüketimi anketi ile sorgulanmış ve BEBİS beslenme programı ile değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamına alınan spor yapan ve yapmayan katılımcıların enerji alım miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). 19-50 yaş arası erkek bireyler için önerilen günlük enerji miktarı 2623-2850 kkal arasındadır (Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 2004). Spor yapan katılımcıların günlük enerji alımları ortalama $2135,86 \pm 465,62$ kkal, spor yapmayan katılımcıların ise ortalama $2312,13 \pm 552,60$ kkal olarak bulunmuştur (Tablo 4.10). Her iki grubunda günlük önerilen miktardan daha az enerji aldıkları görülmektedir. Ancak spor yapmayan grubun enerji alımı spor yapan gruba göre biraz daha fazladır. Mevcut çalışmadaki bulguya benzer şekilde, Donnelly ve ark. (2003)'nın 74 obez erkek ve kadın bireyde 16 aylık aerobik egzersizin makro besin alımı üzerine etkisini araştırdıkları çalışmada erkek katılımcıların 16 ay sonraki enerji alımları kıyaslandığında spor yapan grubun (3156 ± 787 kkal) enerji alımı spor yapmayan gruba (3433 ± 760 kkal) göre daha az bulunmuştur (Donnelly ve ark., 2003).

Mevcut çalışmada makro besin öğelerinden karbonhidrat (g), karbonhidrat (%), protein (g) ve protein (%) tüketimleri arasındaki farkının istatistiksel olarak

anlamli olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$, $p<0,05$). Spor yapan bireylerin, protein (g) ve protein (%) tükretim miktarları spor yapmayan bireylere göre yüksek, karbonhidrat (g) ve karbonhidrat (%) miktarları ise düşüktür.

Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'nde makro besin öğelerinden karbonhidratın günlük enerjiye katkı oranı %55-60 olarak belirlenmiştir (Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 2015). Spor yapan grupta günlük toplam alınan enerjinin $\%40,81\pm6,71$ 'i karbonhidratdan sağlanırken, spor yapmayan grupta ise bu miktar $\%43,75\pm9,18$ olarak biraz daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). İki grubun da önerilen miktardan daha düşük karbonhidrat tükettiği görölmektedir. Bu durumun, çalışmaya katılan bireylerin büyük bir çoğunluğunun ekmek ve tahıl grubu tüketimlerinin az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca, enerjinin protein ve yağa düşen oranlarının her iki grupta da yüksek olması bu durumu açıklayabilir.

Spor yapan grupta günlük ortalama protein alımı ve enerjinin proteinden gelen yüzdesi sırasıyla $121,80\pm37,80$ g ve $\%23,49\pm5,08$ iken, spor yapmayan grubun günlük ortalama protein alımı ise $95,62\pm28,44$ g ve enerjinin proteinden gelen yüzdesi $\%17,64\pm5,71$ olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'ne göre karşılanma yüzdesi spor yapanlar için $\%187,39$, spor yapmayan grup için ise $\%147,11$ olarak bulunmuştur. Spor yapan grubun oldukça yüksek protein tüketimi olsa da, her iki grubunda önerilen miktarın üzerinde protein tüketimine sahip olduğu görölmektedir. İki grupta da bu düzeylerin yüksek çıkmasının, KKTC'de et ve et ürünleri tüketiminin oldukça fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca, çalışmadaki spor yapan bireylerin $\%44,07$ 'si sporcu destek ürünü olarak protein tozu tüketmektedirler. Dolayısıyla, sporcular tarafından tüketilen protein tozlarından dolayı protein alımlarının artmış olduğu

düşünülmektedir. Protein, normal hücresel işlevsellik ve çeşitli vücut dokularının sentezi için elzemdir. Ancak, spor yapan bireyler sedanter bireyler ile karşılaştırıldığında yüksek miktarda protein tüketme eğiliminde oldukları bilinmektedir. Sporcular tarafından fazla miktarlarda ve uzun süreli protein tozu tüketiminin sağlığa zararları (böbrek yetmezliği ve kemik erimesi, vs.) olduğu bilinmektedir (Smith ve ark., 2015). Azevedo ve ark. (2011) özellikle vücut geliştirme sporcularının estetik değişikliğe olan aşırı arzusunun bir sonucu olarak aşırı ve kontrolsüz protein tüketimlerinin ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğunu belirtmişlerdir (Azevedo ve ark., 2011).

Spor yapan grupta günde ortalama $84,44 \pm 25,91$ g yağ tüketilirken, spor yapmayan grupta günlük ortalama yağ tüketimi $93,29 \pm 31,53$ g olarak bulunmuştur. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'nde makrobesin öğelerinden yağın günlük enerjiye katkı oranı %20-30 olarak belirlenmiştir (Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 2015). Spor yapan grupta günlük toplam alınan enerjinin %35,03'ü yağdan sağlanırken, spor yapmayan grupta ise bu oran %36,37'dir. Her iki grubun yağ tüketimi önerilen miktarın üzerinde olup gruplar arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Ancak, spor yapan ve yapmayan bireylerin doymuş yağ asidi tüketim alımları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p < 0,001$). Günlük alınan toplam enerjinin en fazla %7'sinin diyetteki doymuş yağlardan gelmesi önerilmektedir (Baysal ve ark., 2008). Spor yapan bireylerin günlük doymuş yağ asidi tüketimleri spor yapmayan bireylere göre düşük bulunmuştur. Spor yapan grubun günlük ortalama doymuş yağ asidi alımı $27,47 \pm 9,63$ g iken, spor yapmayan grubun ise $34,26 \pm 12,76$ g bulunmuştur. Spor yapan bireylerin doymuş yağ asidi tüketimleri günlük alınan toplam kalorisinin %4,6'sından gelirken, spor yapmayanlarda bu oran %5,7'dir. Spor yapan bireylerin

daha düşük düzeyde doymuş yağ asiti alımlarının sebebinin, doymuş yağ içeriği daha yüksek olan kırmızı et, yağlı süt ve süt ürünlerini daha az sıklıkla tüketimleri olduğu düşünülmektedir. Katılımcıların günlük kolestrol tüketimine (mg) bakıldığında spor yapan grubun günlük ortalama kolestrol alımı $505,65 \pm 356,06$ mg iken, spor yapmayan grubun ise $385,57 \pm 235,63$ mg olarak bulunmuştur. Dolayısıyla spor yapan grubun günlük kolestrol alımı spor yapmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Avan (2015) özel bir spor salonunun aktif olarak giden 18-30 yaş arası bireylerin beslenme durumlarını ve beden algılarının değerlendirildiği çalışmada spor yapan erkeklerin günlük kolestrol alımı ortalamasının, mevcut çalışmaya benzer sonuçla $585,12 \pm 300,88$ mg olduğunu rapor etmiştir (Avan Z., 2015). Bu çalışmada spor yapan bireylerin kolestrol alımlarının daha yüksek düzeyde olması, spor yapmayan bireylere göre yumurta ve tereyağı tüketimlerinin daha fazla olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca, bu bireylerin kolestrol alımlarının daha fazla olması, sporcular tarafından tüketilen protein tozlarının kolestrol içeriğinin yüksek olmasından kaynaklanabilir.

Donnelly ve ark. (2003)'nın 16 aylık aerobik egzersiz programı uyguladıkları çalışmada spor yapan ve yapmayan grubun karbonhidrat, protein ve yağ alımları arasında herhangi bir farklılık tespit etmemiştir (Donnelly ve ark., 2003). Mevcut çalışmada ise spor yapan grubun spor yapmayan gruba kıyasla protein alımı yüksek, yağ ve karbonhidrat alımları daha düşük bulunmuştur.

Spor yapan katılımcıların günlük suda çözünen lif (g) ($p < 0,05$) ve suda çözünmeyen lif (g) ($p < 0,001$) tüketim miktarları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Spor yapan grubun günlük ortalama suda çözünen lif (g) ve suda çözünmeyen lif (g) tüketim miktarları sırasıyla $7,65 \pm 3,70$ g ve $14,73 \pm 5,40$ g iken, spor yapmayan grubun ise sırasıyla $6,01 \pm 3,14$ g ve $11,97 \pm 5,72$ g

olarak bulunmuştur. Bu durumda spor yapan bireylerin günlük suda çözünen lif ve suda çözünmeyen lif tüketimleri daha yüksek bulunmuştur. Spor yapanlarda diyet lifi alımının daha yüksek bulunması spor yapan grubun sebze ve meyve tüketimlerinin spor yapmayanlara göre daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Mikro besin öğelerinden C vitamini, B₁ vitamini, B₂ vitamini, niasin ve folik asit tüketim miktarlarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$, $p<0,05$). Her bir vitaminin tüketim miktarları spor yapan grupta spor yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.10). Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'ne göre B grubu vitaminlerinden B₂ vitamini ve folik asitin her iki grupta da yetersiz düzeyde alındığı ve vitamin C, B₁ vitamini ve E vitaminin sadece spor yapmayan grupta yetersiz alındığı görülmektedir (Tablo 4.11). Ancak bu yetersizlik endişe verecek miktarlarda değildir. Geriye kalan tüm vitaminlerin katılımcılar tarafından fazla miktarlarda tüketildiği saptanmıştır. Vitamin B₂'nin çalışmaya katılan her iki grupta da düşük çıkmasının nedeninin süt ve süt ürünlerinin az sıklıkla tüketilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Buna ek olarak, spor yapmayan bireylerde B₂ vitamini alımlarının daha düşük olması sebze tüketimlerinin çok az olmasından kaynaklanabilir. Yine sporcu olmayan grubun taze sebze ve meyve tüketimlerinin az olmasından dolayı folik asit alımların düşük olduğu, spor yapan bireylerin ise taze meyve ve sebze tüketimlerinin fazla olmasına rağmen folik asit alımlarının düşük olmasının bir nedeni yeşil yapraklı sebze tüketimlerinin diğer sebzelere göre daha az tüketilmesi olabilir.

Spor yapan ve yapmayan bireylerin mikro besin öğelerinden kalsiyum, magnezyum, demir, çinko ve fosfor tüketim miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$, $p<0,05$). Araştırma kapsamında sorgulanan minerallerin tümünün tüketim miktarı spor yapan bireylerde yüksek

bulunmuştur (Tablo 4.11) Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'ne göre magnezyumun her iki grup tarafından da yetersiz miktarlarda tüketildiği, kalsiyumun sadece spor yapmayan bireyler tarafından yetersiz tüketildiği görülmektedir (Tablo 4.10). Her iki grubunda yetersiz kalsiyum alımı az sıklıkla süt ve süt ürünü tüketmelerinden kaynaklanırken, magnezyum tüketimindeki düşüklük tam tahıl ürünlerinin az tüketilmesi olarak yorumlanabilir. Bu çalışmanın sonuçlarının tersine Zittermann ve ark. (2000) çalışmalarında, sporcu genç erkek bireylerin diyetle kalsiyum alımının sedanter kontrol grubuna göre 2 kat daha fazla olduğunu rapor etmişlerdir (Zittermann ve ark., 2000).

5.6 Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumlarına Ait Bilgiler

Katılımcıların 24-saatlik fiziksel aktivite kaydı ile fiziksel aktivite düzeyleri saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen spor yapan bireylerin herhangi birinin profesyonel olarak belli bir spor dalıyla uğraşmadıkları belirlenmiştir. Çalışmada spor yapan katılımcıların fiziksel aktive düzeyleri incelendiğinde, spor yapan bireylerin %54,2'sinin hafif aktivite, %39,0'ının orta ve %6,8'inin ağır aktivite skoruna sahip olduğu, spor yapmayan bireylerin tamamının (%100) ise hafif aktivite skoruna sahip olduğu saptanmıştır (Şekil 4.2). Spor yapan bireylerin büyük çoğunluğunun hafif aktive skorlarına sahip olmalarının sebebinin, spor yapan bireylerin herhangi birinin profesyonel sporcu olmaması ve bu bireylerin çok büyük çoğunluğunun spor salonunda vücut geliştirme ile ilgilenmeleri olabileceği düşünülmüştür. Tablo 4.12 incelendiğinde ise spor yapan katılımcıların çoğunluğunun (%38,98) spor salonuna gitme sürelerinin 1-2 yıl arası olduğu, spor salonunda en fazla yapılan sporun vücut geliştirme olduğu (%71,19), spora gitme sıklığının çoğunlukla haftada 4-5 gün (%84,75) ve spor salonunda yapılan sporun süresinin genellikle 1.5 saat (%35,59) ve 2 saat (%32,20) olduğu tespit edilmiştir.

Yetişkin erkek ve erkek çocukları üzerinde yapılan ideal beden algıları çalışmalarında, günümüzde ince ve kaslı vücudun ideal yaşamın kanıtı olarak kabul edildiği vurgulanmıştır (Eriksson ve ark., 2008). Günümüzde spor salonunda tercih edilen sporun çoğunlukla vücut geliştirme olmasının nedeninin bu durum olduğu düşünülmektedir. Akkoç ve Yücesir (2015) vücut geliştirme sporu yapan sporcuların haftada en az 3 gün olmak üzere kas çalışması içeren kuvvet antrenmanı programları uyguladıklarını belirtmiştir ki bu çalışmanın bulgusu ile paraleldir (Akkoç ve Yücesir, 2015).

5.7 Spor Yapan Bireylerin Sporcu Destek Ürünü Kullanma Durumlarına Ait Bilgiler

Mevcut çalışmada, spor yapan katılımcıların %44,07'si spor destek ürünü kullanırken, daha fazla bir oran (%55,93) destek ürünü kullanmamaktadır (Tablo 4.13). Dinç ve ark. (2017), Aydın ilinde özel spor salonuna düzenli olarak fitness ve vücut geliştirme sporu için giden 115 bireyin beslenme alışkanlıklarını incelemek amacıyla bir çalışma yürütmüşlerdir. Sporcular daha az bir oranla %27,8 (n=32) besin ergojeniği kullanırken, %72,2 (n=83)'sinin kullanmadığı tespit edilmiştir (Dinç ve ark., 2017). Yine başka bir çalışmada, spor salonuna düzenli olarak devam eden 18 yaşından büyük 1,102 katılımcının %36,8'i sporcu destek ürünü kullanırken, %63,2'sinin kullanmadığı bildirilmiştir (Goston ve Correia, 2010). Mevcut çalışmadaki destek ürün kullanım oranı diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Spor yapanların destek ürünü kullanma süresi çoğunlukla 12-24 ay arası (%46,15) olarak bildirilmiştir. Goston ve ark. (2010)'nın çalışmasında (n=405) da sporcuların destek ürünü kullanma süresinin en yüksek oranla (%19,4, n=74) 24 aydan fazla bir süre, ikincil olarak ise %18,1 (n=69) oranla 12-24 ay arası olduğunu tespit etmişlerdir (Goston ve Correia, 2010). Bu çalışmada en fazla kullanılan sporcu

destek ürününün protein tozu (%96,15) olduğu tespit edilmiştir. Dinç ve ark. (2017)'nin çalışmasında da %20.9 oranla sporcular tarafından en çok kullanılan destek ürünün protein tozu olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada, destek ürünü kullanma nedenleri sorulduğunda; %12.2'si yeterli beslenememeden dolayı, %7.8'si kısa sürede performans artırmak için, %3.5'i toparlanmayı hızlandırmak için ve %4.3'ü antrenör veya arkadaşlarının tavsiyesinden dolayı kullandıkları bildirilmiştir (Dinç ve ark., 2017). Mevcut çalışmada ise destek ürünü kullanma nedeninin %88.46 oranıyla kas geliştirmek olduğu rapor edilmiştir. Brezilya'da yürütülen çalışmada, spor salonuna aktif olarak giden 30 yaş ve altı bireylerin %47,0'sinin (n=110) destek ürünü kullanma nedenlerinin başında kas geliştirmek olduğu tespit edilmiştir (Goston ve Correia, 2010). Literatürdeki bazı çalışmalar da, spor yapanların sporcu destek ürünü kullanma amaçlarının kas ağırlığını ve performansı artırmak olduğunu rapor etmişlerdir (Dascombe ve ark., 2010; Darvishi ve ark., 2013). Goston ve Correia (2010)'nın çalışmasında spor yapanların destek ürünü kullanma nedenlerinin başında kas geliştirmek gelse de sporcular aynı zamanda zayıf düşmemek (%42.7), performans artırmak (%24,4), stresi azaltmak (%15.0) ve kilo vermek (%19,2) gibi nedenlerden dolayı da destek ürünlerini kullandıklarını belirtmişlerdir (Goston ve Correia, 2010). Mevcut çalışmada ikincil destek ürünü kullanma nedeni %7,69 oran ile performans geliştirmek ve üçüncül neden ise %3.85 oran ile sağlık geliştirmek olduğu bildirilmiştir. Sporcu destek ürünü kullanma nedenleri arasındaki bu farklılıkların, spor yapan bireylerin beslenme gereksinimleri ve performans beklentilerinin kişiye göre farklılık göstermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Mevcut çalışmada sporcu destek ürünü kullanmak için destek aldığını belirten 15 kişi (%57,69) varken destek almayanların sayısı ise 11 kişi (%42,31) olarak belirlenmiştir. Vücut geliştirme sporu yapan bireylerin destek ürünü kullanma

yaygınlığını araştıran Linhares ve Lima (2006), vücut geliştirme sporcularının kısa sürede kaslarını geliştirmek için uzman bir profesyonelden yardım almadan sporcu destek ürünlerinin kullanımının giderek yaygınlaşmaya başladığı sonucuna varmışlardır. Yazarlar, 4 farklı spor salonundan toplamda 334 vücut geliştirme sporu yapan bireyin, kas kütlesini artırmak ve hızlı sonuçlar almak için profesyonellerden yardım almadan protein tozu ve amino asit ürünleri kullandıklarını rapor etmişlerdir (Linhares ve Lima, 2006). Başka bir çalışmada, spor salonuna düzenli giden sporcuların %55'inin herhangi profesyonel destek almadan destek ürünü kullandıkları belirtilmiştir (Goston ve Correia, 2010). Sporcu destek ürünlerinin bilinçsiz şekilde tüketiminin duyarlı bireylerde merkezi sinir sistemini uyarak kan basıncı ve kalp atış hızını artırdığını, kardiyak aritmi, koroner spazm ve miyokardiyal iskemi gibi sağlık sorunlarına neden olduğu bilinmektedir. Uyku bozuklukları, titreme, ajitasyon, koordinasyon eksikliği ve psikolojik bağımlılık diğer semptomlar arasında yer almaktadır (Linhares ve Lima, 2006). Sporcular, yaptıkları sporun süresi, şiddeti ve sıklığına göre harcadıkları kalori miktarına uygun olarak gerekli makro ve mikro besin ihtiyaçlarını karşılayarak ihtiyaçlarını iyi bir şekilde karşılayabilirler. Beslenme uzmanı ve/veya diyetisyen, kişiye özgü gerekli porsiyon boyutunu belirlemek, günlük ihtiyaç duyulan enerji miktarı ve makro-mikro besin öğelerini belirlemek, sindirim sürecinin işlevsel olarak iyileştirilmesi için beslenme ilkelerini göz önünde bulundurmak ve ek besin takviyeleri ve destek ürünlerinin tüketim miktarının dengede olduğuna emin olarak sporcuya rehberlik etmekten sorumludur (Contesini ve ark., 2013). Bu çalışmada spor yapan bireylerin %66,67'sinin spor hocasından ve sadece %33,33'ünün ise diyetisyenden destek aldıklarını belirtmişlerdir. Spor yapan bireylerin destek ürünlerini uygun ve doğru

miktarda tüketebilmeleri için bu konuda doğru bilgiye sahip olan diyetisyen veya beslenme uzmanından destek almaları gerektiği düşünülmektedir.

5.8 Bireylerin Günlük Toplam Enerji Harcaması ve Fiziksel Aktivite Faktörü Karşılaştırması

Araştırmaya katılan spor yapan ve yapmayan bireylerin aktivite düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Spor yapmayanlar için ortalama aktivite düzeyi $1.41\pm0,14$ iken spor yapanlar için bu değer $1,70\pm0,15$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.14). Bu sonuçlar iki grup içinde tahmin edilen skorları yansıtmaktadır.

Gruplar arasında günlük toplam enerji harcaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Spor yapan bireylerde ortalama günlük toplam enerji harcaması $3147,39\pm393,28$ kkal/gün iken spor yapmayan grupta $2573,63\pm384,79$ kkal/gündür (Tablo 4.14). Beklendiği üzere spor yapan grubun enerji harcamaları spor yapmayan gruba göre önemli oranda yüksek bulunmuştur. Yirmi altı sağlıklı sedentar erkek, 8 ve 18. hafta sonunda ortalama günlük enerji harcamalarını belirlemek üzere 18 haftalık vücut geliştirme eğitimine tabi tutulmuştur. Bu grup ile kıyaslamak üzere 8 kişilik kontrol grubu oluşturulmuştur. Sekiz ve 18. haftanın sonunda aktif erkeklerin toplam enerji harcaması sırasıyla, 263 kkal/gün (%9,3) ve 287 (%9,5) artış göstermiştir. Haftada 2 gün vücut geliştirme programı, 8 haftanın sonunda günlük enerji harcamasında %10 artış ile sonuçlanmıştır. Kontrol grubunda ise günlük enerji harcamasında herhangi bir artış olmamıştır. Dolayısıyla, fiziksel aktivite günlük toplam enerji harcamasını artırmıştır (Van Etten ve ark., 1997). Hollowell ve ark. (2009)'nın çalışması Van Etten ve ark.'nın yaptıkları çalışmadaki sonuçlara paralel sonuçlar bildirilmiştir. Farklı egzersiz programının toplam enerji harcamasına etkisini belirlemek üzere bir

araştırma yürütmüşlerdir. Toplamda 50 sedanter, kilolu ve obez erkek bireye (kontrol grubu=8, düşük düzeyde egzersiz yapan grup n=28, yüksek düzeyde egzersiz yapan grup n=14), 8 aylık fiziksel aktivite müdahalesi uygulanmıştır. Müdahaleden sonra, kontrol grubuna kıyasla yüksek düzeyde egzersiz programı uygulayan grupta toplam enerji harcamasında istatistiksel açıdan anlamlı bir artış gözlemlenmiştir ($p<0.02$). Beklenildiği üzere toplam günlük enerji harcaması, egzersizin düzeyi yükseldikçe artış göstermiştir (Hollowell ve ark., 2009).

5.9 Yeme Tutum ve Davranışları ve Ortoreksiya Nervoza'ya Ait Bilgiler

Egzersizin ağırlık kontrolü gibi sağlıkla ilgili birçok pozitif etkiler ile ilişkili olmasına rağmen, yapılan son araştırmalar yeme tutum ve davranışlarında bozukluklar ile de bağlantılı olabileceğini göstermiştir. Sporcular üzerinde yapılan çalışmalar, zayıflık gerektiren spor türüyle ilgilenen bireylerin bozulmuş yeme tutum ve davranış sergilediklerini rapor etmiştir (Hausenblas ve Carron, 1999). Diyet ve egzersize karşı saplantılı tutumların aşırı yeme ile ilişkili olabileceği literatürde belirtilmiştir. Egzersiz yapanların aşırı miktarda besin tüketiminden sonra alınan yüksek enerjiden kurtulmaya yönelik bir strateji olarak aşırı düzeyde egzersizler yaptıkları belirlenmiştir (Lane ve ark., 2004).

Mevcut çalışmada, spor yapan ve spor yapmayan bireylerin YTT puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Katılımcılar spor yapma durumlarına göre yeme tutum ve davranışları incelendiğinde, spor yapan grubun (ortalama YTT-40 skoru $27,53\pm11,45$) spor yapmayan gruba (ortalama YTT-40 skoru $17,46\pm9,48$) göre anlamlı düzeyde daha bozuk yeme tutum ve davranış sergiledikleri görülmektedir (Tablo 4.15). Spor yapan grubun büyük bir çoğunluğunun (%49,15) yüksek risk taşıdıkları belirlenmiştir

(Şekil 4.3). Literatürde bu sonuçları destekleyen çalışmalar mevcuttur. Slay ve ark. (1988)'nin çalışmasında erkek ve kadın koşucuların YTT puanlarının kontrol gruba göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Slay ve ark., 1998). Yine, King ve ark. (1987) tarafından incelenen küçük bir jokey grubunun kontrol grubuna göre yüksek YTT puanlarına sahip oldukları çalışmalarında rapor edilmiştir (King ve Mezey, 1987). Stoutjesdyk ve Jevne (1993) yürüttükleri çalışmada 191 Kanadalı sporcunun yeme tutum ve davranışlarını değerlendirmek üzere YTT ölçeğini kullanmışlardır. Çalışmanın sonucuna göre erkek sporcularda bozulmuş yeme tutum ve davranışların yaygınlığı gene nüfusla kıyaslandığında daha yüksek bulunmuştur (Stoutjesdyk ve Jevne, 1993). Segura-García ve ark. (2012)'nin çalışmasında atletler ve sedanter bireyler kıyaslandığında, atletlerde YTT-26 skorlarının daha yüksek pozitiflik (%14) gösterdiği görülmüştür. Çalışmada, YTT-26 ölçeğinde kesim noktası 20 olarak belirlenmiş ve >20 puan üzerinin klinik bir rahatsızlığa yakalanma riski taşıdığı belirtilmiştir. Erkek atletlerin (n=388) YTT-26 puan ortalaması $9,4 \pm 9,2$ iken kontrol grubunun (n=138) ortalama puanı $9,8 \pm 6,8$ bulunmuştur (Segura-García ve ark., 2012). Başka bir çalışmada, 50 kadın dansçı ve 56 dansçı olmayan kontrol grubunun YTT puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilse de, dansçıların %16'sı ve kontrol grubunun %20'sinin YTT puanları yüksek bulunmuştur (Holderness ve ark., 1994). Literatürdeki diğer çalışmaların bulguları ile mevcut çalışmanın bu bulgusu kıyaslandığında, spor yapanların yüksek oranla (%49,15) bozuk yeme tutum ve davranışları sergiledikleri tespit edilmiştir. Hausenblas ve Carron (1999) zayıflık gerektiren ve vücut geliştirme spor türüyle ilgilenen bireylerin bozulmuş yeme tutum ve davranış sergilediklerini rapor etmiştir (Hausenblas ve Carron, 1999). Çalışmamızda spor yapan bireylerin çok büyük çoğunluğunun vücut geliştirme

sporuyla ile ilgilendikleri göz önünde bulundurulursa, bireylerin yaptıkları spor türünün yeme tutum ve davranışlarını etkilemiş olabileceği düşünülebilir.

Yüksek fiziksel aktivite seviyesine sahip kişilerde ON gibi yeme bozuklukları artış göstermektedir (Eriksson ve ark., 2008). Bunun nedeninin bazı sporcuların yoğun tempolu antrenmanları sürdürebilmek ve optimum performansı elde etmek için besin kontrolüne fazla önem yüklemeleridir (Bartrina, 2007). Mevcut çalışmaya katılan bireylerin spor yapma durumlarına göre ON eğilimleri incelendiğinde, spor yapan grubun (ORTO-11 ortalama puanı $25,88 \pm 3,17$) spor yapmayan gruba (ORTO-11 ortalama puanı $27,92 \pm 4,19$) göre anlamlı bir şekilde daha yüksek ortorektik eğilimler sergiledikleri görülmektedir (Tablo 4.15). Spor yapan grubun %62,7'sinin ortorektik olduğu saptanmıştır. Aksoydan ve Camcı (2009)'nın çalışmasında Türkiye'deki performans sanatçılarındaki ortorektik eğilimi değerlendirmek üzere kullandıkları ORTO-15 ölçeğinin kesim noktası daha yüksek olmasına rağmen, Türk bale dansçılarındaki (%32.1) ON eğilimi daha düşük bulunmuştur (Aksoydan and Camcı, 2009). Ek olarak bu çalışmaya zıt bir sonuçla, Ergin (2014) ve Özkahya (2015) çalışmalarında ortorektik eğilim ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Ergin, 2014; Özkahya, 2015). Rudolph (2017) aktif olarak spor salonuna giden 559 erkek ve 449 kadın olmak üzere toplam 1,008 bireyin sadece %3,4'ünün ON eğilimi gösterdiğini rapor etmiştir (Rudolph, 2017).

Mevcut çalışmada spor yapan ve yapmayan bireylerde ORTO-11 ile YTT-40 puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyonlar olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.16). Ancak spor yapanlarda yeme bozukluğu arttıkça, ortorektik eğiliminde artış gösterdiği bulunmuştur. ORTO-11 skoru düşükken YTT skoru yüksek risk de (%49,15) çıkmıştır. Yüksek yeme bozukluğu riski grubunda olan sporcu bireyler daha yüksek ortorektik eğilimler (%62,7) göstermektedir. Spor

yapmayanlarda ise ORTO-11 skoru yüksekken YTT skoru yeme bozukluğu riski grubunda düşük riskte (%76,27) bulunmuştur. Spor yapan grubun ortorektik eğilimleri ve yeme tutum ve davranışlarında riskinin yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Sporcuların antrenmanlarının devamlılığını getirebilmek ve optimum performans sağlamak için besin kontrolüne fazla önem yüklemeleri yeme tutum ve davranışlarında bozukluklara neden olabilmektedir. Arusoğlu ve ark. (2008), Fidan ve ark. (2010) ve Segura-García ve ark. (2012)'nin çalışmaları ile bu çalışmanın sonuçları benzer bulunmuştur (Arusoğlu ve ark., 2008; Fidan ve ark. 2010; Segura-García ve ark., 2012). Bahsedilen çalışmalarda ON riskindeki artış yeme tutum ve davranışlarındaki artış ile ilişkilidir. Mevcut çalışmaya ters bir sonuçla, Gezer ve Kabaran (2013)'in çalışmasında beslenme ve diyetetik öğrencilerinde ON riskindeki artışın yeme davranış bozukluğu riskindeki azalma ile ilişkili olduğu, iki parametrenin arasında pozitif bir korelasyon olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.01$) (Gezer ve Kabaran, 2013).

Dalmaz ve Yurtdaş (2015) İstanbul'da spor salonunda aktif olarak spor yapan kişilerde Orto-15 ve YTT-40 ölçeklerini kullanarak, ON belirtilerinin yaygınlık durumunu araştırmak amacıyla yaşları 20-45 arasında olan spor yapan 44 kadın ve 56 erkek ile spor yapmayan 43 kadın ve 57 erkek bireyin katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, spor yapanların yapmayanlara göre daha bozuk yeme tutum ve davranışı ($t=4.847$, $p<0.001$) gösterdiklerini ve daha yüksek oranda ortorektik belirtiler ($t=3.065$, $p<0.001$) sergilediklerini tespit etmişlerdir. Çalışmada, spor yapanların ON durumları ile yaş ve yeme tutum değişkenleri arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlenmiştir. Yaş ve yeme tutum değişkenlerinin ortoreksiya puanlarındaki varyansın %16'sını açıkladığı belirtilmiştir. Yazarlara göre bu sonuç ortorektik eğilimleri yordayacak daha farklı

değişkenlerle ilişkilendirilmesi gerekmektedir. Spor yapanların ortorektik eğilimleri ile yeme tutum ve davranışları arasındaki ilişki incelendiğinde, Orto-15 puanları azaldıkça, YTT puanlarının arttığı görülmektedir. Ortorektik eğilimler ve yaş arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, katılımcıların yaşları arttıkça ortorektik eğilimin azaldığı rapor edilmiştir (Dalmaz ve Yurtdaş, 2015).

Mevcut araştırmaya katılan spor yapan bireylerin yaşları ile YTT-40 ve ORTO-11 testi sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar ($p>0,05$) olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.17). Valera ve ark. (2014) bu çalışmaya benzer bir şekilde yoga yapan bireylerde ON eğilimi ve yaş arasında anlamlı bir ilişki olmadığını rapor etmişlerdir (Valera ve ark., 2014). Arusoğlu ve ark. (2008)'nın çalışmasında aynı sonuç elde edilmiştir (Arusoğlu ve ark., 2008). Ancak, mevcut çalışmada ON eğilimi ve yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmasa da, genç yaştaki spor yapan bireylerin (22 yaş ve altı grubu (%23,73) ve 23-25 yaş grubu (%25,42)), ileri yaşta olan gruba (26 yaş ve üzeri (%18,64)) göre ortorektik eğilimlerinin biraz daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Şekil 4.5). Diğer taraftan, spor yapmayan bireylerin yaşları ile ORTO-11 testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu korelasyon pozitif yönlüdür ve spor yapmayan bireylerin yaşları arttıkça ORTO-11 testi puanları da artmaktadır (Şekil 4.5). Fidan ve ark. (2010), tıp fakültesi öğrencilerinde ON eğiliminin genç yaştaki öğrencilerde daha yüksek olduğunu rapor etmişlerdir (Fidan ve ark., 2010). Bu sonuçlar, Bağcı Bosi AT. ve ark. (2007) ve Rudolph (2017)'un yaptıkları çalışma sonuçları ile benzer bulunmuştur (Bağcı Bosi ve ark., 2007; Rudolph, 2017). Sosyal medya kullanımı, genç yetişkinler arasında giderek artmaktadır. Genç yaştaki bireylerin sosyal medyadaki sağlıklı beslenme ile ilgili bilgilerden etkilenmeleri ve bu bilgileri kendi yaşamlarına aktarmaya olan eğilimlerinden dolayı genç bireylerde

ortorektik eğilimlerinin daha fazla ortaya çıktığı düşünülebilir. Diğer taraftan, Donini ve ark. (2005) ve Aksoydan ve Camcı (2009) yürüttükleri çalışmalarda ortorektik eğilimi olan bireylerin, ortorektik eğilimi olmayan bireylere göre yaşlarının daha büyük olduğunu belirtmişlerdir (Donini ve ark., 2005; Aksoydan ve Camcı, 2009). Yazarlar, ileri yaşın sağlıklı beslenmeye karşı oluşan aşırı hassiyet ile ilişkili olabileceği düşünmektedir. Sonuç olarak, literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, ortorektik eğilim ve yaş değişkeni arasındaki ilişkiye dair çelişkili sonuçlar elde edildiği görülmektedir.

Spor yapan bireylerin dış görünüşlerine verdikleri önemden tükettikleri besinlerin daha sağlıklı olmasında seçici davrandıkları ve kilo kontrolüne dikkat ettikleri düşüncesiyle vücut ağırlıklarının daha az olması gerektiği düşünülmektedir. Çalışmada ortorektik olan spor yapan bireylerin büyük çoğunluğunun (%35,59) normal kilolu, spor yapan ortorektik olmayanların ise daha az çoğunluğunun normal kilolu (%11,86) olduğu saptanmıştır (Şekil 4.6). Ayrıca, ortorektik olan spor yapan bireylerin %5,08'inin obez olduğu belirlenmiştir. Yüksek BKİ skorları ile daha sağlıklı diyet girişimleri arasında bağlantılar olduğu; aşırı kilolu olma ve obeziteyi işaret eden daha yüksek BKİ'nin ON riskini önemli ölçüde artırdığı Fidan ve arkadaşları tarafından bildirilmiştir (Fidan ve ark. 2010). Mevcut çalışmada, vücut ağırlığı ile ortorektik eğilim arasında bir korelasyon olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.19). Diğer taraftan, katılımcıların BKİ değerleri ile ortorektik eğilim arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.19). Ancak, spor yapan grupta BKİ değerleri arttıkça, ORTO-11 puanlarının arttığı gözlemlenmiştir. Mevcut çalışmanın bulgusuyla benzer şekilde, Bağcı Bosi ve ark. (2007) çalışmalarında tıp doktorlarında gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığını belirtse de katılımcıların BKİ değerleri artarken, ORTO-15 puanlarının da arttığını böylelikle ON riskinin azaldığını

belirtmişlerdir (Bağcı Bosi ve ark., 2007). Tam ters bir sonuçla, Fidan ve ark. (2010)'nın yaptıkları çalışmada BKİ değerleri arttıkça, ORTO-11 skorunun düştüğünü, dolayısıyla ON riskinin arttığını belirtmişlerdir. (Fidan ve ark. 2010). Bu çalışmaya ek olarak, Arusoğlu ve ark. (2008)'nin çalışmasında farklı BKİ gruplarında ortorektik eğilimler değerlendirildiğinde anlamlı bir fark elde edilmezken, bozuk yeme tutum ve obsesif kompulsif davranışlar ile ele alındığında, BKİ arttıkça ortorektik eğilimlerin arttığı belirlenmiştir (Arusoğlu ve ark., 2008).

Çalışmada ortorektik olan spor yapan bireylerin ortorektik olmayan spor yapan gruba göre büyük çoğunluğunun (%59,32) bekar olduğu tespit edilmiştir. Literatürde ON yaygınlığını araştıran çalışmalarda, ortorektik eğilim ile medeni durum arasında ilişkiyi ele alan çalışmalara rastlanmamıştır. Sadece, Kinzl ve ark. (2005)'nin yaptıkları çalışmada ortorektik eğilimi olan bireylerin daha fazla oranla bekar olduklarını ve yalnız yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bu durumun, ortorektik bireylerin garip ve katı yeme alışkanlıklarının bir sonucu olabileceğini belirtmişlerdir (Kinzl ve ark., 2005). Ortorektik eğilim ile medeni durum değişkeni ilişkisinin daha kapsamlı şekilde araştırılması gerekmektedir.

Spor yapan ortorektik olan ve olmayan bireylerde, her iki grubunda büyük çoğunlukla üniversite eğitim durumuna sahip oldukları belirlenmiştir, sırasıyla; %50,85 ve %28,81. Ancak spor yapan ortorektik olan bireylerin %13,56'sının yüksek lisans/doktora eğitimine sahip oldukları, spor yapan ortorektik olmayan hiçbir bireyin yüksek/lisans eğitimine sahip olmadığı tespit edilmiştir (Şekil 4.8). Bulgulara göre, daha yüksek eğitim durumuna sahip olan spor yapan bireylerde ortorektik eğilimin daha fazla görüldüğü yorumu yapılabilir. Fakat, eğitim durumu ve ortorektik eğilim arasında istatistiksel açıdan bir ilişki olup olmadığını saptamak için spesifik olarak farklı eğitim seviyesinde olan daha fazla katılımcı ile daha detaylı

bir çalışma yapılması gerektiği düşünülmektedir. Literatürde de bu konuyu ele alan çalışmaların sonuçları farklılık göstermektedir. Donini ve ark. (2005)'nın çalışmasında daha az eğitilmiş bireylerde daha yüksek ON eğilimi saptanırken, Arusoğlu ve ark. (2008)'nin çalışmasında da diğer eğitim grupları ile kıyaslandığında yüksek lisans/doktora eğitimine sahip olan bireylerde ON eğilimi daha düşük bulunmuştur (Donini ve ark., 2005; Arusoğlu ve ark., 2008). Diğer taraftan, Aksoydan ve Camcı (2009) çalışmalarında ON eğiliminin eğitim düzeyinden bağımsız olduğunu rapor etmişlerdir (Aksoydan ve Camcı, 2009).

Çeşitli yeme bozukluklarının belirli vücut ağırlığı veya şekli gerektiren spor dalları ile uğraşan sporcular arasında daha yaygın olduğu tespit edilmiştir. Erkeklerde kaslı bir vücuda sahip olma isteği, diyetle karşı takıntı oluşması için bir risk faktörü olma ihtimalini taşımaktadır (Donini ve ark., 2004; Eriksson ve ark., 2008). Bu çalışmada da spor salonunda spor yapan bireylerinin çok büyük bir çoğunun vücut geliştirme sporu ile ilgilendikleri saptanmış, spor yapan bireylerin ortorektik eğilim göstermeleri literatürdeki bu bulguyu desteklemektedir. Eriksson ve ark. (2008)'nin yaptıkları çalışmada, fitness merkezinde fiziksel aktivitelere katılan 251 (166 kadın ve 85 erkek) katılımcının ortorektik olma durumları araştırılmıştır. Bu çalışmada ON gibi yeme bozukluklarının belirli bir kilo ve beden biçiminin gerekli olduğu spor türlerine katılan kişiler arasında yaygınlık gösterdiği belirlenmiştir. Özellikle fitness yapan erkeklerin daha zayıf ve kaslı beden geliştirmek için baskı altına girdikleri gözlemlenmiştir. Araştırmacılara göre; anksiyete, yeme bozuklukları ve beslenmeye ilişkin diğer olumsuz davranışların sağlıklı ve gerçekçi olmadığı, bu nedenle fitness merkezlerinin bu durumu göz önünde bulundurmaları gerektiği vurgulanmaktadır. Çalışmada yüksek düzeydeki fiziksel aktivitenin ağırlık kontrolü davranışı ve ON gibi yeme bozuklukları ile ilişkili olduğunu belirtilmiştir (Eriksson ve ark., 2008).

Valera ve ark. (2014) yoga yapan bireylerin fiziksel görüntülerine dikkat ettiklerini ve yogaya başlayan bireylerin genellikle sağlıklı alışkanlıkları kapsayan birtakım yaşam tarzı değişiklikleri yaptıklarını (örneğin; sigara bırakma, alkol tüketiminin azaltılması veya bırakılması, organik veya sebze ağırlıklı beslenme, vs.) belirtmektedir. Dolayısıyla, yazarlar yoganın beslenme davranışları üzerindeki etkileri de dahil olmak üzere çeşitli yönleriyle değerlendirilmesi gerekliliğini vurgulamışlardır. Bu doğrultuda, yapılan pilot çalışmada yoganın bir türü olan aştanga yoga yapan ≤ 40 yaş 136 bireyde ON belirtileri ORTO-15 ölçeği ile değerlendirilmiştir. Çalışmada ORTO-15 ölçeğinin kesim noktası 40 olarak belirlenmiştir. Çalışmanın sonucunda, katılımcılarda ORTO-15 ölçeğinin ortalama puanı $35,27 \pm 3,69$ bulunup, çalışmaya katılan bireylerin %86'sının ortorektik eğilim gösterdiği sonucuna varılmıştır (Valera ve ark., 2014).

Segura-García ve ark. (2012)'nin çalışmasında 16-45 yaşları arasında 577 (308 kadın, 189 erkek) İtalyan atletin ON durumu araştırılmıştır. Çalışmada kontrol grubu olarak 277 sedanter birey seçilmiştir. Bireylerin çalışmaya dahil olma kriterleri; rekabetçi veya ağır/şiddetli egzersiz programlarına katılımları (dövüş sporları (tekvando, boks, judo, vs.) takım sporları (futbol, basketbol, vs.) veya fitness aktiviteleri (aerobik ve aquafitness, vs.)) ve en az 3 yıldır haftada 3 gün en az 1.5 saat spor yapmalarıdır. Bu çalışma da, ortorektik eğilimi değerlendirmek üzere ORTO-15 ölçeği kullanılmış ve ölçeğin kesim puanı 35 olarak belirlemiştir. Çalışmanın bulgusuna göre kadın atletlerin %28'i ve erkek atletlerin %30'u ortorektik eğilim göstermiştir. Sporcuların, özellikle profesyonel sporla uğraşanların ON için yüksek risk grubunda oldukları belirtilmiştir. Ayrıca, atletlerde ORTO-15 ölçeği için yüksek pozitiflik (%28) çıktığı rapor edilmiştir. Buna ek olarak, mevcut çalışmanın bulgularından farklı olarak erkek katılımcılar ve kontrol grubunun ORTO-15 puanları

arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmasa da, ortalama ORTO-15 puanı erkek atletlerde $(37,2 \pm 4,3)$ kontrol grubuna göre $(37,7 \pm 3,4)$ daha düşük çıkmıştır (Segura-García ve ark., 2012).

Bölüm 6

SONUÇ

Bu bölümde, KKTC’de 19-45 yaş arası sporu aktif olarak özel spor salonuna giderek sürdüren (n=59) ve spor yapmayan (n=59) toplamda 118 yetişkin erkeğin sosyodemografik özellikleri, sağlık durumları ve yaşam tarzları, antropometrik ölçümleri, beslenme alışkanlıkları ve davranışları, fiziksel aktivite durumları, yeme tutum ve davranışları ve ortorektik eğilimlerine dayalı sonuçlara ve önerilere yer verilmektedir.

- Spor yapan bireylerin yaş ortalaması $26,64 \pm 7,05$ yıl, spor yapmayan katılımcıların ise $27,20 \pm 7,22$ yıldır. İki grup arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($p > 0,05$).
- Spor yapan ve yapmayan katılımcıların anne eğitim durumlarına ($p < 0,001$) ve birlikte yaşadıkları kişilere ($p < 0,05$), göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, diğer tanıtıcı özelliklerinin benzer olduğu saptanmıştır ($p > 0,05$).
- Araştırmaya katılan spor yapan ve yapmayan katılımcıların sağlık, ilaç kullanma ve sigara içme durumları arasında istatistiksel bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$).
- Çalışmaya katılan spor yapan bireylerin %23,73’ünün normal kilolu, %23,73’ünün hafif şişman, %2,54’ünün obez olduğu, spor yapmayan bireylerin ise %0,85’inin zayıf, %27,12’sinin normal kilolu, %16,10’unun hafif şişman ve %5,93’ünün obez olduğu saptanmıştır.

- Spor yapan bireylerin ortalama vücut ağırlıkları $78,90 \pm 11,98$ kg iken spor yapmayan bireylerin ortalama vücut ağırlıkları $77,12 \pm 14,25$ kg'dır. İki grup arasında vücut ağırlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($p > 0,05$).
- Spor yapan ve yapmayan bireylerin vücut ağırlığı, boy uzunluğu, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi ve boyun çevresi değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).
- Spor yapan ve yapmayan bireylerin, yağsız vücut kütlesi (kg), yağsız vücut yüzdesi (%), vücut yağ kütlesi (kg), vücut yağ yüzdesi (%) ve su oranı (%) değerleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$, $p < 0,05$). Spor yapan katılımcıların yağsız vücut kütlesi (kg), yağsız vücut yüzdesi (%) ve su oranı (%) değerleri spor yapmayan bireylere göre daha yüksek, bel-kalça oranı, vücut yağ kütlesi (kg) ve vücut yağ yüzdesi (%) değerleri daha düşük bulunmuştur.
- Spor yapan ve yapmayan bireylerin bel-kalça oranı değerleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Spor yapan katılımcıların ortalama bel-kalça oranı ($0,86 \pm 0,06$), spor yapmayan katılımcıların oranından ($0,91 \pm 0,09$) daha düşük bulunmuştur.
- Spor yapan katılımcılar en yüksek oranla (%59,42) günde 3 öğün tüketirken, spor yapmayan bireyler ise (%67,80) günde 2 ana öğün tüketmektedir.
- Spor yapmayanların %52,54'ü ara öğün tüketmezken, spor yapanların %25,42'si ara öğün yapmamaktadır.
- Spor yapanların %59,32'si öğün atlamazken, %40,68'si öğün atlamaktadır. Spor yapmayanların ise %25,42'si öğün atlamazken, %74,58'i öğün atlamaktadır.

- Aktif olarak spor yapan grupta en çok atlanan öğün sabah öğünü (%66,67) iken spor yapmayan grupta en çok atlanan öğün sabah öğünü (%52,27) ve öğle öğünü (%47,73)'dür. Spor yapan grupta öğün atlama nedenlerinin başında %45,83 oranla zaman yetersizliği gelirken, spor yapmayan grup ise en fazla zaman yetersizliği (%34,09) ve alışkanlığın olmaması (%36,36) nedenlerini belirtmiştir.
- Her iki grupta katılımcıların büyük çoğunluğu her sabah kahvaltı yaptıklarını (spor yapanlar %69,49, spor yapmayanlar %55,93) ve çoğunlukla kahvaltılarını evde yaptıklarını (spor yapanlar %72,88, spor yapmayanlar %64,41) bildirmişlerdir. Benzer şekilde öğle yemeğini ise her iki grupta düzenli yaparken (spor yapanlar %91,53, spor yapmayanlar %57,63), çoğunlukla restoranda yedikleri (spor yapanlar %38,98, spor yapmayanlar %44,07) tespit edilmiştir. Aynı şekilde, her iki grupta akşam yemeklerini düzenli tüketirlerken (spor yapanlar %98,31, spor yapmayanlar %96,61), akşam yemekleri çoğunlukla evde tüketilmektedir (spor yapanlar %89,93, spor yapmayanlar %86,44).
- Spor yapan katılımcıların çoğunluğunun (%47,46) günlük ortalama su tüketimi 3 L ve üzeri iken, spor yapmayan bireylerin ise %47,46 oranla 2-3 L/gün'dür. Spor yapan katılımcıların %66,10'unun alkollü içecek tüketmediği, %67,79'unun kafeinli içecek tükettiği, %89,83'ünün enerji içeceği ve %86,44'ünün sporcu içeceği tüketmediği saptanmıştır. Spor yapmayan bireylerin ise %57,63'ünün alkollü içecek tüketmediği, %72,88'inin kafeinli içecek tükettiği, %76,27'sinin enerji içeceği tüketmediği ve hiçbirinin sporcu içeceği tüketmediği belirlenmiştir. Spor yapan ve yapmayan katılımcıların sporcu içeceği kullanma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Spor yapan bireylerin sporcu içeceği kullanma oranı spor yapmayan bireylere göre daha yüksektir.

- Spor yapan ve spor yapmayan katılımcıların gece yatmadan önce yemek yeme durumları, genelde iştah durumları, ailede fiziksel görünümünde zayıf olmaya dikkat eden kişiler olması durumları, daha önce zayıflama diyeti uygulama durumları ve kiloları geri alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
- Katılımcıların genel olarak süt ve süt ürünü tüketimleri incelendiğinde, her iki grubun da bu besinleri tüketim düzeyleri oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Spor yapmayan bireylerin %30,50'si haftada 3-4 kez yağlı süt tüketirken, spor yapan bireylerin %40,70'i hiç tüketmemektedir. Spor yapan bireylerin %35,60'ı tam yağlı yoğurdu hiç tüketmezken spor yapmayan bireylerin %33,90'ı haftada 5-6 kez tüketmektedir. Ayrıca, spor yapan bireylerin %23,70'i tam yağlı peyniri hiç tüketmezken, spor yapmayan bireylerin büyük bir çoğunluğunun (%32,20) haftada 3-4 gün tükettikleri belirlenmiştir.
- Katılımcıların besin tüketim sıklıklarına göre en fazla tüketilen besinlere bakıldığında, spor yapan grubun %42,40'ının, spor yapmayan grubun ise %32,20'sinin her gün yumurta tükettiği görülmektedir. Katılımcıların kırmızı et, tavuk-hindi, balık ve kurubaklagil tüketimlerinin sıklığı incelendiğinde, her iki grubunda bu besinleri tüketim sıklıklarının çoğunlukla haftada 1-2 gün olduğu görülmektedir. Buna ek olarak, haftada 3-4 kez kırmızı et tüketenlerin oranı spor yapmayan grupta (%37,30), spor yapan gruba (%35,60) göre daha fazladır. Spor yapan grubun %18,6'sı hergün tavuk-hindi tüketirken, spor yapmayanların sadece %5,10'u bu besinleri tüketmektedir. Spor yapan grubun %49,20'si ve spor yapmayan grubun %40,70'i haftada 1-2 kez balık tüketmektedir.

- Spor yapan grup hergün taze sebze (%47,50) ve taze meyve (%52,50) tüketirken spor yapmayan grup yalnızca haftada 1-2 kez (taze sebze %25,40; taze meyve %30,50) tüketmektedir.
- Spor yapan katılımcıların genel olarak ekmek ve tahıl grubu tüketimleri azdır. Spor yapmayanların çoğunluğu (%27,10) beyaz ekmek tüketirken spor yapan bireyler hiç (%27,10) tüketmemektedir. Kepekli ekmek, tam buğday ekmeği ve çavdar ekmeğini her iki grupta tercih etmedikleri görülmektedir. Aynı zamanda her iki grubun bulgur, makarna ve pirinç besinlerini haftada 1-2 kez tükettikleri gözlemlenmiştir.
- Çalışmaya katılan her iki grubun zeytinyağı tüketimi birinci sırada olmasına rağmen, spor yapanların büyük bir çoğunluğu (%40,70) her gün zeytinyağı kullanmaktadır. Buna ek olarak, spor yapmayan katılımcıların ise ayçiçek yağını haftada 1-2 kez (%20,30) tükettiği saptanmıştır.
- Çalışmada şekerli besinlerin tüketim sıklığı incelendiğinde spor yapanlar bu besinleri genellikle ayda 1 kez (%35,60) tüketirken spor yapmayanlarda bu sıklık haftada 15 günde bir (%20,30) olarak belirtilmiştir. Spor yapan bireylerin %37,20'si hamurlu tatlı ve %32,20'si sütlü tatlıları hiç tüketmezken, spor yapmayan bireylerin ise %28,80'i her iki tatlı çeşidini de 15 günde bir tüketmektedir.
- Her iki grubunda çok büyük bir çoğunluğunun asitli içecekleri (spor yapan grubun %30,50'si; spor yapmayan grubun %22,00'si) ve alkollü içecekleri (spor yapan grubun %49,20'si; spor yapmayan grubun %45,80'i) hiç tüketmedikleri saptanmıştır.
- Araştırma kapsamına alınan spor yapan ve yapmayan bireylerin enerji ve yağ tüketim miktarları arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı saptanırken

($p>0,05$), karbonhidrat (g), karbonhidrat (%), protein (g) ve protein (%) tüketimleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$, $p<0,05$). Spor yapan bireylerin, protein (g) ve protein (%) tüketim miktarları spor yapmayan bireylere göre yüksek, karbonhidrat (g) ve karbonhidrat (%) miktarları ise düşüktür.

- Araştırmaya katılan spor yapan ve yapmayan bireylerin bitkisel protein, tekli doymamış yağ asidi, Omega 3, A vitamini, E vitamini ve B₁₂ vitamini tüketim miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Spor yapan ve yapmayan bireylerin bitkisel protein, tekli doymamış yağ asidi Omega 3, A vitamini, E vitamini ve B₁₂ vitamini tüketim miktarları benzerdir.
- Spor yapan ve yapmayan bireylerin doymuş yağ asidi, kolesterol, suda çözünen lif, suda çözünmeyen lif, B₁ vitamini, B₂ vitamini, C vitamini, Niasin ve Folik asit tüketim miktarları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$, $p<0,05$). Spor yapan katılımcıların doymuş yağ asidi tüketimleri spor yapmayan bireylere göre düşük, kolesterol, suda çözünen lif, suda çözünmeyen lif, C vitamini, B₁ ve B₂ vitamini, Niasin ve Folik asit tüketim miktarları ise yüksek bulunmuştur.
- Araştırma kapsamına alınan spor yapan ve yapmayan katılımcıların kalsiyum, magnezyum, demir, çinko ve fosfor tüketim miktarları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$, $p<0,05$). Spor yapan katılımcıların magnezyum, kalsiyum, fosfor, demir ve çinko tüketim miktarları spor yapmayan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksektir.
- Spor yapan ve yapmayan bireylerin günlük protein, niasin, folik asit, C vitamini, B₁ ve B₂ vitamini, kalsiyum, magnezyum, demir, fosfor ve çinko tüketimlerinin

Türkiye'ye özgü beslenme rehberinde önerilen değeri karşılama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$, $p<0,05$). Spor yapan bireylerin günlük protein, niasin, folik asit, C vitamini, B₁ ve B₂ vitamini, kalsiyum, magnezyum, demir, fosfor ve çinko tüketimlerini karşılama oranı, spor yapmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur.

- Araştırmaya katılan spor yapan bireylerin %54,2'sinin hafif aktivite, %39,0'unun orta ve %6,8'inin ağır aktivite skoruna sahip olduğu, spor yapmayan bireylerin tamamının (%100) ise hafif aktivite skoruna sahip olduğu saptanmıştır.
- Spor yapan katılımcıların çoğunluğunun (%38,98), spor salonuna gitme sürelerinin 1-2 yıl arası olduğu, spor salonunda en fazla yapılan sporun vücut geliştirme (%71,19) olduğu, spora gitme sıklığının çoğunlukla haftada 4-5 gün (%84,75) ve spor salonunda yapılan sporun süresinin genellikle 1.5 saat (%35,59) ve 2 saat (%32,20) olduğu tespit edilmiştir.
- Spor yapan katılımcıların %44,77'si spor destek ürünü kullanırken, %55,93'ü destek ürünü kullanmamaktadır. Spor yapanların destek ürünü kullanma süresi çoğunlukla 12-24 ay arası (%46,15) olarak bildirilmiştir. Spor yapan bireyler arasında en fazla kullanılan sporcu destek ürününün protein tozu (%96,15) olduğu tespit edilmiş ve bireylerin destek ürünü kullanma nedeninin başında %88,46 oranla kas geliştirmek olduğu rapor edilmiştir. Sporcu destek ürünü kullanmak için destek aldığını belirten 15 kişi (%57,69) varken destek almayanların sayısı ise 11 kişi (%42,31) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %66,67'sinin spor hocasından ve %33,33'ünün ise diyetisyenden destek aldıkları rapor edilmiştir.

- Spor yapan ve yapmayan bireylerin aktivite faktörü ve günlük enerji harcaması değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Spor yapan bireylerin aktivite faktörü ve günlük enerji harcaması değerleri spor yapmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
- Mevcut çalışmaya katılan spor yapan ve spor yapmayan bireylerin YTT puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Katılımcılar spor yapma durumlarına göre yeme tutum ve davranışları incelendiğinde, spor yapan grubun (ortalama YTT-40 skoru $27,53\pm11,45$) spor yapmayan gruba (ortalama YTT-40 skoru $17,46\pm9,48$) göre anlamlı düzeyde daha bozuk yeme tutum ve davranış sergiledikleri görülmektedir. Spor yapan bireylerin %28,81'inin düşük risk, %22,03'ünün orta risk ve %49,15'inin yüksek risk grubunda olduğu, spor yapmayan bireylerin ise %76,27'sinin düşük risk, %13,56'sının orta ve %10,17'sinin yüksek risk grubunda yer aldığı saptanmıştır.
- Mevcut çalışmaya katılan bireylerin spor yapma durumlarına göre ortoreksiya nervoza eğilimleri incelendiğinde, spor yapan grubun (ORTO-11 ortalama puanı $25,88\pm3,17$) spor yapmayan gruba (ORTO-11 ortalama puanı $27,92\pm4,19$) göre anlamlı bir şekilde daha yüksek ortorektik eğilimler sergiledikleri görülmektedir. Spor yapan grubun %62,7 oranında ortorektik olduğu saptanmıştır. Spor yapmayan bireylerin ise %25,4'ünün ortorektik olduğu saptanmıştır.
- Pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre spor yapan ve yapmayan bireylerde ORTO-11 ile YTT-40 puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyonlar olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Fakat, spor yapanlarda yeme bozukluğu arttıkça ortorektik eğiliminde artış gösterdiği bulunmuştur. ORTO-11 skoru düşerken YTT skoru yüksek risk (%49,15) de çıkmıştır. Yüksek yeme

bozukluğu riski grubunda olan sporcu bireyler daha yüksek ortorektik eğilimler (%62,7) göstermektedir. Spor yapmayanlarda ise ORTO-11 skoru yüksekken YTT skoru yeme bozukluğu riski grubunda düşük risk (%76,27) bulunmuştur.

- Spor yapan katılımcıların yaşları ile YTT-40 ve ORTO-11 testi sonuçları arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyonlar ($p>0,05$) olmadığı tespit edilmiştir. Ancak, spor yapmayan bireylerin yaşları ile ORTO-11 testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu korelasyon pozitif yönlüdür ve spor yapmayan bireylerin yaşları arttıkça ORTO-11 testi puanları da artmaktadır.
- Spor yapan bireylerin, fiziksel aktivite ve günlük toplam enerji harcaması ölçümleri ile YTT-40 ve ORTO-11 testi sonuçları arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
- Spor yapan katılımcıların antropometrik ölçümleri ile YTT-40 ve ORTO-11 testi sonuçları arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
- Ortorektik olan spor yapan bireylerin büyük çoğunluğunun (%35,59) normal kilolu, spor yapan ortorektik olmayanların ise daha az çoğunluğunun normal kilolu (%11,86) olduğu saptanmıştır. Spor yapan grupta BKİ değerleri arttıkça, ORTO-11 puanlarının arttığı gözlemlenmiştir. Ancak, katılımcıların BKİ değerleri ile ortorektik eğilim arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Ortorektik olan spor yapan bireylerin (%59,32) ortorektik olmayan spor yapan bireylere (%27,12) göre büyük çoğunluğunun bekar olduğu tespit edilmiştir.
- Spor yapan ortorektik olan (%50,85) ve olmayan bireylerin (%28,81) büyük çoğunluğunun üniversite eğitim durumuna sahip oldukları belirlenmiştir. Ancak,

spor yapan ortorektik olan bireylerin %13,56'sının yüksek lisans/doktora eğitimine sahip oldukları, spor yapan ortorektik olmayan hiçbir bireyin yüksek/lisans eğitimine sahip olmadığı tespit edilmiştir.

Bölüm 7

ÖNERİLER

- Ortoreksiya nervoza DSM'nin herhangi bir baskısında belirgin bir bozukluk olarak tanımlanmadığından, bu bozukluğun araştırmacılar ve halk tarafından kesin bir şekilde anlaşılabilmesi için zihinsel bozukluklar arasındaki yerini doğru olarak tanımlamak ve açıklamak önem taşımaktadır.
- Bu araştırma az sayıda ve belirli nitelikteki örneklem üzerinde ve alanda yapıldığından, genellenebilirlik, güvenilirlik ve geçerlilik için eşleştirilmiş kontrol grubuyla kıyaslama yapılarak hem genel nüfusu hem de spesifik risk gruplarını içeren daha fazla sayıda örneklem ile daha geniş bir alanda çalışma yapılmalıdır.
- Özellikle elit düzeyde (ulusal veya uluslararası) sporcuların yeme bozuklukları riski altında oldukları, ideal vücut şekline sahip olmak ve kilo kontrolünü sağlamak için olağanüstü çaba harcadıkları ve baskı altında oldukları düşünülürse, ileriki çalışmalarda özellikle bu spesifik risk grubunun beslenme alışkanlıkları ve davranışları ve ortorektik eğilimleri hakkında daha detaylı bilgi edinmek adına daha kapsamlı çalışmaların yürütülmesi gerektiği düşünülmektedir.
- Spor yapan katılımcıların verilerini toplama aşamasında araştırmacıya ayıracak zamanlarının kısıtlı olmasından, veriler belirli bir süre zarfında alınmıştır. Bu durumu ortadan kaldırmak için spor salonlarında yürütülecek olan çalışmalarda,

katılımcıların araştırmacıya daha fazla zaman ayırması daha ayrıntılı sonuçların toplanması açısından önemlidir.

- Doğrulanmış ve teyit edilmiş tanı ölçütleri ON için henüz geliştirilmemiş ve detaylı olarak çalışılmamıştır. Mevcut araştırmalar büyük oranda klinik olmayan örneklere dayanmaktadır. Gelecekte klinik çalışmalar artırılarak, tanıda yardımcı olmak ve tedavi etkinliğini ölçmek için uluslararası geçerliliği olan psikometrik araçların geliştirilmesine ihtiyaç vardır.
- Arusoğlu ve ark. (2008)'nın ORTO-11 ölçeğinin türkçeye uyarlama çalışmasında ölçeğinin yapısal özellikleri ve iç tutarlılık açısından kabul edilebilir düzeyde işlerliğe sahip bir ölçek olabileceği rapor edilmiş olsa da, ölçek ile ilgili sonuçları genellemeden önce daha kapsamlı çalışmalar tarafından değerlendirilmesine gereksinim duyulmaktadır.
- YTT-40 ölçeğinin 23. maddesi spesifik olarak kadınların cevap vereceği şekilde oluşturulmuştur. Mevcut maddenin erkeklere yönelik olarak düzenlenmesi gerekmekte veya ölçeğin kesim noktasının erkekler için spesifik olarak belirlenmesi gerekmektedir.
- Ortorektik eğilimi ve yeme tutum ve davranışları değerlendirmek üzere kullanılan mevcut ölçeklerin sporcular üzerinde kullanılmaya uygun olduğu doğrulanmalı veya spesifik olarak sporculara özel tasarlanan yeni değerlendirme ölçekleri geliştirilmelidir.
- Aktif olarak spor salonuna giden bireylerin dış görünüşlerine verdikleri önem göz önünde bulundurulursa gelecek araştırmalarda benlik kaygısı, benlik saygısı, sosyal fizik kaygısı ve daha farklı değişkenlerin ON ile ilişkileri ele alınarak daha detaylı bilgi elde etmek için araştırılabilir.

- Spor salonlarında aktif olarak spor yapan bireylerin ortorektik eğilimlerinin yüksek bulunması göz önünde bulundurulduğunda, spor yapan bireylerin ON konusunda bilinçlendirilmesi adına spor salonlarında doğru ve bilgilendirici bilgi içeren broşürler hazır bulundurulmalı ve spor salonlarındaki eğitmenlere diyetisyenler veya beslenme uzmanları tarafından konferans ve seminerler verilerek, bu konuda spor yapan bireylere doğru bilgiler aktarmaları sağlanmalıdır.
- Ortorektik eğilimleri tespit edilen bireylere doktorlar, psikoterapistler ve diyetisyenleri içeren çok disiplinli bir ekip tarafından kapsamlı bir tedavi uygulanarak örüntünün daha ayrıntılı bir biçimde incelenmesi mümkün olabilir.
- Düzenli fiziksel aktivite; kilo vermek, vücut ağırlık kontrolünü sağlamak ve obeziteden korunmak için en etkili yollardan biridir. Çeşitli kronik hastalıklardan kaynaklanan morbidite ve mortalite riskini azaltarak, fiziksel uygunluğu artırmaktadır. Uluslararası fiziksel aktivite tavsiyelerine göre haftanın en az beş günü orta seviyede 30 dakikalık dayanıklılık antrenmanı ve haftada iki kez kuvvet antrenmanı yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

Aarnio, K., Lindeman, M. (2004), *Magical food and health beliefs: a portrait of believers and functions of the beliefs*, Appetite, 43(1), 65-74.

Akkoç, O. ve Yücesir İ. (2015), *Vücut Geliştirme, Fitnes Sporunu Yapan ve Sedanter Bireylerin, İstirahat Metabolizma Hızı Ve Bazı Antropometrik Ölçümlerinin Karşılaştırılması*, İstanbul Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi, 5(1), 1-16.

Aksoydan E. ve Camcı N. (2009), *Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists*, Eating and Weight Disorders, 14, 33-37.

Alliance for Eating Disorders Awareness (2014), *US Eating disorders Treatment Referral Guide* 2014-2015, <https://www.allianceforeatingdisorders.com/portal> (15 Haziran 2017).

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and statistical manual for mental disorders*, 4th edition (DSM IV), Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (APA) (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fifth edition (DSM-5), Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders (2000), *Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders*, The American Journal of Psychology, 157(1 Suppl), 1-39.

Amman, MT., İkizler, HC., Karagözoğlu, C. (2000), *Sporda Sosyal Bilimler*, İstanbul-Bursa: Alfa Yayınevi.

Arhire, LI. (2015), *Orthorexia Nervosa: The Unhealthy Obsession for Healthy Food* Revista Medico-Chirurgicala a Societatii De Medici Si Naturalisti Din Iasi, 119(3), 632-638.

Arusoğlu, G.. (2006) *Sağlıklı beslenme takıntısı belirtilerinin incelenmesi, ORTO-15 ölçeğinin uyarlanması*, Yüksek Lisan Tezi, Hacettepe Üniversitesi.

Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G., Merdol, TK. (2008), *Orthorexia Nervosa and Adaptation of ORTO-11 into Turkish*, Türk Psikiyatri Dergisi, 19(3), 283-292.

Attia, E., Becker, AE., Bryant-Waugh, R., Hoek, HW., Kreipe, RE., Marcus, MD., Mitchell, JE., Striegel, RH., Walsh, BT., Wilson, GT., Wolfe, BE., Wonderlich, S. (2013), *Feeding and eating disorders in DSM-5*, The American Journal of Psychiatry, 170(11), 1237-1239.

Avan Z. (2015), *Özel Bir Spor Merkezine Devam Eden 18-30 Yaş Arası Bireylerin Beslenme Durumlarının ve Beden Algılarının Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi.

- Azevedo, AMP., Ferreira, ACD., Silva, PPC., Silva, EAPC., Caminha, IO. (2011), *Muscle dysmorphia: features food and nutritional supplementation*, ConScientia e Saúde, (10) 129–137.
- Bağcı Bosi, AT., Çamur, D., Güler, Ç. (2007), *Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey)*, Appetite, 49, 661-666.
- Bailey, DA. (2014), *Orthorexia Nervosa: How is this Affecting the Male Population?*, Behavior Health Nutrition DPG: Montclair State University, [http://www.bhndpg.org/wp-content/uploads/2014/07/Orthorexia-Nervosa-How-is this-Affecting-the-Male-Population_.pdf](http://www.bhndpg.org/wp-content/uploads/2014/07/Orthorexia-Nervosa-How-is-this-Affecting-the-Male-Population_.pdf) (12 Eylül 2017).
- Barthels, F., Meyer, F., Pietrowsky, R. (2015), *Orthorexic eating behavior: A new type of disordered eating*, Ernährungs Umschau, 62(10), 156-161.
- Bartrina, JA. (2007), *[Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession]*, Archivos Latinoamericanos De Nutrición, 57(4), 313-5.
- Baysal, A., (2002) *Beslenme*, Ankara; Hatipoğlu Yayınları.
- Baysal, A., Aksoy, M., Besler, HT., Bozkurt, N., Keçecioglu, S., Merdol, TK., Pekcan, G., Mercanlıgil, SM., Yıldız, E. (2011), *Diyet El Kitabı*, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.

- Becker, AE., Grinspoon, SK., Klibanski, A., Herzog DB. (1999), *Eating disorders*, New England Journal of Medicine, 340(14), 1092-1098.
- Blair, SN., Kohl, HW., Gordon, NF., Paffenbarger, RS. (1992), *How much physical activity is good for health?*, Annual Review of Public Health, 13, 99-126.
- Bratland-Sanda, S., and Sundgot-Borgen, J. (2013), *Eating disorders in athletes: Overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment*, European Journal of Sport Science, 13(5), 499-508.
- Bratman, S. (1997), *Health food junkie*. Yoga J., 42–50, <http://www.orthorexia.com/original-orthorexiaessay> (10 Augustos 2017).
- Bratman, S. and Knight, D. (2000), *Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*, New York: Broadway books.
- Brytek-Matera, A. (2012), *Orthorexia nervosa—an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit?*, Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 1, 55-60.
- Brytek-Matera, A., Donini, LM., Krupa, M., Poggigalle, E., Hay, P. (2015), *Orthorexia Nervosa and Self-Attitudinal Aspect of Body Image in Female and Male University Students*, Journal of Eating Disorders, 3(2), 1-8.
- Bulik, CM. and Tozzi, F. (2004), *The genetics of bulimia nervosa*, Drugs Today (Barc), 40, 741-49.

- Bulik, CM., Slof-Op't Landt, MC., van Furth, EF., Sullivan, PF. (2007), *The genetics of anorexia nervosa*, Annual Review of Nutrition, 27, 263-75.
- Burke, LM. and Deakin, V. (2006), *Clinical sports nutrition*, Sydney, NSW: McGraw-Hill.
- Busanich, R., McGannon, KR., Schinke, RJ. (2014), *Comparing Elite Male and Female Distance Runner's Experiences of Disordered Eating through Narrative Analysis*, Psychology of Sport and Exercise, 15, 705-712.
- Büyükgoze-Kavas, A. (2007), *Eating Attitudes and Depression in a Turkish Sample*, European Eating Disorders Review, 15, 305-310.
- Byrne, S., and McLean, N. (2001), *Eating disorders in athletes: A review of the literature*, Journal of Science and Medicine in Sport, 4(2), 145-159.
- Carrie, G. (2011), *What are the needs, factors, behaviors, and complications associated with type 1 Diabetic Adolescent Females with Disordered Eating?*, St. Catherine University, http://sophia.skate.edu/ma_nursing 2011 (18 Eylül 2017).
- Cartwright, MM. (2004), *Eating disorder emergencies: understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patient*, European Journal of Internal Medicine 16(4), 515-30.

- Catalina, ZML., Bote, BB., García, SF., Ríos, RB. (2005), [*Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder?*], *Actas Españolas de Psiquiatria*, 33(1), 66-8.
- Chaki, B. Sangita, P., Bandyopadhyay, A. (2013), *Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: a newly emerging eating disorder*, *Journal of Human Sport & Exercise*, 8(4), 1045-53.
- Chapman, J., and Woodman, T. (2015), *Disordered Eating in Male Athletes: A Meta-Analysis*, *Journal of Sports Sciences*, 34, 101-109.
- Chen, H. and Jackson, T. (2008), *Prevalence and sociodemographic correlates of eating disorder endorsements among adolescents and young adults from China*, *European Eating Disorders Review*, 16, 375-85.
- Contesini, N., Adami, F., Blake, MT., Monterio, CBM., Abreu, LC., Valenti, VE., Almeida, FS., Luciano, AP., Cardoso, MA., Benedet, J., Vasconcelos, FAG., Leone, C., Frainer, DES. (2013), *Nutritional strategies of physically active subjects with muscle dysmorphia*, *International Archives Medicine*, 6(25), 1-6.
- Crow, S., Praus, B., Thuras, P. (1999), *Mortality from eating disorders – a 5- to 10-year record linkage study*, *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 97-101.
- Cuzzolaro, M. and Donini, LM. (2016), *Orthorexia nervosa by proxy?*, *Eating and Weight Disorders*, 21(4), 549-551.

Dalle, GR. (2011), *Eating disorders: progress and challenges*, European Journal of Internal Medicine, 22(2), 153-160.

Dalmaz, M. ve Yurtdaş, GT. (2015), *Spor Salonunda Spor Yapanlarda Ortoreksiya Nervoza Belirtilerinin İncelenmesi*, Uluslararası Hakemli Ortopedi ve Travmatoloji ve Spor Hekimliği Dergisi, 4, 23-29.

Darvishi, L., Askari, G., Hariri, M., Bahreynian, M., Ghiasvand, R., Ehsani, S., Mashhadi, NS., Rezai, P., Khorvash, F. (2013), *The use of nutritional supplements among male collegiate athletes*, International Journal of Preventive Medicine, 4(1), 68-72.

Dascombe, BJ., Karunaratna, M., Cartoon, J., Fergie, B., Goodman, C. (2010), *Nutritional supplementation habits and perceptions of elite athletes within a state-based sporting institute*, Journal of Science and Medicine in Sport, 13(2), 274–280.

De Souza, FJE. and da Veiga, GV. (2008), *Eating disorder risk behavior in Brazilian adolescents from low socio-economic level*, Appetite, 51, 249-55.

Derenne, JL. and Beresin, EV. (2006), *Body image, media and eating disorders*, Academic Psychiatry, 30, 257-61.

Diaz-Marsa, M., Carrasco, JL., Saiz, J. (2000), *A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa*, Journal of Personality Disorders, 14(4), 352-9.

- Dinç, N., Gökmen, MH., Ergin, E. (2017), *Düzenli Egzersiz Yapan Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları İncelenmesi*, Ulusal Spor Bilimleri Dergisi, 1(1), 43-53.
- Dittfeld, A., Koszowska, A., Fizia, K., Ziora, K. (2013), *Ortoreksja – nowe zaburzenie odżywiania*, Annales Academiae Medicae Silesiensis, 67(6), 393-399.
- Donini, LM., Marsili, D., Graziani, MP., Imbrale, M. and Cannella, C. (2005), *Orthorexia Nervosa: Validation of a Diagnosis Questionnaire*, Eating and Weight Disorders, 10, 28-32.
- Donini, LM., Marsili, D., Graziani, MP., Imbriale, M., Cannella, C. (2004), *Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon*, Eating and Weight Disorders, 9(2), 151-157.
- Donnelly, JE., Kirk, EP., Jacobsen, DJ., Hill, JO., Sullivan, DK., Johnson, SL. (2003), *Effects of 16 mo of verified, supervised aerobic exercise on macronutrient intake in overweight men and women: the Midwest Exercise Trial*, The American Journal of Clinical Nutrition, 78, 950–6.
- Dunn, TM., Bratman, S. (2016), *On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria*, Eating Behaviors, 21, 11-17.

Ergin, G. (2014), *Sağlık Personeli Olan ve Olmayan Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Sıklığı Araştırması*, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi.

Eriksson, L., Baigi, A., Marklund, B., Lindgren, EC. (2008), *Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants*, Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 18, 389-394.

Ersoy, G. (2004), *Egzersiz ve Spor Yapanlar için Beslenme*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Fairburn, CG., Harrison, PJ. (2003), *Eating disorders*, Lancet, 361, 407–16.

Favaro, A., Tenconi, E., Santonastaso, P. (2006), *Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa*, Archives of General Psychiatry, 63, 82-88.

Fidan, T., Ertekin, V., Işıkkay, S., Kırpınar, İ. (2010), *Prevalence of Orthorexia among Medical Students in Erzurum, Turkey*, Comprehensive Psychiatry, 51, 49-54.

Garber, CE., Blissmer, B., Deschenes, MR., Franklin, BA., Lamonte, MJ., Lee, IM., Nieman, DC., Swain DP. (2011), *American college of sports medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise*, Medicine & Science in Sports & Exercise, 43(7), 1334-1359.

Garfinkel, PE. and Newman, A. (2001), *The eating attitudes test: twenty-five years later*, Eating and Weight Disorders, 6(1), 1-24.

Garner, DM., Garfinkel, PE. (1979), *The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa*, Psychological Medicine, 9, 273-279.

Genton, L., Melzer, K., Pichard, C. (2010), *Energy and macronutrient requirements for physical fitness in exercising subjects*, Clinical Nutrition, 29(4), 413-423.

Getz, L. (2009), *Orthorexia: When Eating Healthy Becomes an Unhealthy Obsession*, Today's Dietitian, 11(6): 40, <http://www.todaysdietitian.com/newarchives/060109p40.shtml> (30 Temmuz 2017).

Gezer, C., Kabaran, S. (2013), *Beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencileri arasında görülen ortoreksiya nervosa riski*, S.D.Ü Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(1), 14-22.

Ghaderi, A. and Scott, B. (2001), *Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 10, 122-130.

Glazer, JL. (2008), *Eating Disorders among Male Athletes*, Current Sports Medicine Reports, 7, 332-337.

Gluck, ME., Geliebter, A. and Satov, T. (2001), *Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients*, Obesity Research, 9, 264-267.

Goston, JL. and Correia, MI. (2010), *Intake of nutritional supplements among people exercising in gyms and influencing factors*, Nutrition, 26(6), 604-11.

Groesz, LM., Levine, MP., Murnen, SK. (2002), *The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a metaanalytic review*, International Journal of Eating Disorders, 31, 1-16.

Güven, Ö. ve Öncü, E. (2006), *Beden Eğitimi ve Spora Katılımda Aile Faktörü*, Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, 3(10), 81-90.

Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü (2004), *Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi*, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü (2015), *Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.

- Haman, L, Lindgren, EC., Prell, H. (2017), *“If it’s not Iron it’s Iron f*cking biggest Ironmen”*: personal trainers’s views on health norms, orthorexia and deviant behaviors, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12:1364602.
- Hausenblas, HA. and Carron, AV. (1999), *Eating disorder indices and athletes: An integration*, *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 2, 230- 258.
- Hepworth, K. (2010), *Eating disorders today – not just a girl thing*, *Journal of Christian nursing: a quarterly publication of Nurses Christian Fellowship*, 27(3), 236-41.
- Hoch, AZ., Pajewski, NM., Moraski, L., Carrera, GF., Wilson, CR., Hoffmann, RG., Schimke, JE., Gutterman, DD. (2009), *Prevalence of the Female Athlete Triad in High School Athletes and Sedentary Students*, *Clinical Journal of Sport Medicine*, 19, 421-428.
- Holderness, CC., Brooks-Gunn, J., Warren, MP. (1994), *Eating disorders and substance use: A dancing vs a nondancing population*, *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26(3), 297-302.
- Hollowell, RP., Willis, LH., Slentz, CA., Topping, JD., Bhakpar, M., Kraus, WE. (2009), *Effects of exercise training amount on physical activity energy expenditure*, *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41(8), 1640-44.

- Hudson, JI., Hiripi, E., Pope, HG., Kessler, RC. (2007), *The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication*, Biological Psychiatry, 61, 348-58.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, HC., Agras, WS. (2004), *Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy*, Psychological Bulletin, 130, 19-65.
- Janas-Kozik, M., Zejda, J., Stochel, M., Brozek, G., Janas, A., Jelonek, I. (2012), *Ortoreksja – nowe rozpoznanie?*, Psychiatria Polska, 46(3), 441-450.
- Javaras, KN., Laird, NM., Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, CM., Pope, HG., Hudson, JI. (2008), *Familiality and heritability of binge eating disorder: results of a case-control family study and a twin study*, International Journal of Eating Disorders, 41, 174-79.
- Jenkins, PE., Hoste, RR., Meyer, C., Blissett, JM. (2011), *Eating disorders and quality of life: a review of the literature*, Clinical Psychology Review, 31(1), 113–121.
- Kantoma, MT., Tammelin, TH., Nähyä, S., Taanila, AM. (2007), *Adolescent Physical Activity in relation to Family Income and Parents Education*, Preventive Medicine, 44, 410–415.
- Karadağ, MG., Elibol, E., Yıldiran, H., Akbulut, G., Çelik, MG., Değirmenci, M., Söğüt, M., Güneş, M., Dinler, MF. (2016), *Sağlıklı Yetişkin Bireylerde Yeme*

Tutum ve Ortorektik Davranışlar ile Obezite Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Gazi Tıp Dergisi, 27, 107-114.

Karakaş, S., Taşer, F., Yıldız, Y., Köse, H. (2005), *Tıp Fakültesi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinde Biyoelektriksel İmpedans Analiz Yöntemi ile Vücut Kompozisyonlarının Karşılaştırılması*, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 6(3), 5–9.

Karakus, B., Hidiroglu, S., Keskin, N., Karavus, M. (2017), *Orthorexia nervosa tendency among students of the department of nutrition and dietetics at a university in Istanbul*, North. Clin. Istanbul, 4(2), 117-123.

Kaye, W. (2008), *Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa*, Physiology & Behavior 94, 121-35.

Kaye, WH., Klump, KL., Frank, GK., Strober, M. (2000), *Anorexia and bulimia nervosa*, Annual Review of Medicine, 51, 299-313.

Kendler, KS., MacLean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A., Eaves, L. (1991), *The genetic epidemiology of bulimia nervosa*, The American Journal of Psychiatry, 148, 1627-37.

Keski-Rahkonen, A., Hoek, HW., Susser, ES., Linna, MS., Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, CM., Kaprio, J., Rissanen, A. (2007), *Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community*, The American Journal of Psychiatry, 164(8), 1259-65.

- King, MB., Mezey, G. (1987), *Eating behaviour of male racing jockeys*, Psychological Medicine, 17, 249-253.
- Kinzl, JF., Hauer, K., Traweger, C., Kiefer, I. (2005), *Orthorexia nervosa: eine häufige Essstörungsbeidiätassistentinnen?*, Ernährungs Umsch, 52(11), 436-439.
- Kinzl, JF., Haueri K., Traweger, C., Kiefer, I. (2006), *Orthorexia nervosa in dieticians*, Psychotherapy and Psychosomatics, 75(6), 395-6.
- Klump, KL., Bulik, CM., Pollice, C., Halmi, KA., Fichter, MM., Berrettini, WH., Devlin, B., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, DB., Treasure, J., Shabbout, M., Lilenfeld, LR., Plptnicov, KH., Kaye, WH. (2000), *Temperament and character in women with anorexia nervosa*, The Journal of Nervous and Mental Disease, 188(9), 559-67.
- Koçak, Ü. (2000) *Pica: a common problem which can be easily diagnosed and treated*, Turkish Clinics Journal of Pediatrics, 9(3), 155-157.
- Korinth, A., Schiess, S., Westenhoefer, J. (2010), *Eating behavior and eating disorders in students of nutrition sciences*, Public Health Nutrition, 13(1), 32-37.
- Koven, NS. and Abry, AW. (2015), *The Clinical Basis of Orthorexia Nervosa: Emerging Perspectives*, Neuropsychiatric Disease Treatment, 11, 385-394.

- Koven, NS. and Senbonmatsu, R. (2013), *A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa*, Open Journal of Psychiatry, 3, 214-222.
- Kratina, K. (2012), *Orthorexia Nervosa*, National Eating Disorders Association, <https://www.nationaleatingdisorders.org/sites/default/files/ResourceHandouts/Orthorexia.pdf> (6 Ekim 2017).
- Kummer, A., Dias, F., Teixeira, A. (2008), *On the concept of orthorexia nervosa*, Scand. J. Med. Sci. Sports, 18(3), 395-396.
- Lane, HJ., Lane, AM., Matheson, H. (2004), *Validity of the Eating Attitude Test Among Exercisers*, Journal of Sports Science and Medicine, 3, 244-253.
- Lindeman, M., Keskivaara, P., Roschier, M. (2000), *Assessment of magical beliefs about food and health*, Journal of Health Psychology, 5(2), 195-209.
- Linhares, TC and Lima, RM. (2006), *Prevalence of use of dietary supplements by bodybuilders in gyms*, Vértices, 8(1), 101–122.
- Lluch, A., Hubert, P., King, NA., Blundell, JE. (2000), *Selective effects of acute exercise and breakfast interventions on mood and motivation to eat*, Physiology & Behavior, 68(4), 515-520.
- Mac, EC. (2001), *The Price of Perfection*, British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin, 26, 275-276.

- Machado, PP., Machado, BC., Gonçalves, S., Hoek, HW. (2007), *The prevalence of eating disorders not otherwise specified*, International Journal of Eating Disorders, 40(3), 212–7.
- Maraz, A., Urban, R., Griffiths, MD., Demetrovics, Z. (2015), *An Empirical Investigation of Dance Addiction*, PLoS ONE, 10, e0125988.
- Marsh, S. and Campbell, D (2016), *Clean eating trend can be dangerous for young people, experts warn*, Guardian, <https://www.theguardian.com/society/2016/oct/01/clean-eating-trend-dangerous-young-people-food-obsession-mental-health-experts> (18 Eylül 2017).
- Mathieu, J. (2005), *What is Orthorexia?*, Journal of the American Dietetic Association, 105(10), 1510-1512.
- McGuire, K. (2010), *Food Obsessed? The Dangerous Line Between Order and Disorder*, Dance Magazine, <http://www.dancemagazine.com/food-obsessed-2306869963.html> (10 Ekim 2017).
- Meeusen, R., Duclos, M., Gleeson, M., Rietjens, G., Steinacker, J., Urhausen, A. (2006), *Prevention, diagnosis and treatment of the overtraining syndrome*, European Journal of Sport Science, 6(1), 1-14.
- Mehler, PS., Krantz, M. (2003), *Anorexia nervosa medical issues*, Journal of Womens Health (Larchmt), 12(4), 331- 40.

- Mellin, LM., Irwin, CE., Scully, S. (1992), *Prevalence of disordered eating in girls: a survey of middle-class children*, Journal of the American Dietetic Association, 92(7), 851-853.
- Missbach, B., Dunn, TM., König, JS. (2016), *We need new tools to assess Orthorexia Nervosa. A commentary on "Prevalence of Orthorexia Nervosa among College Students Based on Bratman's Test and Associated Tendencies"*, Appetite, 108, 521-4.
- Mitchell, JE., Pomeroy, C., Adson, DE. (1997), *Managing medical complications. Handbook of treatment of eating disorders*, 2nd edition, New York: Guilford Press.
- Mitchison, D., Hay, PJ. (2014), *The epidemiology of eating disorders: genetic, environmental, and societal factors*, Clinical Epidemiology, 6, 89–97.
- Moroze RM., Dunn TM., Holland C., Yager J., Weintraub P. (2015), *Microthinking about micronutrients: A case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal "orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria*, Psychosomatics, 56, 397-403.
- NIH Office of Research on Women's Health (1998), *Eating disorders: fads and facts*, [www. nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov) (15 Haziran 2017).
- Nymah, H. (2002), *A direct question: is orthorexia a correct word for a wrong concept?* Lakartdningen, 99, 433-434.

- O'Reardon, JP., Peshek, A., Allison, KC. (2005), *Night eating syndrome: Diagnosis epidemiology and management*, CNS Drugs, 19(12), 997-1008.
- Oberle, CD., Watkins, RS., Burkot, AJ. (2017), *Orthorexic eating behaviors related to exercise addiction and internal motivations in a sample of university students*, Eating and Weight Disorders, 10.1007/s40519-017-0470-1.
- Öyekçin, DG. ve Şahin, EM. (2011), *Yeme bozukluklarına yaklaşım*, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 15(1), 29-35.
- Özdemir, A. (2015), *Less Known Eating disorders*, International Journal of Caring Sciences, 8(3), 853-859.
- Özkahya, KD. (2015), *Online Diyet Alan Yetişkin Bireylerde Ortoreksiya Nervoza ve İlişkili Parametrelerin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi.
- Pepe, H. ve Kuru, E. (2001), *Spor Yapan ve Yapmayan Bayanların Sosyo-Ekonomik Seviyelerinin Araştırılması*, G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 21(3), 209-221.
- Pereira, AT., Maia, B., Bos, S., Soares, MJ., Marques, M., Macedo, A., Azevedo, MH. (2008), *The Portuguese Short Form of the Eating Attitudes Test-40*, Eur. Eat. Disorders Rev., 16, 319-325.

- Ramacciotti, C., Perrone, P., Coli, E., Buralassi, A., Conversano, C., Massimetti, G., Dell'Osso, L. (2011), *Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15)*, Eat. Weight Disord.-Stud. Anorex. Bulim. Obes., 16(2), e127-e130.
- Rose, EA., Porcerelli, JH., Neale, AV. (2000), *Pica: common but commonly missed*, The Journal of the American Board of Family Practice/American Board of Family Practice, 13(5), 353-8.
- Rudolph, S. (2017), *The connection between exercise addiction and orthorexia nervosa in German fitness sports*, Eating and Weight Disorders, 1-6.
- Sanlier, N., Yassibas, E., Bilici, S., Sahin, G., Celik, B. (2016), *Does the rise in eating disorders lead to increasing risk of orthorexia nervosa?, Correlations with gender, education, and body mass index*, Ecology of Food and Nutrition, 55(3), 266-78.
- Savaşır, I. ve Erol, N. (1989), *Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nevroza Belirtileri Indeksi*, Türk Psikoloji Dergisi, 7, 19-25.
- Sawka, MN., Cheuvront, SN., Carter, R. (2005), *Human Water Needs*, Nutrition Reviews, 63(6) 30–39.
- Segura-García, C., Papaiani, MC., Caglioti, F., Procopio, L., Nisticò, CG., Bombardiere, L., Ammendolia, A., Rizza, P., Fazio, PD., Capranica, L.

(2012), *Orthorexia nervosa: A frequent eating disordered behavior in athletes*, Eating and Weight Disorders, 17(4), e226-e233.

Segura-Garcia, C., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloï, M., Caroleo, M., Bruni, A., Gazzarrini, D., Sinopoli, F., De Fazio, P. (2015), *The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment*, Eating and Weight Disorders, 20(2), 161-166.

Sherwood, NE. and Jeffery, RW. (2000), *The Behavioral Determinants of Exercise: Implications for Physical Activity Interventions*, Annual Review of Nutrition, 20, 21-44.

Shoebridge, P. and Gowers, SG. (2000), *Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa. A case-control study to investigate direction of causality*, The British Journal of Psychiatry, 176, 132-7.

Siyez, DM. (2006), *Yeme bozukluğu olan çocuklar ve ergenler etiyolojisi ile ilgili çalışmalar, müdahale, değerlendirme ve tedavi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, 20, 21-27.

Škof, B. and Kozjek, NR. (2015), *A Comparison of Dietary Habits Between Recreational Runners and a Randomly Selected Adult Population in Slovenia*, Zdravstveno Varstvo, 54(3), 212-221.

- Slay, HA., Hayaki, J., Napolitano, MA., Brownell, KD. (1998), *Motivations for running and eating attitudes in obligatory versus nonobligatory runners*, International Journal of Eating Disorders, 23, 267-275.
- Smink, FR., van Hoeken, D., Hoek, HW. (2013), *Epidemiology, course, and outcome of eating disorders*, Current Opinion Psychiatry, 26(6), 543-8.
- Smith, JW., Holmes, ME., McAllister, MJ. (2015), *Nutritional Considerations for Performance in Young Athletes*, Journal of Sports Medicine, 2015, 1-13.
- Solomon, TPJ., Chambers, ES., Jeukendrup, AE., Toogood, AA., Blannin, AK. (2008), *The effect of feeding frequency on insulin and ghrelin responses in human subjects*, British Journal of Nutrition, 100, 810–819.
- Sökmen, B., Armstrong, LE., Kraemer, WJ., Casa, DJ., Dias, JC., Judelson, DA., Maresh, CM. (2008), *Caffeine use in sports: considerations for the athlete*, Journal of Strength and Conditioning Research, 22(3), 978–986.
- Stoutjesdyk, D. and Jevne, R. (1993), *Eating disorders among high performance athletes*, Journal of Youth and Adolescence, 22, 271-282.
- Stunkard, AJ., Grace, WJ., Wolff, HG. (1955), *The night-eating syndrome; a pattern of food intake among certain obese patients*, The American Journal of Medicine, 19(1), 78-86.

Sullivan, PF. (1995), *Mortality in anorexia nervosa*, The American Journal of Psychiatry, 152(7), 1073-4.

Sundgot-Borgen, J. (1994), *Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes*, Medicine and Science in Sports and Exercise , 26, 414-9.

Sundgot-Borgen, J. and Torstveit, MK. (2004), *Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population*, Clinical Journal of Sport Medicine, 14(1): 25-32.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı TÜBER 2015 (2016), *Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi*, Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı.

Treasure, J., Claudino, AM., Zucker, N. (2010), *Eating Disorders*, The Lancet, 375(9714), 583-593.

Trichopoulou, A., Gnardellis, C., Lagiou, A., Benetou, V., Naska, A., Trichopoulos D. (2001), *Physical activity and energy intake selectively predict the waist-to-hip ratio in men but not in women*, The American Journal of Clinical Nutrition, 74, 574–8.

Turner, PG., Lefevre, CE. (2017), *Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa*, Eating and Weight Disorders, 22, 277-284.

- U.S. Department of Health and Human Services (1996), *Physical activity and health: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- Uzun, Ö., Güleç, N., Özşahin, A., Doruk, A., Özdemir, B., Çalışkan, U. (2006), *Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students*, *Comprehensive Psychiatry*, 47, 123-126.
- Ünalın, D., Öztıp BD., Elmalı F., Öztürk A., Konak D., Pırlak B., Güneş, D. (2009), *The relationship between the healthy lifestyle behaviors and eating behaviors of a group of health high school students*, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(2), 75-78.
- Valera, JH., Ruiz, PA., Valdespino, BR., Visioli, F. (2014), *Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: a pilot study*, *Eating and Weight Disorders*, 19, 469-472.
- Van Etten, LM., Westerterp, KR., Verstappen, FT., Boon, BJ., Saris, WH. (1997), *Effect of an 18-wk weight-training program on energy expenditure and physical activity*, *Journal of Applied Physiology* (1985), 82(1), 298-304.
- Vandereycken, W. (2002), History of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*, 2nd edition, New York: The Guilford Press.

- Vandereycken, W. (2011), *Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia*, Journal of Eating Disorders, 19(2), 145-155.
- Varga, M., Thege, BK., Dukay-Szabo, S., Tury, F., Furth, EF. (2014), *When Eating Healthy is not Healthy: Orthorexia Nervosa and Its Measurement with the ORTO-15 in Hungary*, BMC Psychiatry, 14(59), 1-11.
- Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F., van Furth, EF. (2013), *Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa*, Eating and Weight Disord., 18(2), 103-11.
- Varlık, E. ve Kabakçı, E. (2008), *Yeme tutumunun 'düşünce eylem kaynaşması' ve 'düşünce beden biçimi kaynaşması' ile ilişkisi*, Türk Psikoloji Dergisi, 23(61), 1-12.
- Vitousek, K. and Manke, F. (1994), *Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa*, Journal of Abnormal Psychology, 103, 137-47.
- Vuori, I. (1995), *Exercise and physical health: musculoskeletal health and functional capabilities*, Research Quarterly for Exercise & Sport, 66(4), 276-285.
- Wonderlich, SA., Brewerton, TD., Jolic, Z., Dansky, B., Abbott, DW. (1997), *Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1107-1111.

Wonderlich, SA., Gordon, KH., Mitchell, JE., Crosby, RD., Engel, SG. (2009), *The validity and clinical utility of binge eating disorder*, International Journal of Eating Disorders, 42(8), 687-705.

World Health Organisation (2000), *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*, Geneva: WHO Technical Report Series, No. 894.

Wu, TY., Y, H., Chan, P., Chiou, YF., T, JC. (2007), *The Effects of Simple Eight-week Regular Exercise on Cardiovascular Disease Risk Factors in Middle-aged Women at Risk in Taiwan*, Acta Cardiologica Sinica, 23, 169-76.

Zamora, MLC., Bonaachea, BB., Sánchez, FG., Rial, BR. (2005), *Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder?*, Actas Españolas de Psiquiatria, 33(1), 66-68.

Zittermann, A., Sabatschus, O., Jantzen, S., Platen, P., Danz, A., Dimitriou, T., Scheld, K., Klein, K., Stehle, P. (2000), *Exercise-trained young men have higher calcium absorption rates and plasma calcitriol levels compared with age-matched sedentary controls*, Calcified Tissue International, 67(3), 215-9.

EKLER

EK A: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu

Onayı



**Eastern
Mediterranean
University**
For Your International Career

K: 890 21 Garmaglıova, KIZILYER KIBRIS /
Famagusta, North Cyprus,
M. Mersin 10 TURKEY
Tel: +90(392) 630 1995
Akademi: +90(392) 630 2010
E-posta: kemur@emu.edu.tr

Etik Kurulu / Ethics Committee

Sayı: ETK00-2017-0080

27.03.2017

Sayın Aslı Alp
Beslenme ve Diyetetik Bölümü
Yüksek Lisans Öğrencisi

Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun **27.03.2017** tarih ve **2017/40-21** sayılı kararı doğrultusunda, **Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa Bölgesinde Spor Salonuna Aktif Olarak Devam Eden Yetişkin Erkek Bireylerde Ortoreksiya Nevroza Eğiliminin ve Beslenme Aışkanlıklarının Belirlenmesi** adlı tez çalışmanızı, Doç. Dr. Emine Akal Yıldız'ın danışmanlığında araştırmanız, Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.

Bilginize rica ederim.



Doç. Dr. Sükür Tüzmen
Etik Kurulu Başkanı

ŞT/sky

www.emu.edu.tr

EK B: Özel Spor Salonlarının Onayları

23.12.2016

DOĞU AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ BESLENME ve DİYETETİK BÖLÜM BAŞKANLIĞI'NA

Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümünüz bünyesinde öğrenim gören 145981 numaralı Ashı Alp isimli yüksek lisans öğrencisinin, "KKTC Lefkoşa Bölgesinde Spor Salonuna Aktif Olarak Devam Eden Yetişkin Erkek Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin ve Beslenme Alışkanlıklarının Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını "Sera Fitness" adlı spor salonumuzda yürütmesi uygundur.

Naim Özen
Yönetici
Sera Fitness
Sera Fitness Ltd. fitness.com

23.12.2016

**DOĞU AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ BESLENME ve DİYETETİK BÖLÜM
BAŞKANLIĞI'NA**

Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümünüz bünyesinde öğrenim gören 145981 numaralı Aslı Alp isimli yüksek lisans öğrencisinin, "KKTC Lefkoşa Bölgesinde Spor Salonuna Aktif Olarak Devam Eden Yetişkin Erkek Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin ve Beslenme Alışkanlıklarının Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını "Action Fitness Centre" adlı spor salonumuzda yürütmesi uygundur.


Osman Barışsever
Yönetici
Action Fitness

EK C: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
Sağlık Etik Alt Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Yalın ve anlaşılır bir dil kullanılarak hazırlanmalıdır. Formda yer alan bilgiler başvuru dosyasındaki diğer belgelerdeki bilgilerle uyumlu olmalıdır.)

ARAŞTIRMANIN ADI:

(Aşağıdaki paragraf değiştirilmemelidir, yalnızca boşluklar başvurusu yapılan araştırmaya göre tamamlanmalıdır)

Bu form ile “KKTCde Spor Salonuna Aktif Olarak Devam Eden Yetişkin Erkek Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin ve Beslenme Alışkanlıklarının Belirlenmesi” isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, *Emine Yıldız* ve *Aşlı Alp*’in sorumluluğu altında yapılmaktadır.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni bireylerin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi, sporu aktif olarak özel spor salonuna giderek sürdüren ve spor yapmayan yetişkin erkek bireylerdeki sağlıklı beslenme takıntısı olarak adlandırılan “Ortoreksia Nervoza” eğiliminin saptanmasıdır ve beslenme davranışları konusunda daha fazla bilgi sahibi olmaktır. Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümünün ortak katılımı ile gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı tarafından 1 defaya mahsus boy, ağırlık, boyun, bel ve kalça çevrenizin ölçümünüz yapılacak, vücut kompozisyonunuz değerlendirilecek, beslenme alışkanlığınızla ilişkili sorular sorulacak. Bir gün boyunca yediklerinizin ve içtiklerinizin türleri ve miktarları ile 1 gün süresince de aktivite kaydınız alınacaktır. Yeme tutum davranışınızı ve sağlıklı beslenme takıntısı olarak adlandırılan “Ortoreksia Nervoza” eğiliminin saptamak amacıyla bir anket yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı red etme ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeme hakkına sahipsiniz.

Gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı : Aslı Alp

Görevi : Diyetisyen

Telefon : 05488412303

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

(Aşağıdaki paragraf değiştirilmemelidir, yalnızca boşluklar başvurusu yapılan araştırmaya göre tamamlanmalıdır)

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağım şekilde cevapladı.

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda *Aslı Alp* ile iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Diyetisyen Aslı Alp

Adres: 19 Tuna Sokak, Kumsal, Lefkoşa

Tel: 05488412303

İmza:

Tarih:

EK D: Anket Formu

A) SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER VE GENEL SAĞLIK DURUMU

1) Yaşınız: yıl

2) Medeni durumunuz:

- a. Evli
- b. Bekar

3) Eğitim durumunuz:

- a. İlkokul
- b. Ortaokul
- c. Lise
- d. Üniversite
- e. Yüksek lisans/doktora

4) Mesleğiniz:

- a. Serbest meslek
- b. Memur
- c. İşsiz
- d. Diğer

5) Gelir durumunuz:

- a. Alt sosyoekonomik düzey
- b. Orta sosyoekonomik düzey
- c. Üst sosyoekonomik düzey

6) Anne eğitim durumu:

- a. Okuryazar
- b. İlkokul
- c. Ortaokul
- d. Lise
- e. Üniversite
- f. Yüksek lisans / doktora

7) Baba eğitim durumu:

- a. Okuryazar
- b. İlkokul
- c. Ortaokul
- d. Lise
- e. Üniversite
- f. Yüksek lisans / doktora

8) Annenin mesleği:

- a. Serbest meslek
- b. Memur
- c. İşsiz
- d. Diğer

9) Babanın mesleği:

- a. Serbest meslek
- b. Memur
- c. İşsiz
- d. Diğer

10) Ailede birey sayısı

11) Kimlerle yaşıyorsunuz?

- a. Tek başıma
- b. Arkadaş(lar)ımla
- c. Ailemle
- d. Akrabalarımle
- e. Yurtta

12) Herhangi bir sağlık sorununuz var mı? (Şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, böbrek yetmezliği, vb.) Var ise belirtiniz.

- a. Evet.....
- b. Hayır

13) Düzenli olarak ilaç kullanıyor musunuz?

- a. Evet.....
- b. Hayır

14) Cevabınız “Evet” ise, isim(leri), süresi ve kullanım sıklığını belirtiniz.

.....

15) Vitamin-mineral desteği alıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Bazen

16) Cevabınız “Evet” ise, isim(leri), süresi ve kullanım sıklığını belirtiniz.

.....

17) Sigara içiyor musunuz?

- a. Evet.
- b. Hayır
- c. Bazen
- d. Bıraktım

18) Cevabınız “Evet” ise, süresi ve sıklığını belirtiniz.

.....

19) Geceleri ortalama kaç saat uyursunuz? Saat

B) BESLENME ALIŞKANLIKLARI VE FİZİKSEL AKTİVTE DURUMU

1) Günde kaç öğün yemek yersiniz?

- a. Ana öğün (sabah/öğle/akşam) öğün
- b. Ara öğün (kuşluk, ikindi, gece) öğün

2) Öğün atlar mısınız?

- a. Evet
- b. Hayır

3) Cevabınız “Evet” ise, genellikle hangi öğün(leri) atlıyorsunuz?

- a. Sabah
- b. Öğle
- c. Akşam

4) Öğün atlama nedeniniz nedir?

- a. Zaman yetersizliği
- b. Geç kalma
- c. Alışkanlığın olmaması
- c. İştahsızlık
- d. Zayıflamak için
- e. Maddi nedenler
- f. Diğer (belirtiniz).....

5) Düzenli olarak sabah kahvaltısı eder misiniz?

- a. Her sabah
- b. Arada sırada
- c. Sadece hafta sonları
- d. Hiç etmem

6) Kahvaltınızı genellikle nerede yapıyorsunuz?

- a. Evde
- b. İş yerinde
- c. Büfe

7) Düzenli olarak öğle yemeği yer misiniz?

- a. Evet
- b. Hayır

8) Öğle yemeğinizi genellikle nerede yersiniz?

- a. İşyerinde
- b. İşyerine evden getiriyorum
- c. Restoranda
- d. Evde
- e. Diğer (belirtiniz).....

9) Düzenli olarak akşam yemeği yer misiniz?

- a. Evet
- b. Hayır

10) Akşam yemeğinizi genellikle nerede yersiniz?

- a. İşyerinde
- b. İşyerine evden getiriyorum
- c. Restoranda
- d. Evde
- e. Diğer (belirtiniz).....

11) Ara öğünlerde genellikle hangi besinleri tüketirsiniz?

- a. Ara öğün tüketmiyorum
- b. Meyve-kuru meyve
- c. Kuruyemiş
- d. Süt-yoğurt
- e. Çikolata
- f. Meyve suyu
- g. Gazlı içecekler
- h. Diğer (belirtiniz).....

12) Gece yatmadan önce ve/veya gece uyanarak yemek yeme alışkanlığınız var mı?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Bazen

13) Genelde iştah durumunuz nasıldır?

- a. İyi
- b.Orta
- c. Kötü

14) Ortalama günlük su tüketiminiz ne kadardır? (litre)

15) Kafeinli içecek tüketiyor musunuz?

- a. Evet
- b.Hayır

16) Cevabınız “Evet” ise; tükettiğiniz kafeinli içecekleri, miktar ve eğer tüketiyorsanız şeker miktarını belirtiniz.

.....

17) Alkollü içecek kullanır mısınız?

- a. Evet.....
- b. Hayır
- c. Bazen

18) Cevabınız “Evet” veya “Bazen” ise, ne miktarda, ne sıklıkla ve hangi tür alkolütüketiyorsunuz

.....

19) Herhangi bir yiyecek ya da içeceğe alerjiniz var mı?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Bilmiyorum

20) Kilo aldığınızı düşündüğünüzde ne yaparsınız?

- a. Abur cubur yemem
- b. Diyet yaparım
- c. İştah kesiciler kullanırım
- d. Öğün atlarım
- e. Spor yaparım
- f. Diğer (belirtiniz).....

21) Beslenme ile bilgilere nereden erişiyorsunuz?

- a. Kitle iletişim araçları (gazete, dergi, TV, internet)
- b. Kitaplar, bilimsel yayınlar vb.
- c. Diyetisyen
- d. Doktor
- e. Sağlık, zayıflama merkezleri
- f. Çevre (arkadaş, aile, vs.)
- g. Diğer (belirtiniz).....

22) Doğru beslenme bilgilerine eriştiğinizde davranışlarınız değişir mi?

- a. Her zaman
- b. Sık sık
- c. Nadiren
- d. Hiçbir zaman

23) Ailenizde fiziksel görünümünde zayıf olmaya dikkat eden kişiler var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

24) Vücut yapınızı nasıl tanımlarsınız?

- a. Kilolu
- b. Hafif Kilolu
- c. Normal
- d. Zayıf
- e. Çok zayıf

25) Daha önce zayıflama diyeti uyguladınız mı ?

- a. Evet
- b. Hayır

26) Cevabınız “Evet” ise, ne kadar süre uyguladığınızı ve ne kadar kilo kaybınız olduğunu belirtiniz.

.....sürekilo kaybı (kg)

27) Cevabınız “Evet” ise, zayıflama diyeti ile verdiğiniz kiloları geri aldınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır

28) Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz? (Cevabınız hayır ise lütfen 30. Soruyu cevaplayınız).

- a. Evet
- b. Hayır

29) Cevabınız “Evet” ise, ne kadar zamandır düzenli fiziksel aktivite yapmaktasınız?

.....

30) Egzersiz yapmama nedeniniz ne(ler)dir?

- a. Zaman kısıtlılığı
- b. Sağlık problemleri
- c. Maddi kısıtlılık
- d. Egzersiz yapabilecek bir alanın bulunmaması
- e. Egzersiz yapma isteğinin olmaması
- f. Diğer.....

31) Spor salonunda ne tür fiziksel aktivite yaparsınız?

- a. Vücut geliştirme
- b. Yürüyüş
- c. Koşu
- d. Bisiklet
- e. Uzakdoğu sporları/ Boks
- e. Spinning
- f. Trx
- g. Yoga
- h. Pilates
- i. Diğer

32) Spor salonuna hangi sıklıkta geliyorsunuz?

- a. Hergün
- b. Haftada 4-5 gün
- c. Haftada 2-3 gün
- d. Haftada 1 gün
- e. Ayda 2-3 kez
- f. Ayda 1 ve daha seyrek

33) Spor yaptığınız süre (dakika/saat).....

34) Herhangi bir sporcu destek ürün(leri) kullanıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

35) Cevabınız “Evet” ise, bu ürünleri ne kadar süredir tüketiyorsunuz?

.....hafta/ay/.....yıl

36) Kullandığınız destek ürün veya ürünleri hangi sıklıkta tükettiğinizi ve miktarını belirtiniz.

Destek Ürünü	Kullanım Sıklığı	Miktarı
Protein tozu		
Amino asit		
BCAA		
L-Karnitin		
Kreatin		

Destek Ürünü	Kullanım Sıklığı	Miktarı
Glutamin		
Arjinin		
CLA		
Nitrik oksit		
Steroid ve benzeri		
Kafein		

37) Kullandığınız sporcu destek ürünlerini hangi amaçla kullanıyorsunuz?

- a. Kas geliştirme
- b. Performans geliştirme
- c. Sağlık geliştirme
- d. Diğer.....

38) Destek ürünü kullanımı için herhangi bir kişiden destek alıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

39) Destek alıyorsanız kimden destek alıyorsunuz?

- a. Diyetisyen
- b. Doktor
- c. Spor hocası
- d. Diğer.....

40) Enerji içecekleri kullanıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

41) Cevabınız “Evet” ise, sıklığını ve miktarını belirtiniz.

.....

42) Sporcu içecekleri kullanıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

43) Cevabınız “Evet” ise, sıklığını ve miktarını belirtiniz.

.....

FİZİKSEL AKTİVİTE SAPTAMA FORMU

Aktivite Türü	Süre (saat)	Ortalama Enerji maliyeti (PAR)	Toplam maliyet (kkal)
Genel kişisel faaliyetler			
Uyku		× 1.0	=
Uzanıp dinlenme		× 1.2	=
Oturma		× 1.2	=
Ayakta durma		× 1.4	=
Kişisel bakım (el, yüz, saç yıkama)		× 2.3	=
Giyinme		× 2.4	=
Yemek yeme		× 1.4	=
Ulaşım			
Ayakta gezinme		× 2.1	=
Yürüyüş, yavaş		× 2.8	=
Yürüyüş, hızlı		× 3.8	=
Merdiven çıkma		× 5.0	=
Bisiklet sürme		× 5.6	=
Motorsiklet sürme		× 2.7	=
Toplu taşıma araçları kullanma		× 1.2	=
Araba kullanma		×2.0	=
Bahçe işleri			
Bahçeyi düzenleme		×3.7	=
Otları temizleme		×3.3	=
Avcılık			
Olta ile balık tutma		×1.9	=
Zıpkın ile balık tutma		×2.3	=
Kuş avlama		×3.2	=
Spor aktiviteleri			
Aerobik-düşük tempolu		×3.51	=
Aerobik-yüksek tempolu		×7.93	=
Basketbol		×6.95	=
Vücut geliştirme		×5.44	=
Dairesel antrenman		×6.96	=
Futbol		×8.0	=
Uzun mesafe koşu		×6.34	=
Hızlı koşu		×8.21	=
Yüzme		×9.0	=

FİZİKSEL AKTİVİTE SAPTAMA FORMU (devam)

Aktivite Türü	Süre (saat)	Ortalama Enerji maliyeti (PAR)	Toplam maliyet (kkal)
Tenis		×5.8	=
Voleybol		×6.06	=
Çeşitli eğlence aktiviteleri			
Dans etme		×5.0	=
Müzik/radyo dinleme		×1.57	=
Resim yapma		×1.25	=
Masa oyunları		×1.5	=
Davul çalma		×3.71	=
Piyano çalma		×2.25	=
Okuma (kitap, dergi, vb.)		×1.77	=
Tv izleme		×1.4	=
Diğer		×	=
TOPLAM	24 saat		=
		Aktivite faktörü = Toplam maliyet/24 =.....	

GÜNLÜK TOPLAM ENERJİ HARCAMASI = AKTİVİTE FAKTÖRÜ × BMH
= = kkal/gün

ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Vücut ağırlığı (kg)	
Boy uzunluğu (cm)	
BKİ (kg/m ²)	
Bel çevresi (cm)	
Kalça çevresi (cm)	
Bel-Kalça oranı	
Boyun çevresi (cm)	
Yağsız vücut kütlesi (kg)	
Yağsız vücut kütlesi (%)	
Vücut yağ kütlesi (kg)	
Vücut yağ kütlesi (%)	
Su oranı (%)	

BESİN TÜKETİMİ SIKLIĞI

Besin Grupları	Her öğün	Her gün	Haftada 5-6 kez	Haftada 3-4 kez	Haftada 1-2 kez	15 günde bir	Ayda 1 kez	Nadiren veya hiç
Süt								
Yağlı								
Yarım yağlı								
Yağsız (light)								
Ayran								
Yoğurt								
Tam yağlı								
Yarım yağlı								
Yağsız (light)								
Peynir								
Tam yağlı								
Yarım yağlı								
Yağsız (light)								
Yumurta								
Kırmızı et								
Tavuk-hindi								
Et ürünleri (salam, sucuk, vb.)								
Balık								
Kurubaklagiller								
Taze sebze								
Taze meyve								

BESİN TÜKETİMİ SIKLIĞI (devam)

Besin Grupları	Her gün	Her gün	Haftada 5-6 kez	Haftada 3-4 kez	Haftada 1-2 kez	15 günde bir	Ayda 1 kez	Nadiren veya hiç
Ekmek								
Beyaz ekmek								
Kepekli ekmek								
Tam buğday ekmeği								
Çavdar ekmeği								
Bulgur								
Makarna								
Pirinç								
Yağ								
Tereyağı								
Kuyruk yağı								
Margarin								
Zeytinyağı								
Fındık yağı								
Ayçiçek, mısırözü, soya								
Şekerli besinler (şeker, reçel, bal, pekmez)								
Tatlılar								
Sütlü tatlılar								
Hamurlu tatlılar								
Çikolata, gofret, bisküvi								

BESİN TÜKETİM SIKLIĞI (devam)

Besin Grupları	Her öğün	Her gün	Haftada 5-6 kez	Haftada 3-4 kez	Haftada 1-2 kez	15 günde bir	Ayda 1 kez	Nadiren veya hiç
Hamur işleri (börek, çörek)								
Asitli içecekler (kola, gazlı içecekler, vb.)								
Alkollü içecekler								

24 SAATLİK GERİYE DÖNÜK BESİN TÜKETİMİ

Öğünler	Yiyecek ve içeceklerin adı	Yiyecekler hazırlanırken içerisine eklenen malzemeler (baharat, yağ, vb.)	Net miktar	
			Ölçü	Ağırlık (Gram)
Sabah				
Kuşluk				
Öğle				
İkindi				
Akşam				
Gece				

ORTOREKSİYA NERVOZA DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ
YEMEK TUTUM TESTİ (YTT-40)

	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1) Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım						
2) Başkaları için yemek pişiririm ama pişirdiğim yemeği yemem						
3) Yemekten önce sıkıntılı olurum						
4) Şişmanlamaktan ödüm kopar						
5) Acıktığımda yemek yememeye çalışırım						
6) Aklım fikrim yemektedir						
7) Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur						
8) Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim						
9) Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim						
10) Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım						
11) Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim						
12) Ailem fazla yememi bekler						
13) Yemek yedikten sonra kusarım						
14) Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım						
15) Tek düşüncem daha zayıf olmaktır						
16) Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım						
17) Günde birkaç kere tartılırım						
18) Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım						

YEMEK TUTUM TESTİ (YTT-40) (devam)

	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1) Et yemekten hoşlanırım						
2) Sabahları erken uyanırım						
3) Günlerce aynı yemeği yerim						
4) Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım						
5) Adetlerim düzenlidir (Hiçbir zaman seçeneği işaretlenecek)						
6) Başkaları zayıf olduğumu düşünür						
7) Şişmanlama düşüncesi zihnimi meşgul eder						
8) Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer						
9) Lokantada yemek yemeyi severim						
10) Müshil kullanırım						
11) Şekerli yiyeceklerden kaçınırım						
12) Diyet yemekleri yerim						
13) Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm						
14) Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim						
15) Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim						
16) Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır						
17) Kabızlıktan yakınırım						
18) Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum						
19) Perhiz yaparım						
20) Midemin boş olmasından hoşlanırım						
21) Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım						
22) Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir						

ORTO-11

	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				
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?				