

ELİF ÖZTÜRK

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2025





T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



(YÜKSEK LİSANS)

TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNDE
ORTOREKSİYA DÜZEYİNİN FİZİKSEL AKTİVİTE,
AKDENİZ DİYETİ UYUMU VE VÜCUT
KOMPOZİSYONU İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

ELİF ÖZTÜRK

DANIŞMAN
DOÇ. DR. HÜLYA HACİŞAHİNOĞULLARI

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
BESLENME (İÇ HASTALIKLARI) TEZLİ YÜKSEK
LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL-2025

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Elif Öztürk

AÇIKLAMA:

Kişisel Verileri Koruma Kurulu'nun 24/09/2020 tarihli ve 2020/722 sayılı toplantısında "Açık Erişim Sisteminde ıslak imzalı evrakların yayımlanması uygulamasının ilgili kişilere ait ıslak imzalı belgeleri içermeyecek şekilde güncellenmesi" Kararı üzerine tezlerde kişisel verilerin olmadan yüklenmesi uygulamasına başlanmıştır.

İTHAF

Aileme ithaf ediyorum...

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezimin hazırlanma sürecinde desteğini ve rehberliğini esirgemeyen, değerli bilgi ve deneyimleriyle çalışmamın her aşamasında yol gösterici olan kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Hülya HACİŞAHİNOĞULLARI'na

Eğitimim süresince başta Beslenme (İç Hastalıkları) Yüksek Lisans program başkanı Prof. Dr. Kubilay KARŞIDAĞ hocam olmak üzere çeşitli disiplinlerde bize yeni bakış açıları kazandıran değerli İstanbul Tıp Fakültesi öğretim üyelerine,

Eğitimim süresince değerli bilgilerini ve desteklerini bizden esirgemeyen Prof. Dr. Bülent SAKA hocama,

Tez sürecim boyunca yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Doç. Dr. Dyt. Cemile İDİZ ve Dyt. Hanife KÖKSAL hocalarıma,

Tez sürecim boyunca akademik bilgi birikimleriyle bana katkı sağlayan, önerileri ve eleştirileriyle çalışmamı daha iyi bir noktaya taşıyan Dr. Öğr. Üyesi Meryem Merve ÖREN ÇELİK ve Dr. Öğr. Üyesi Irmak POLAT hocalarıma,

Yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman yanımda olan başta Hemşire Bahar ŞENTÜRK olmak üzere tüm klinik nütisyon ekibine,

Yüksek lisans eğitimi süresince birbirimizin mutlu, hüzünlü, heyecanlı ve stresli her dönemine şahit olduğumuz ve bu programın ömürlük kazanımı olan canım dönem arkadaşlarım Dyt. Elif ERDOĞAN, Dyt. Pınar Ece KARAKAŞ ve Dyt. Sena Nur DEMİRTAŞ'a

Tüm süreçlerimde sabırla beni dinleyen güzel arkadaşlarım Tuba ORUÇ, Merve ERTEM, Gayenur ÖNLER ve Hicran KOÇGÜRBÜZ'e

Lisansüstü eğitim yolunda her zaman bilgisi ve desteğiyle yanımda olan Prof. Dr. Gamze AKBULUT hocama,

Beraber çalışmaktan keyif aldığım başta Arş. Gör. Sude Melis ŞAHİN ve Arş. Gör. Merve KIZIL olmak üzere tüm İstanbul Kent Üniversitesi mensuplarına,

Bu sürecin her aşamasında manevi desteğini hissettiğim, sabırları ve sevgileriyle beni daima motive eden aileme sonsuz teşekkür ederim.

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Beslenme Programında Yüksek Lisans öğrencisi Elif ÖZTÜRK tarafından Doç. Dr. Hülya HACİŞAHİNOĞULLARI'nın danışmanlığında hazırlanan "Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinde Ortoreksiya Düzeyinin Fiziksel Aktivite, Akdeniz Diyeti Uyumu ve Vücut Kompozisyonuyla İlişkisinin İncelenmesi" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 10/06/2025 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Kubilay Karşıdağ
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Jüri

Prof. Dr. Mine Adaş
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hamidiye Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Jüri (Danışman)

Doç. Dr. Hülya Haçışahinoğulları
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Jüri

Ünvanı Adı Soyadı
Üniversite, Fakülte
Anabilim Dalı

Jüri

Ünvanı Adı Soyadı
Üniversite, Fakülte
Anabilim Dalı

Jüri-(Danışman)

Ünvanı, Adı Soyadı
Üniversite, Fakülte
Anabilim Dalı

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------|
| BEYAN | ii |
| İTHAF | iii |
| TEŞEKKÜR | iv |
| İÇİNDEKİLER | vi |
| TABLolar LİSTESİ | ix |
| ŞEKİLLER LİSTESİ | x |
| SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ | xi |
| ÖZET | xiii |
| ABSTRACT | xiv |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1. Beslenme ve Yeme Bozuklukları | 4 |
| 2.1.1. Ortoreksiya Nervoza ve Sağlıklı Ortoreksiya | 6 |
| 2.1.2. Ortoreksiya Epidemiyolojisi | 7 |
| 2.1.3. Ortoreksiya Tanı Kriterleri | 8 |
| 2.1.4. Tedavi Yaklaşımları | 12 |
| 2.2. Sağlıklı Diyet | 13 |
| 2.3. Akdeniz Diyeti | 15 |
| 2.4. Fiziksel Aktivite ve Vücut Kompozisyonu | 17 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 23 |
| 3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı | 23 |
| 3.2. Araştırmanın Örneklem Seçimi | 23 |
| 3.3. Araştırmanın Tipi | 24 |
| 3.4. Araştırmanın Genel Planı | 24 |
| 3.5. Veri Toplama Araçları | 25 |
| 3.5.1. Kişisel Bilgi Formu | 25 |
| 3.5.2. Teruel Ortoreksiya Ölçeği (TOÖ) | 26 |
| 3.5.3. Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği (MEDAS) | 27 |
| 3.5.4. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ)-Kısa Form | 28 |
| 3.5.5. Biyo-elektrik Empedans Analizi Cihazı ve Antropometrik Ölçümler | 29 |

| | |
|---|----|
| 3.6. Verilerin İstatiksel Olarak Değerlendirilmesi..... | 30 |
| 3.7. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları | 31 |
| 4. BULGULAR | 33 |
| 4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri..... | 33 |
| 4.2. Bireylerin Yaşam Tarzı Özellikleri | 35 |
| 4.3. Bireylerin Antropometrik Özellikleri | 37 |
| 4.4. Teruel Ortoreksiya Ölçeği, Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği ve Fiziksel Aktivite Anketine İlişkin Puanların Değerlendirilmesi | 38 |
| 4.5. Biyo-elektrik Empedans Analizlerinin Değerlendirilmesi | 40 |
| 4.6. Bireylerin Teruel Ortoreksiya Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması..... | 42 |
| 4.7. Bireylerin Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması..... | 44 |
| 4.8. Bireylerin Fiziksel Aktivite Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması | 46 |
| 4.9. Bireylerin Vücut Kompozisyonu Ölçümlerinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması..... | 51 |
| 4.10. Bireylerin Ortoreksiya ile Fiziksel Aktivite, Akdeniz Diyeti Uyumu ve Vücut Kompozisyonu Değerleri Arasında Korelasyon Analizi | 57 |
| 4.11. Bireylerin Ortoreksiya, Fiziksel Aktivite, Akdeniz Diyeti Uyumu ve Vücut Kompozisyonu Değerleri ile BKİ ve Antropometrik Ölçümler Arasında Korelasyon Analizi | 59 |
| 5. TARTIŞMA..... | 61 |
| 5.1. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri..... | 61 |
| 5.2. Bireylerin Yaşam Tarzı Özellikleri | 62 |
| 5.3. Bireylerin Antropometrik Ölçüm Değerleri | 65 |
| 5.4. Teruel Ortoreksiya Ölçeği, Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği ve Fiziksel Aktivite Anketine İlişkin Puanların Değerlendirilmesi | 66 |
| 5.5. Bireylerin Biyo-elektrik Empedans Analizlerinin Değerlendirilmesi | 68 |
| 5.6. Bireylerin Teruel Ortoreksiya Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması..... | 68 |
| 5.7. Bireylerin Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması..... | 71 |

| | |
|--|-----|
| 5.8. Bireylerin Fiziksel Aktivite Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması | 72 |
| 5.9. Bireylerin Vücut Kompozisyonu Ölçümlerinin Tanımlayıcı ve Antropometrik Özelliklere Göre Karşılaştırılması | 73 |
| 5.10. Bireylerin Ortoreksiya ile Fiziksel Aktivite, Akdeniz Diyeti Uyumu ve Vücut Kompozisyonu Değerleri Arasında Korelasyon Analizi | 76 |
| KAYNAKLAR | 84 |
| FORMLAR | 106 |
| ETİK KURUL ONAYI | 115 |
| İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI | 119 |



TABLOLAR LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Tablo 2-1: Akdeniz diyeti, MIND ve DASH diyet modellerinin besinsel içerikleri..... | 14 |
| Tablo 2-2: Vücut kompozisyonu ölçüm yöntemleri..... | 19 |
| Tablo 3-1: Araştırmanın dışlama kriterleri | 24 |
| Tablo 3-2: Araştırma değişkenlerinin normal dağılım testleri | 30 |
| Tablo 4-1: Bireylerin sosyodemografik özellikleri | 33 |
| Tablo 4-2: Bireylerin hastane bölümlerine göre dağılımı | 34 |
| Tablo 4-3: Bireylerin yaşam tarzı özellikleri..... | 35 |
| Tablo 4-4: Bireylerin antropometrik özellikleri | 37 |
| Tablo 4-5: Bireylerin BKİ gruplarına göre sınıflandırılması..... | 38 |
| Tablo 4-6: Bireylerin Teruel Ortoreksiya Ölçeği alt faktör puanları..... | 38 |
| Tablo 4-7: Bireylerin Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği toplam puanları..... | 39 |
| Tablo 4-8: Bireylerin Akdeniz diyeti uyum düzeyleri..... | 39 |
| Tablo 4-9: Bireylerin fiziksel aktivite puan ortalamaları | 39 |
| Tablo 4-10: Bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri..... | 40 |
| Tablo 4-11: Bireylerin vücut kompozisyon analizleri..... | 41 |
| Tablo 4-12: Bireylerin Teruel Ortoreksiya Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması..... | 42 |
| Tablo 4-13: Bireylerin Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması..... | 45 |
| Tablo 4-14: Bireylerin fiziksel aktivite puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması | 48 |
| Tablo 4-15: Bireylerin vücut kompozisyonu ölçümlerinin tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması..... | 53 |
| Tablo 4-16: Bireylerin ortoreksiya ile fiziksel aktivite, Akdeniz diyeti uyumu ve vücut kompozisyonu değerleri arasında korelasyon analizi..... | 58 |
| Tablo 4-17: Bireylerin ortoreksiya, fiziksel aktivite, Akdeniz diyeti uyumu ve vücut kompozisyonu değerleri ile BKİ ve antropometrik ölçümler arasında korelasyon analizi | 60 |

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Araştırmanın veri toplama süreci 23



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AD: Akdeniz Diyeti

AN: Anoreksiya Nervoza

BİA: Biyo-elektrik İmpedans Analizi

BKİ: Beden Kütle İndeksi

BN: Bulimia Nervoza

CDC: Hastalığın Kontrolü ve Korunma Merkezi

cm: santimetre

DASH: Hipertansiyonu Durdurmaya Yönelik Diyet Yaklaşımları

DEXA: Çift Enerjili X-ışını Absorpsiyometrisi

DM: Diabetes Mellitus

DSM-5-TR: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşinci baskısı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HT: Hipertansiyon

IHME: Washington Üniversitesi Sağlık Ölçümleri ve Değerlendirmeleri Enstitüsü

IPAQ: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form)

KAH: Koroner Arter Hastalığı

kg: kilogram

KKYAB: Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

KVH: Kardiyovasküler hastalıklar

m: metre

m²: metrekare

Maks.: Maksimum

MED: Medyan

MEDAS: Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği

MIND: Nörodejeneratif gecikme için Akdeniz-DASH Müdahalesi

Min.: Minimum

MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

Ort: Ortalama

PREDIMED: Akdeniz Diyeti ile Önleme Çalışması

SS: Standart sapma

TBSA: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

TOÖ: Teruel Ortoreksiya Ölçeği

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

YLD: Kaybedilen Yaşam Yılı



ÖZET

Öztürk, E. (2025). Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinde Ortoreksiya Düzeyinin Fiziksel Aktivite, Akdeniz Diyeti Uyumu ve Vücut Kompozisyonuyla İlişkisinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları ABD. Beslenme. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Ortoreksiya düzeylerinin, fiziksel aktivite, Akdeniz diyeti ve vücut kompozisyonunun incelenmesi amacıyla yapılan çalışmaya İstanbul Tıp Fakültesinde araştırma görevlisi 127 (77 kadın, 50 erkek) birey katıldı. Gönüllü katılımcılar Kişisel Bilgi Formu, Teruel Ortoreksiya Ölçeği, Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği (MEDAS), Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği-Kısa Formu doldurdu ve Biyo-elektrik Empedans Analizi cihazıyla bireylerin vücut kompozisyonu ölçümleri yapıldı. Katılımcıların Teruel Ortoreksiya Ölçeği Ortoreksiya Nervoza (ON) alt boyutu puan ortalaması $3,7 \pm 3,50$ (dağılım aralığı 0-18), sağlıklı ortoreksiya alt boyutu puan ortalaması $11,5 \pm 5,21$ idi. Katılımcıların MEDAS puan ortalaması $6,4 \pm 2,32$ (dağılım aralığı 0-12) iken, fiziksel aktivite ölçeğinde %54,3'ü orta, %23,6'sı yüksek düzey fiziksel aktiviteye sahipti ve %22,1'i inaktif idi. Çalışmada hem ON hem de sağlıklı ortoreksiya Akdeniz diyetine uyum (sırasıyla, $r=0,213$, $p=0,016$; $r=0,440$, $p<0,001$) ve şiddetli fiziksel aktiviteyle ($r=0,188$, $p=0,035$; $r=0,180$, $p=0,043$) ilişkiliydi. Orta şiddetli fiziksel aktivite sadece sağlıklı ortoreksiya ile ($r=0,194$, $p=0,029$) ilişkiliydi. Sağlıklı ortoreksiya ile kas yüzdesi ($r=0,214$, $p=0,015$), yağsız kütle yüzdesi ($r=0,214$, $p=0,016$) arasında pozitif, yağ kütlesi ($r=-0,185$, $p=0,038$), yağ yüzdesi ($r=-0,214$, $p=0,016$) ve iç yağlanma ($r=-0,187$, $p=0,035$) arasında ise negatif yönde ilişki bulundu. Buna karşın ON ile vücut kompozisyonu arasında böyle bir ilişki tespit edilmedi. Akdeniz diyetine uyum ile Beden Kütle İndeksi (BKİ) negatif yönde ilişkili iken ($r=-0,204$, $p=0,021$), ortoreksiya puanları ile BKİ arasında ilişki tespit edilmedi. Bu çalışma ortoreksiya seviyelerinin özellikle Akdeniz diyetine uyumu olmak üzere, fiziksel aktivite ve vücut kompozisyonuyla ilişkisi olabileceğini göstermiştir. Sağlıklı ortoreksiyanın sağlığa yararlı sonuçları olabileceği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı ortoreksiya, ortoreksiya nervoza, fiziksel aktivite, akdeniz diyeti, vücut kompozisyonu

ABSTRACT

Öztürk, E. (2025). Assessment of the Relationship between Orthorexia Level and Physical Activity, Mediterranean Diet Compliance and Body Composition in Medical Faculty Research Assistants. İstanbul University, Institute of Health Science, Department of Internal Medicine. Nutrition. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

A total of 127 (F=77, M=50) research assistants from Istanbul Faculty of Medicine participated in the study conducted to investigate orthorexia levels, physical activity, Mediterranean diet, and body composition. Volunteer participants filled out Personal Information Form, Teruel Orthorexia Scale, Mediterranean Diet Adherence Scale (MEDAS), International Physical Activity Scale-Short Form and body composition measurements were made using the Bioelectrical Impedance Analysis device. The mean Orthorexia Nervosa (ON) subscale score of the Teruel Orthorexia Scale was 3.7 ± 3.50 (range 0-18) and the mean healthy orthorexia subscale score was 11.5 ± 5.21 . The mean MEDAS score of the participants was 6.4 ± 2.32 (range 0-12), while 54.3% had moderate, 23.6% had vigorous physical activity, and 22.1% were inactive according to physical activity scale. Both ON and healthy orthorexia were associated with compliance with Mediterranean diet ($r=0.213$, $p=0.016$; $r=0.440$, $p<0.001$, respectively) and vigorous physical activity ($r=0.188$, $p=0.035$; $r=0.180$, $p=0.043$). Moderate physical activity was associated only with healthy orthorexia ($r=0.194$, $p=0.029$). A positive correlation was found between healthy orthorexia and muscle percentage ($r=0.214$, $p=0.015$), fat-free mass percentage ($r=0.214$, $p=0.016$). A negative correlation was found between healthy orthorexia and fat mass ($r=-0.185$, $p=0.038$), fat percentage ($r=-0.214$, $p=0.016$), visceral adiposity ($r=-0.187$, $p=0.035$). No such correlation was found between ON and body composition. While compliance with Mediterranean diet was negatively correlated with BMI ($r=-0.204$, $p=0.021$), no correlation was found between orthorexia scores and BMI. This study showed that orthorexia levels may be related to physical activity and body composition, especially compliance with Mediterranean diet. It was observed that healthy orthorexia may have beneficial outcomes.

Key Words: Healthy orthorexia, orthorexia nervosa, physical activity, mediterranean diet, body composition

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Beslenme; besinlerin, büyüme, enerji metabolizması ve doku onarımı gibi fizyolojik ihtiyaçlar için kullanılması sürecidir. Diyet ise bireyin toplamda tüketmiş olduğu besin miktarını belirtmektedir (Zohoori 2020). Bu bağlamda sağlıklı bir beslenme düzeni, bireyin yaşamsal faaliyetlerini sürdürebilmesini desteklemenin yanı sıra; diyabet, kardiyovasküler hastalıklar gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar ve gerekli besin öğelerinin alınmamasından kaynaklı olarak gelişen malnütrisyonu karşı koruyucu bir rol oynamaktadır (WHO 2020a).

Sağlık fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak genel bir iyilik halidir (WHO 1946). Beslenmenin bu iyilik halinin korunması ve sürdürülmesinde önemli bir rolü vardır. Besinlere yönelik yapılan tercihler, kişinin diyetinin sağlığa katkıları açısından da önemlidir (Visioli ve ark. 2022). Sağlıklı bir diyet; vücudun enerji ve fizyolojik ihtiyaçlarını karşılaması için yeterli düzeyde makro (karbonhidrat, protein, yağ), mikro (vitamin, mineral) besin öğeleri ve sıvı içermelidir (Cena & Calder 2020). Küresel Hastalık Yüklü çalışmasının sonuçlarına göre dünyada yaşanan her beş ölümden biri sağlıksız diyetle ilişkili bulunmuştur (Afshin ve ark. 2019).

Diyet alışkanlıklarının sağlık üzerine olan etkilerinin daha fazla araştırma sonucu ile kanıtlanması, popüler kültür ve medya araçlarınca işlenmesiyle beraber bireylerde sağlıklı besin tercihinin yönelim artmıştır (Barlow ve ark. 2024). Bu bağlamda, incelenen birçok diyet arasında sağlık faydaları açısından en fazla kanıta sahip olan diyet örüntüsü Akdeniz Diyetidir. Akdeniz diyeti Tip 2 Diabetes Mellitus (DM), kardiyovasküler hastalıklar (KVH) gibi yaşa bağlı bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve var olan hastalığın yönetilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Dominguez ve ark. 2021).

Sağlıklı beslenmeye yönelim doğru besin seçimlerinin yapımında yardımcı olabilmektedir. Fakat bunun takıntı haline gelmesi durumunda ortoreksiya nervoza (ON) olarak bilinen yeme bozukluğunun gelişmesi mümkündür. Bu nedenle Barrada ve Roncero (2018)'nin çalışmasında ortoreksik yeme davranışının patolojik ortoreksiya (ON) ve sağlıklı ortoreksiya olarak ayrılması önerilmiştir. Ortoreksiya nervoza ritüele dayanan yeme alışkanlıkları ve sağlıksız olarak adlandırılacak besin veya besin gruplarının azaltıldığı ya da tamamen çıkarıldığı sıkı bir diyet rejimi ile karakterizedir

(Ng ve ark. 2024). Sağlıklı ortoreksiyada diyet seçimlerinin temel sebebi besinlerin sağlıklı bağlantılı sonuçlarıdır. Son zamanlarda yapılan bir çalışma ortoreksiyanın iki boyutlu bir şekilde düşünülmesi ve sağlıklı ortoreksiyanın yeme bozukluğundan ayrımının yapılması gerektiği vurgulanmıştır (Yakın ve ark. 2022).

Ortoreksiya nervoza durumunda besin/besin gruplarının azaltılması ya da tamamen çıkarılması görüldüğü gibi besinin hazırlık ve pişirme aşamasına yönelik davranış ve tutumlar görülebilmektedir. Kişide bu tutumlarda sapma olmasıyla birlikte suçluluk, korku, utanma görülebilir; bu durumun kontrol altına alınamaması bireyin sosyal işlevselliğini de etkileyebilmektedir (Niedzielski & Kaźmierczak-Wojtaś 2021).

Akdeniz diyetinin sağlık faydaları ve genel olarak sağlığı pekiştirici bir diyet olarak algılanması sağlıklı ortoreksiya/ ON olan bireylerde bu diyete uyumun daha fazla olacağı düşüncesini uyandırmaktadır. Nitekim yapılan çalışmalarda ON seviyesi yükseldikçe Akdeniz tipi diyete uyumun daha fazla olduğu gözlemlenmiştir (Martinovic ve ark. 2022).

Sağlığın bütüncül olarak bir diğer bileşeni ise fiziksel aktivitedir. Dünya Sağlık Örgütü fiziksel aktiviteyi, iskelet kasları tarafından üretilen ve enerji harcamayı gerektiren herhangi bir bedensel hareket olarak tanımlamaktadır (WHO 2020b). Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite sağlık açısından iyilik halinin korunması ve iyileştirilmesi açısından önemlidir (Miko ve ark. 2020). Fiziksel aktivite depresyon, anksiyete gibi yaygın olarak görülen ruhsal bozuklukların önlenmesinde de rol oynamaktadır (Schuch & Vancampfort 2021). Fakat yaygın olarak yeme bozukluğu varlığında bireylerde yoğun fiziksel aktivite yapmaya karşı yönelim olmaktadır (Harrison ve ark. 2022). Bu durum ortoreksiya varlığında da gözlemlenmiştir. Yapılan bir çalışmada yüksek ortoreksiya semptomları gösteren bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını iyileştirmek amacıyla egzersiz yaptığı gösterilmiştir. Fakat bunun bireylerde çok sıkı bir egzersiz planı ile karakterize olan egzersiz bağımlılığına dönüşebileceği belirtilmiştir (Oberle ve ark. 2018).

Beslenme ve fiziksel aktiviteyle bağlantılı olarak konunun bir diğer başlığı da vücut kompozisyonudur. Vücut kompozisyonu toplam vücut ağırlığının fraksiyonlara ayrılarak incelenmesini içermektedir (Bernal-Orozco ve ark. 2020). Vücut kompozisyonu bireylerin genel sağlık, beslenme ve fiziksel durumunun incelenmesi açısından önemli bir araçtır. Vücut kompozisyonu analizi ile bireyin yağ, kemik, kas ve

su miktarları ve yüzdelerinin incelenmesi mümkündür. Yapılan çalışmalarda ortoreksiya ve vücut kompozisyonu arasındaki ilişkiye dair farklı sonuçlar elde edilmiştir. Elit atletlerde yapılan bir çalışmada erkek sporcularda ON eğilimi ve vücut kompozisyonu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuşken (Surala ve ark. 2020), başka bir çalışmada ise üniversite öğrencisi kadınlarda ON ve vücut kompozisyonu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Agopyan ve ark. 2019). Bu konunun aydınlatılması için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Bu araştırmanın temel amacı, mevcut literatüre sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nevrozayı inceleyecek yeni bir araştırma grubunu dahil etmek; Akdeniz diyetine uyum, fiziksel aktivite ve vücut kompozisyonu ile ON/ Sağlıklı ortoreksiya arasındaki olası ilişkiyi saptamaktır. Bu çerçevede, ortoreksiya kavramlarının sağlıklı ve patolojik boyutları arasındaki farkları daha iyi anlamak için Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinde kesitsel bir çalışma yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları kişinin yaşam kalitesini ve sosyal olarak işlevselliğini önemli derece etkileyen vücut ağırlığı değişiklikleri ve/veya sosyal bozukluklar ile karakterize yeme davranışları ve psikolojik bozukluklardır (Qian ve ark. 2022). Yeme bozuklukları ilk olarak 17. yüzyılda rapor edilmiş, 20. yüzyılın sonlarına doğru ise yeme bozukluklarında ciddi bir artış görülmüştür. Medyanın da çeşitli kanallar aracılığıyla bireylere aşılması olduğu ideal vücut düşüncesi ve bu idealin etrafında gelişen toplum baskısı nedeniyle bireylerde beden memnuniyetsizliği, kısıtlayıcı beslenme alışkanlıkları ve ilerleyen düzeylerde yeme bozukluğu görülebileceği gösterilmiştir (Tchounwou ve ark. 2023).

Beslenme ve yeme bozuklukları; besin alımı veya emilimi ile ilgili davranışların değişmesi sonucu ortaya çıkan; vücut ağırlığının kontrolüne yönelik yeme tutum ve davranışlarında değişikliklerin görüldüğü ve bu değişikliklerin psikososyal ve fiziksel işlevsellikte bozulmalara yol açtığı, kompleks psikiyatrik bozukluklardır. Bu bozukluklar, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, tıbbi ve psikolojik müdahale gerektiren ciddi sağlık sorunlardır. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşinci baskısında (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision, DSM-5-TR*) tanımlanan beslenme ve yeme bozuklukları aşağıdaki gibidir (American Psychiatric Association 2022):

Anoreksiya nervoza, vücut ağırlığı kazanımına karşı yoğun bir korku görülebilen ve/veya bozulmuş beden algısıyla karakterize olan, aşırı diyet kısıtlamaları veya diğer ağırlık kaybı davranışları (kusma, yoğun fiziksel aktivite) olabilen yemek bozukluğudur (Treasure ve ark. 2020).

Bulimia nervoza (BN), tıknırcasına yeme sonrası kusma, diüretik, laksatif ya da insülinin kötüye kullanımı gibi besini çıkarmaya yönelik davranışlar ile karakterize yeme bozukluğudur. DSM-5-TR'ye göre BN tanısı için son üç ay içerisinde haftada en az 1 kere tıknırcasına yeme nöbeti ve telafi edici davranışların olması gereklidir (American Psychiatric Association 2022; Nitsch ve ark. 2021).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, bireylerin düzenli olarak, belirli bir zaman diliminde, yüksek miktarlarda besin tüketmesi ve yeme davranışlarının kontrolünü kaybetmesiyle karakterizedir. Tıkınarak yeme nöbetlerinde, kişi normalden daha hızlı ve rahatsız edici derecede tokluk hissedene kadar büyük hacimlerde yemek yiyebilmektedir. Bu durumun ardından utanç veya suçluluk duyguları ortaya çıkabilmektedir (American Psychiatric Association 2022; Giel ve ark. 2022).

Kaçınan/ Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu besinin hacmi ve/veya çeşidi açısından kaçınmacı/kısıtlayıcı yeme davranışı ile karakterizedir. Bu durum vücut ağırlığı kaybına veya büyüme geriliğine, beslenme yetersizliklerine, enteral beslenme ya da oral beslenme desteğine ihtiyaç duyulmasına ve/veya psikososyal işlevsellikte belirgin düzeyde bozulmaya neden olabilmektedir (American Psychiatric Association 2022).

Pika bireyin kültüründe ya da sosyal hayatında tüketilmesi normal olarak görülmeyen ve kişinin gelişimsel süreci için uygun olmayacak; besin olmayan ve besleyici değeri bulunmayan maddelerin en az 1 ay boyunca sürekli olarak tüketilmesiyle karakterizedir (American Psychiatric Association 2022).

Ruminasyon sendromu, besinin yutulması sırasında veya hemen sonrasında zorluk yaşanmadan besinin çıkarılması ve mide bulantısı veya karın ağrısı olmadan lokmayı yeniden çiğneme, yeniden yutma veya çıkarma ihtiyacı görülen işlevsel bir gastrointestinal bozukluktur (Vachhani ve ark. 2020).

DSM-5-TR tarafından Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları; beslenme ve yeme bozuklukları tanı kriterlerinin tüm ölçütlerini karşılamayan; fakat klinik yönden sosyal, mesleki ya da işlevsel olmayı gerektiren diğer önemli alanlarda belirgin düzeyde bozulmaya veya sıkıntıya (distress) yol açan beslenme ve yeme bozuklukları olarak tanımlanmıştır (Balasundaram & Santhanam 2025). Bu alt kategoride;

- 1) Atipik anoreksiya nervoza: Anoreksiya nervoza tanı kriterlerinin tümünün karşılandığı fakat bireyin vücut ağırlığının normal düzeyde ve üstünde olduğu durumdur.
- 2) Düşük Frekanslı/Sınırlı Süreli Bulimia Nervoza: Bulimia nervoza tanı kriterlerinin tümü karşılanmaktadır. Fakat tıkınırcasına yeme ve telafi edici

davranış tutumları haftada bir kereden az ve/veya üç aydan kısa süredir meydana gelmektedir.

- 3) Düşük Frekanslı/Sınırlı Süreli Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu: Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanı kriterlerinin tümü karşılanmaktadır. Fakat tıkınırcasına yeme davranışı haftada bir kereden az ve/veya üç aydan kısa süredir meydana gelmektedir.
- 4) Geri Çıkarma Bozukluğu: Tıkınırcasına yeme davranışı olmaksızın vücut ağırlığı ve fiziksel görünümün değiştirilmesi amacıyla, tekrarlı olarak kendini kusturma veya laksatif kullanımı gibi davranışların olması durumudur (Forney ve ark. 2021).
- 5) Gece Yeme Sendromu: Akşam yemeği sonrası veya uykudan uyandıktan sonra çok fazla yemek yenmesi durumudur (Salman & Kabir 2022).

DSM-5-TR tarafından tanımlanmamış diğer beslenme ve yeme bozuklukları; bir beslenme ve yeme bozukluğunun karakteristik semptomlarının baskın olduğu fakat beslenme ve yeme bozuklukları tanı sınıfında bulunan bozukluklardan hiçbirinin tüm kriterlerinin karşılanmadığı durumlar olarak tanımlanmıştır.

2.1.1. Ortoreksiya Nervoza ve Sağlıklı Ortoreksiya

Ortoreksiya Nervoza (ON) ilk olarak 1997 yılında Steven Bratman tarafından Yoga Journal dergisinde tanımlanmıştır (Bratman Steven 1997). Terim, Yunanca orthos (doğru) ve orexis (iştah) kelimelerinden türetilmiştir (Kalra ve ark. 2020). Ortoreksiya nervoza sağlıklı beslenmeye yönelik takıntı şeklinde tanımlanmaktadır. Besinin kalitesine, hazırlanma sürecine aşırı odaklanma ve katı beslenme kurallarının varlığı ile karakterizedir (Niedzielski & Kaźmierczak-Wojtaś 2021).

Ortoreksiyalı bireyler için yenilen yemeğin miktarı ya da zamanı gibi durumlar değil, yiyeceğin besinsel içeriği, besinin üretim, dağıtım, hazırlanma süreci ve sonrasında besinin sunulduğu ortam önem teşkil etmektedir. Hazırlanacak olan besinin organik olması, kullanılacak mutfak gereçlerinin sağlıklı sayılabilecek materyalden yapılmış olması ortoreksiyalı bireyler için önemlidir. Ayrıca koruyucu maddeler, renk katkı maddeleri, aroma vericiler, böcek ilaçları gibi besinin saflığını bozacak içerikler ve aşırı yağ, şeker, tuz içeren veya genetiği değiştirilmiş besinler bireyin diyetinde yer

almamaktadır (Asarkaya & Arcan 2021). Kabul edilebilir besinler bireysel farklılıklar gösterebilmektedir. Ancak ON'nin karakteristik özelliği, uygulanan diyet kısıtlamalarının kademeli olarak artması ve kişinin günlük hayatını sürdürmesinde belirgin bozulmalara yol açabilmesidir (Horovitz & Argyrides 2023).

Sağlıklı ortoreksiya diyete karşı sağlıklı bir ilgi ve davranış tutumudur. Yapılan besin seçimleri beden algısı ya da benzeri nedenlerle gerçekleşen kaygıdan dolayı değil, kişinin kimliğinin bir parçası olarak gerçekleşmektedir (Anastasiades & Argyrides 2022). Sağlıklı ortoreksiya olumsuz duygulara karşı bir koruyucu işlev görebilirken, ON beden algısı bozukluğu ve sağlıklı beslenememe endişesi gibi olumsuz duygularla ilişkilendirilmektedir (Barthels ve ark. 2019). Yapılan bir araştırma, ON'nin temel motivasyonunun vücut ağırlığını kontrol etme arzusu olduğunu; buna karşılık, sağlıklı ortoreksiyanın ise genel sağlık kaygılarıyla yönlendirildiğini öne sürmektedir. (Depa ve ark. 2019).

Ortoreksiyanın patolojik bir durum (ON) ve ayrıca bir yaşam biçimi şeklinde (sağlıklı ortoreksiya) iki boyutlu olarak değerlendirilmesini savunan Barrada ve Roncero, Terüel Ortoreksiya Ölçeğini geliştirmiştir. Ölçeğe göre bireyler hem sağlıklı ortoreksiya hem de ON durumunda besinleri "sağlıklı" ve "sağlıksız" olarak kategorize etmektedir. Bu iki ayrımın yapılması bireylerin beslenme düşüncelerinin farklı temellere dayandırılmasından kaynaklanmaktadır (Barrada & Roncero, 2018).

2.1.2. Ortoreksiya Epidemiyolojisi

ON insidans ve prevalansı standart tanı kriterlerinin olmaması sebebiyle tam olarak bilinmemektedir. Tip 2 DM hastalarında yapılan bir çalışmada ON prevalansı kadınlarda %11,1 ve erkeklerde %15,5 olarak bulunmuştur. Çalışmada ortoreksiya riskinin diyabet süresi, vücut kütle indeksi ve eğitim durumuyla ilişkisi bulunmamıştır (Anil ve ark. 2015). Bu oranın belirli gruplarda çok daha yüksek çıktığı çalışmalar bulunmaktadır. Tıp öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ON prevalansı %43,6 olarak bulunmuştur (Fidan ve ark. 2010). Sosyal medyanın ON prevalansı ile ilişkisine bakılan bir çalışmada Instagram üzerinden sağlıklı beslenme hesaplarını takip eden kişiler arasında ON prevalansı %49 olarak bulunmuştur (Turner & Lefevre 2017). Diyetisyenlerde ON ve yeme bozukluğunu inceleyen başka bir çalışmada ON prevalansı %49,5 olarak saptanmıştır (Tremelling ve ark. 2017).

2.1.3. Ortoreksiya Tanı Kriterleri

Ortoreksiya DSM-5-TR'de bulunmamaktadır (American Psychiatric Association 2022). Bunun yanı sıra bağımsız bir yeme bozukluğu olarak kabul edilebilecek düzeyde olup olmadığı ya da yeme bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk gibi var olan bir ruhsal bozukluğun alt tipi olarak kategorize edilip edilmemesi konusunda bir fikir birliği bulunmamaktadır (Strahler & Stark 2020). Çalışmalarda kişilerde gözlenen karakteristik özelliklere dayanarak tanı kriterleri önerilmiştir. ON için önerilen kriterler arasında; besinin kalitesi ve saflığına yönelik yoğun bir meşguliyet, öğünlerin besinsel içeriğine aşırı derecede odaklanmak, katı diyet kuralları ve kısıtlamaları ve bu davranışlar sonucunda bireyin günlük hayatında ve işlevselliğinde değişim yer almaktadır (Horovitz & Argyrides, 2023). Başka bir çalışma tanı kriterlerini A ve B olarak ikiye ayırmıştır. A grubu; takıntılı yemek yeme alışkanlıkları, diyet kısıtlamalarının uyulmaması durumunda yaşanan gerginlik hissi gibi davranışa yönelik özellikleri içermektedir. B grubu ise ON ile ilgili sonuçları (malnütrisyon, sosyal izolasyon, bozulmuş beden algısı) kapsamaktadır (Niedzielski & Kazmierczak-Wojtaś 2021). Donini ve arkadaşlarının çalışması ile ON ilk defa multidisipliner bir çerçevede dünya çapında standardize edilmek istenmiştir. Çalışma kapsamında ON tanı kriterleri farklı kategorilerde ve 27 madde olmak üzere aşağıdaki gibi düzenlenmiştir (Donini ve ark. 2022):

A. Tanım, klinik özellikler ve süre

A1. Tanım:

1. ON, kişinin yeme davranışıyla güçlü bir şekilde meşgul olması ve sıkı bir şekilde kontrol edilen ve kişinin yemeğini planlamak, almak, hazırlamak ve/veya yemek için aşırı miktarda zaman harcamasını içeren, kendine koyduğu katı ve esnek olmayan kurallarla karakterizedir.

2. "Sağlıklı beslenme" veya "saf beslenme" tanımı, belirli ayrıntıları değişebilen bir diyet teorisi veya inanç yapısını içerir. ON'li bireyler "sağlıklı" yiyecekleri genellikle saf, temiz, organik, doğru, düzgün, doğal, güvenli olarak tanımlarken; "sağlıksız" yiyecekleri ise işlenmiş, katkı maddesi eklenmiş, hazırlanmış, işleme tabi tutulmuş, toksik, kirlenmiş olarak nitelendirirler ve bu tür yiyeceklerin bireyin sağlığı için zararlı sonuçlar doğuracağını düşünmektedirler. Ayrıca, sağlıklı ve sağlıksız kavramları, etkilenen bireye (geçmişi/kültürü/bilgisi/hayatındaki anı) veya diyet eğilimlerine ve kültürlerine göre başka anlamlar da alabilmektedir.

3. Ortoreksiya Nervoza, bireyin iyilik halinde azalma ile ilişkili bir ruh sağlığı bozukluğudur ve DSM-5-TR'nin "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" kategorisine girmektedir.

4. ON'li bireyler duygusal sıkıntı, kaygı (sağlıksız olduğuna inandıkları yiyeceklerle karşılaştıklarında ve bunları yediklerinde zarar görebileceklerinden korktuklarında), dikkat ve konsantrasyon sorunları (bir birey bütün gün sağlıklı beslenmeyi düşünüyorsa) ve sağlıklı beslenememenin bir sonucu olarak suçluluk duygusu yaşamaktadırlar.

5. ON'de, bireyin kendi kendine koyduğu diyet kurallarına uyması, bireyin öz değerlendirmesi üzerinde uygun olmayan bir etkiye sahiptir.

A2. Süre

6. Semptomlar en az son 6 aydır mevcut olmalıdır. Ancak, sağlıkta (bkz. Kriter B10) veya psikososyal işlevsellikte ciddi bir bozulma varsa, tanı sadece 3 ay sonra konulabilir.

B. Sonuçlar

7. ON ile ilgili davranış, sağlık durumunu (hem fiziksel hem de ruhsal sağlık) ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, beslenme açısından dengesiz bir diyetle yol açan yeme alışkanlıklarının bozulmasını içermektedir.

8. ON, bireyin eğitim, iş veya sosyal yaşamı üzerinde olumsuz etkisi olan duygusal (örn. sağlıksız olduğu düşünülen yiyecekleri yedikten sonra suçluluk duyma), bilişsel (örn. dikkat ve konsantrasyon sorunları) ve/veya sosyal (örn. sosyal dışlanma) sonuçları içermektedir.

9. Beslenmeye aşırı zaman ayırmaları (yemek hakkında okuma, edinme ve/veya hazırlama) sonucunda, ON psikososyal ve kişisel işleyişin diğer önemli alanları üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir.

10. ON'li bireyleri karakterize eden besin seçiciliği, beslenme yetersizliklerine (örneğin; anemi, aşırı vücut ağırlığı kaybı, global veya selektif malnütrisyon ve hormonal bozukluklara) neden olabilmektedir.

11. ON'de görülen katı beslenme kuralları, en azından Batı ülkelerinde sağlıklı olma yönündeki sosyokültürel ideallerle örtüşen düşük vücut ağırlığına veya zayıf ve

kaslı beden ideallerine büyük ölçüde benzeyen bir görünüme yol açabilir. Ancak, bu düşük vücut ağırlığı, beden memnuniyetsizliğinin bir sonucu olmaktan ziyade, ON'nin bir yan etkisi veya sonucu olarak değerlendirilmelidir.

C. Ortoreksiya nervoza başlangıcı

12. ON, diğer beslenme ve yeme bozuklukları formlarının gelişimiyle ve/veya bu bozukluklara geçişle ilişkili görünmektedir. ON, diğer beslenme ve yeme bozukluklarından önce ortaya çıkabilir, onlarla birlikte var olabilir (ortorektik tutum, beslenme ve yeme bozuklukları davranışlarını sergilemenin toplumsal olarak daha kabul edilebilir bir yolu olarak görüldüğünde), diğer beslenme ve yeme bozukluklarını takip edebilir (bireyler artık önceki beslenme ve yeme bozuklukları davranışlarını sürdüremediklerinde hatalı bir başa çıkma stratejisi olarak ortaya çıkabilir) ya da AN'den (Anoreksiya Nervoza) etkilenen bireylerin diyetlerini kısıtlamaya devam etmeleri için bir başa çıkma yöntemi olarak hizmet edebilir.

13. İnsanlar, klinik durumlarla ilgili olsun veya olmasın, reçeteli veya kendi kendine reçeteli diyet kurallarının bir sonucu olarak ON geliştirebilirler (örneğin, belirli kısıtlamalar gerektiren kronik/somatik hastalıkları olan kişiler; fibromiyalji, besin alerjileri veya intoleransları gibi kronik bir hastalığı tedavi etmek için uyulması gereken beslenme teorileri arayan bireyler). ON ayrıca bu vakalarda, sıkı bir diyetle ihtiyaç duyulan kronik hastalıklarla başa çıkma mekanizmasını da temsil edebilmektedir (kontrol hissi).

D. Dışlama kriteri

14. Besin seçimi ve/veya besinin diyetten çıkarılması klinik bir diyet reçetesine (örneğin böbrek yetmezliği, obezite, besin alerjileri ve intoleransları) bağlanamaz.

15. Klinik koşullar mevcutsa ve besin seçimini ve/veya dışlamayı motive ediyorsa, ON'nin başlangıcı aşırı, uygunsuz ve standart tıbbi tavsiye ve uygulamaların ötesine geçen bir besin seçimi ve/veya dışlama ile karakterizedir.

16. Besin seçimi ve/veya besinin diyetten çıkarılması ekonomik koşullara, değerlere, kültürel, dini inançlara veya sanrsal fikirlere atfedilemez.

Diğer özellikler ilişkili ve/veya olası risk faktörleri

Kanıtlar her zaman tutarlılık göstermemekle beraber, çalışma ON'yi aşağıdaki maddeler ile ilişkili bulmuştur:

17. Rekabetçi sporlar, atletik performans kaygıları ve yüksek fiziksel egzersiz sıklığı,
18. Diğer beslenme ve yeme bozuklukları ya da zihinsel bozukluk geçmişinin olması,
19. Psiko-somatik sorunlar, hipokondriya, depresif belirtiler ve anksiyete
20. Mükemmeliyetçilik, kontrol hissi, düşük öz değerlendirme, narsisizm, öz eleştiri ve bireyin kendisine aşırı yüksek standartlar koyma eğilimi
21. Yeme davranışları ve/veya fiziksel görünümle alakalı medya, sosyal ağlar, online platformlar tarafından aşırı derecede etkilenme
22. Vegan, vejetaryen beslenme alışkanlıkları
23. Duygusal disregülasyon
24. Üniversite ya da mesleki seçimler (Beslenme ve diyetetik vb.)

Diğer psikiyatrik hastalıklarla ayırıştırıcı tam

25. Ortoreksiya Nervoza ve Anoreksiya Nervoza (AN) arasındaki temel farklılıklar:

- ON varlığında dış görünüş kaygı nedenlerinin merkezinde bulunmamaktadır. Fiziksel görünüme aşırı derecede değer verilmez ve zayıf fiziksel görünüme yönelik bariz bir arayış yoktur.
- Anoreksiya nervozada temel amaç vücut ağırlığı kaybı ya da mevcut ağırlığı sürdürmekken ON'de mümkün olduğunca sağlıklı olmaktır.
- AN'de öz değerlendirme vücut ağırlığı/vücut şekline yönelik olurken; ON'de öz değerlendirme sağlık durumunu iyileştirmek/sağlık için olumsuz sonuçlardan kaçınmak için kişinin kendi kendine koymuş olduğu diyet kurallarına uyma becerisine yöneliktir.
- ON'li bireyler, vücut ağırlığı ve vücut şekline yönelik bir fobinin varlığının farkında olmayabilirler. Bu fobi, bireyde örtük bir tutum olarak ortaya çıkmaktadır.

26. Ortoreksiya Nervoza ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) arasındaki temel farklılıklar:

- ON'de obsesyonlar (aşırı değer verilen fikirler) ve kompulsiyonlar sadece yeme davranışı ve sağlıkla ilgilidir.
- Obsesif-kompulsif bozukluğu olan bireyler ego-distonik obsesyonlar yaşamaktadırlar ve bu istenmeyen düşünce ve dürtüleri görmezden gelmeye veya bastırmaya çalışırlar. Buna karşın ON'li bireyler uygun ve arzu edilir kabul edilen yiyecek/yeme konusunda ego-sintonik obsesyonlar yaşarlar ve bunları görmezden gelmek istemezler.

27. Ortoreksiya Nervoza ve Kaçıngan/ Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu (KKYAB) arasındaki temel farklılıklar:

- KKYAB'de tanı belirteçleri; besin ile ilgili olumsuz bir deneyimin, yemeğe karşı şartlandırılmış olumsuz tepkiye (örneğin boğulma) neden olması sonucu oluşan besin kısıtlamasına bağlı malnütrisyon, düşük vücut ağırlığı ve psikososyal bozukluk, yemeye karşı görünür ilgisizlik veya besinin renk, tat veya doku gibi duyuşal özelliklerine dayalı aşırı seçici yemedir.
- Aksine, ON'de besin kısıtlaması belirli bir besinin sağlıklı olup olmadığı konusundaki endişelerin sonucudur ve malnütrisyon, tanı koydurucu bir belirteç olmaktan ziyade bir sonucu temsil edebilmektedir.
- KKYAB'lı hastalar çok kısa vadeli sonuçlardan (örneğin kusma, boğulma) korkarken ON'li hastalar uzun vadeli sonuçlardan (örneğin diyabet, kanser, yüksek kolesterol) korkmaktadırlar.

2.1.4. Tedavi Yaklaşımları

Ortoreksiya nervoza için tedaviye gerek olup olmadığı ya da tedavi için önerilen müdahale yöntemlerini ON özelinde araştıran çalışma sayısı kısıtlıdır (Walker-Swanton ve ark. 2020). ON tedavisi için genel olarak önerilen ideal tedavi yöntemi hekim, psikoterapist ve diyetisyenin içinde bulunduğu multidisipliner bir ekip çalışmasıdır. Tedavi süreci bu ekibin sağlamış olduğu ilaç, bilişsel-davranışçı terapi, psiko eğitim ve beslenme danışmanlığını içermektedir. İlaç tedavisi için ortoreksiyalı bireylerin ilaçları "doğal olmayan" içeriklerinden dolayı reddedebilecekleri göz önünde bulundurulmalıdır. Psikoterapi sürecinin bireye özgü olması ve uygulanacak olan

müdahalenin yalnızca bireyin yediği besine değil; bu besinin alımı, hazırlanması gibi süreçler ve tüketilen besinlere karşı nasıl hissedildiği konularına değinmesi önerilmektedir (Koven & Wabry 2015).

2.2. Sağlıklı Diyet

Dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kardiyovasküler hastalıklar, kanser, obezite ve bilişsel bozukluklar gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar önde gelen ölüm nedenleri arasına yer almaktadır (WHO 2013). Bulaşıcı olmayan hastalıklarda genetik ve çevresel etmenler bulunmaktadır. Fakat değiştirilebilir yaşam faktörleri önemli bir rol oynamaktadır (Cena & Calder 2020). Dünya Sağlık Örgütü bulaşıcı olmayan hastalık riskinin azaltılması için sigara kullanımı, aşırı alkol tüketimi, sağlıksız diyet düzeni ve fiziksel inaktivite gibi faktörlerin üzerinde durulmasını önermektedir (Budreviciute ve ark. 2020). Bu noktada kişinin diyet düzeni önemli bir rol oynamaktadır. Batı tipi diyet gibi yüksek miktarlarda işlenmiş ve rafine edilmiş besin içeren; doymuş ve trans yağ içeriği yüksek olan ve meyve, sebze, tam tahıllar ve yağlı tohumlardan fakir diyetlerin bulaşıcı olmayan hastalık riskini arttırdığı çalışmalarla kanıtlanmıştır (Clemente-Suárez ve ark. 2023).

Yaygın hale gelmeye başlayan bulaşıcı olmayan hastalıklar bireylerde ‘sağlıklı diyet’ arayışını ortaya çıkarmıştır. Sağlıklı bir diyetin tam tanımı kolay bir şekilde yapılamamakla birlikte yayınlanan kılavuzlar genel olarak sağlıklı bir diyeti sebze ve meyveden zengin; yağ, şeker ve tuzdan fakir bir diyet olarak tanımlamıştır. Sağlıklı diyetler çoklu doymamış yağ asitleri, tam tahıllar ve lif içeriği açısından zengindir. Ayrıca az yağlı ya da yağsız süt ürünleri, balık, baklagiller ve yağlı tohumlar da içermektedir. Diyet, rafine tahıl ve doymuş yağ asitlerini az oranlarda bulundurmaktadır (de Ridder ve ark. 2017).

Hastalık riskini azaltmaya yönelik olarak bir takım diyet modelleri geliştirilmiştir. Bunlar arasında Akdeniz Diyeti, Nörodejeneratif gecikme için Akdeniz-DASH Müdahalesi (MIND) (Locke ve ark. 2018) ve Hipertansiyonu Durdurmaya Yönelik Diyet Yaklaşımları (DASH) (Campbell 2017) diyetleri faydaları açısından kabul gören diyet modelleri arasındadır. Akdeniz ve DASH diyetleri meyve ve sebzeden zengin ve glisemik yükü düşük diyet modelleridir. Diyetler içerdikleri besinler sebebiyle antioksidan içerik açısından zengindir (Critselis & Panagiotakos 2020). MIND, Akdeniz diyeti ve DASH diyetinin bir birleşimi olup zihinsel işlev üzerinde

iyileştirici etkileri olduğu kanıtlanmış besinlerin diyetle eklenmesiyle geliştirilmiştir. Diyetle yeşil yapraklı sebzeler, kırmızı meyveler, sızma zeytinyağı, sert kabuklu kuruyemişler, tam tahıllı besinler ve düşük yağlı protein kaynakları üzerinde durulmaktadır (Liu ve ark. 2021). Genel ilkeler noktasında birbirleriyle benzerlik göstermekle birlikte besin/besin gruplarında günlük tüketim miktarları açısından farklılıklar yer almaktadır. Bu miktarlar aşağıda (Tablo 2.1) gösterilmiştir (Cena & Calder 2020):

Tablo 2-1: Akdeniz diyeti, MIND ve DASH diyet modellerinin besinsel içerikleri

| Diyet içeriği | Akdeniz diyeti | MIND | DASH |
|---|--|--|---|
| Meyveler | 1-2/ öğün | Kırmızı meyveler ≥2 porsiyon/hafta | 4-5 porsiyon/gün |
| Sebzeler | ≥2 porsiyon/ öğün | Yeşilli yapraklı sebzeler: ≥6 porsiyon/hafta Diğer: ≥1 porsiyon/gün | 4-5 porsiyon/gün |
| Tahıllar | 1-2 porsiyon/öğün | ≥ 3 porsiyon/gün | 7-8 porsiyon/gün |
| Süt ve Süt Ürünleri | Az yağlı: 2 porsiyon/gün | Peynir: <1 porsiyon/hafta Tereyağı: <1 kaşık/gün | Az yağlı ya da yağsız: 2-3 porsiyon/gün |
| Yağlı tohumlar, sert kabuklu yemişler, kurubaklagiller | Zeytin/sert kabuklu kuruyemişler/ yağlı tohumlar: 1-2 porsiyon/gün Kurubaklagiller: ≥ | Sert kabuklu kuruyemişler: ≥5 porsiyon/hafta Fasulyegiller: >3 porsiyon/hafta | 4-5 porsiyon/hafta |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | 2 porsiyon/hafta | | |
| Kırmızı et, kümes hayvanı etleri | Kırmızı et: <2 porsiyon/hafta | Kırmızı et: <4 porsiyon/hafta | |
| | İşlenmiş et: ≤1 porsiyon/hafta | Kümes hayvanı etleri: ≥2 porsiyon/hafta | Yağsız protein: ≤2 porsiyon/gün |
| | Beyaz et: 2 porsiyon/hafta | | |
| Balık/su ürünleri | ≥2 porsiyon/hafta | ≥1 porsiyon/hafta | Yağsız protein: ≤2 porsiyon/gün |
| Yağlar | Zeytinyağı: 1-2 porsiyon/öğün | Temel yağ kaynağı olarak zeytin yağı kullanılmaktadır | 2-3 porsiyon/gün |
| Şekerler, tatlılar | ≤2 porsiyon/hafta | Hamur işleri ve tatlılar: <5 porsiyon/hafta | ≤5 porsiyon/hafta |
| Diğer | Yumurta: 2-4 porsiyon/hafta Patates: ≤3 porsiyon/hafta | Kızartılmış besin ya da fast food: <1 porsiyon/hafta | Sodyum: <2300 mg/gün |
| Alkol | Şarap: İlimli ölçüde | 1 bardak/gün | Kadınlar: ≤1 içecek/gün Erkekler: ≤2 içecek/gün |

mg: miligram

2.3. Akdeniz Diyeti

Akdeniz Diyeti (AD), ilk kez 1960'lı yıllarda Ancel Keys tarafından tanımlanmıştır (Kiani ve ark. 2022). Akdeniz diyeti nişasta içermeyen sebzeler,

baklagiller, meyveler, yağlı tohumlar, süt ürünleri ve rafine edilmemiş tahıllardan zengin olmasıyla karakterizedir. Akdeniz diyetinde besinin hazırlanması ve pişirilmesi sürecinde temel olarak zeytinyağı kullanılmaktadır. Bu sebeple zeytinyağı diyetin ana yağ kaynağıdır. Peynir az miktarda ve genellikle salataların içinde kullanılmaktadır. Öğünlerle birlikte düşük ya da orta düzeylerde şarap tüketimi mevcuttur. Kırmızı et, süt ve yumurta az miktarlarda ve çok sık olmayacak şekilde tüketilmektedir. İşlenmiş et diyetin içeriğinde yer almamaktadır. Şeker ya da bal içeren besinler ise haftada birkaç defa tüketilmektedir. Akdeniz diyeti yalnızca tüketilen besini değil; sebze ve meyvelerin mevsiminde tüketilmesi ve işlenmiş besin içermemesi gibi unsurları da kapsamaktadır (Bonofiglio 2022; Guasch-Ferré & Willett 2021).

Akdeniz tipi diyet türüyle beslenmenin yalnızca Akdeniz bölgesinde değil farklı coğrafyalarda yaşayan kişiler için de sağlık faydalarının olabileceği çalışmalarda kanıtlanmıştır (Galbete ve ark. 2018; Martini 2019). Akdeniz diyetine uyum arttıkça genel ölüm oranının ve KVH, koroner arter hastalığı (KAH), genel kanser insidansı, nörodejeneratif hastalıklar ve diyabet gibi kronik hastalıkların riskinin azaldığı tespit edilmiştir (D'Alessandro & De Pergola 2018; Dinu ve ark. 2017). Amerikan Kalp Derneği ve Amerikan İnme Derneği tarafından yayımlanan kılavuzda inme durumunun önlenmesi için Akdeniz tipi diyet önerilmektedir (Kleindorfer ve ark. 2021). Yapılan bir çalışmada Akdeniz tipi diyete uyumun algılanan yaşam kalitesiyle lineer bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir (Godos ve ark. 2019). Akdeniz diyetinin obezite ile ilişkisi de incelenmiştir. 2023 senesinde yayınlanan bir derlemede AD'nin diğer diyet türlerine kıyasla daha düşük vücut ağırlığı ve beden kütle indeksi ile ilişkisi olduğu ve AD'nin daha düşük obezite riski ile ilişkisi vurgulanmıştır (Dominguez ve ark. 2023).

Akdeniz diyetinin sağlıklı diyet profiline uyması ve ortoreksiyanın sağlık temelli bakış açısı olması, ortoreksiya varlığında bu diyet modeline uyum oranının daha fazla olup olmadığı sorusunu uyandırmıştır. Sporcular üzerinde yapılan bir çalışmada ortoreksik davranışların AD'ye uyumla ilişkili olduğu bulunmuştur (Martinovic ve ark. 2022). Başka bir çalışmada da ortoreksik davranışlar gösteren bireylerde AD'ye uyumun daha fazla olduğu gösterilmiştir. Çalışma kontrol grubuyla anlamlı bir ilişki bulamamakla beraber ortoreksiya varlığında sağlıklı bir diyet olarak bilinen AD'ye yönelim olabileceğini göstermiştir (Strahler ve ark. 2018).

2.4. Fiziksel Aktivite ve Vücut Kompozisyonu

Enerji harcanmasını gerektiren ve iskelet kasları tarafından gerçekleştirilen her türlü vücut hareketine fiziksel aktivite denmektedir. Egzersiz ise fiziksel iyilik durumunun iyileştirilmesi ya da sürdürülmesi amacıyla yapılan planlı, yapılandırılmış tekrarlı fiziksel aktivitelere denmektedir (WHO,2020b).

Egzersiz aerobik (dayanıklılık, kardiyo), anaerobik (direnç), denge ve esneklik egzersizleri olarak farklı türlere ayrılmaktadır. Aerobik egzersiz vücutta büyük kas gruplarının sürekli, ritmik ve tekrarlayıcı hareketidir. Aerobik egzersiz, derin nefes alımına ve dokunun yeteri düzeyde oksijenlenmesi için kalbin daha fazla kan pompalamasına sebep olmaktadır. Aerobik egzersizlere koşma, yüzmeye, bisiklet sürme gibi aktiviteler örnektir. Anaerobik egzersiz, kas kuvveti ve kütesinin artırılması amacıyla genellikle mekanik olarak desteklenerek kas gücünün kullanılmasıdır. Anaerobik egzersizlere sprint koşu, ağırlık kaldırma örnektir. Denge egzersizleri düşmelerin engellenmesi için önemli olup, ileri yaşlardaki bireyler için özellikle önerilmektedir. Denge egzersizlerine tek ayak üstünde durma, topuk-burun yürüyüşü örnektir. Esneklik egzersizlerinde kas, eklem ve bağların hareketlerinin iyileştirilmesi amaçlanmaktadır. Yoga, Thai Chi esneklik egzersizlerine örnektir (National Institute on Aging, 2025; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014; Siddiqui vd., 2010).

Fiziksel aktivite, sağlık faydaları açısından önemli bir rol oynamaktadır. Fiziksel aktivitenin metabolik ve kronik hastalıkların önlenmesi ve tedavisi süreçlerinde önemi çalışmalarda kanıtlanmıştır (Bonofiglio 2022). Sedanter davranış biçimi metabolik sendrom ve obeziteyle ilişkilidir (De Rezende vd., 2014). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından fiziksel aktivitenin tüm sebeplerden kaynaklanan mortalite oranlarını, KVVH'dan kaynaklanan ölümleri, hipertansiyon (HT), Tip 2 DM ve mesane, kolon, meme gibi kanser insidansını azaltabileceği; ayrıca, ruhsal sağlık üzerine olumlu etkiler sağlayabileceği bildirilmiştir. DSÖ tarafından yayınlanan kılavuzda sağlık yararlarının görülebilmesi için yetişkinlerin haftada en az 150-300 dakika orta yoğunlukta ya da 75-150 dakika yüksek yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite veya bunların eşdeğer bir kombinasyonu önerilmektedir (WHO,2020b).

Fiziksel aktiviteyle ilişkili olarak bir diğer unsur da vücut kompozisyonudur. Vücut kompozisyonu temel olarak su, yağ ve protein ve minerallerden oluşmaktadır

(Borga ve ark. 2018). Vücut kompozisyonunun değerlendirilmesinde ve belirlenmesinde farklı yöntemler kullanılmaktadır. Her yöntemin çeşitli olumlu ya da olumsuz tarafları bulunmaktadır. Vücut kompozisyonunun değerlendirilmesine yönelik yöntemler Tablo 2.2’de gösterilmiştir (Kuriyan, 2018):



Tablo 2-2: Vücut kompozisyonu ölçüm yöntemleri

| Yöntemler | Ölçüm şekli | Olumlu-olumsuz yönleri |
|---|---|--|
| Beden Kütle İndeksi (BKİ) | Vücut ağırlığının (kilogram) boyun (metre) karesine bölünmesiyle hesaplanmaktadır. | Kolay ve ucuz olması dolayısıyla tercih edilmektedir. Belirli BKİ bir aralığında vücut kompozisyonu yaşa, cinsiyete ve etnisiteye göre değişiklikler göstermektedir. BKİ vücut kompozisyonun fiziksel olarak dağılımına duyarlı değildir. |
| Bel Çevresi Ölçümü | En alt kaburga kemiğiyle iliak çıkıntının arasının orta noktası ölçülmektedir. | Visseral obezitenin değerlendirilmesi için iyi bir yöntemdir. Önerilen eşik değerler etnisiteye göre farklılık gösterebilmektedir. |
| Bel-kalça Oranı | Bel çevresinin kalça çevresine bölünmesiyle hesaplanmaktadır. | Vücut yağının temel olarak nerede depolandığının tespit edilmesi amacıyla uygulanmaktadır. Özellikle vücut yağının artmasıyla birlikte iç yağlanmanın değerlendirilmesi hususunda doğru ölçüm gücü azalmaktadır. |
| Deri Kıvrım Kalınlığı Ölçümleri | Biceps, triceps, subskapular ve suprailiak gibi bölgelerde uygulanır. Deri altı yağının ölçülmesi için kullanılmaktadır. Ölçüm için kaliper kullanılmaktadır. Vücut yoğunluğunun tahmini sonucunun dönüştürme formüllerinin kullanılmasıyla vücut yağı değerleri elde edilmektedir. | Tutarlı sonuçlar vermekle birlikte ölçümü yapan kişi, kullanılan kaliper cihazının türü ve kullanılan formüle göre sonuçlar değişiklik gösterebilmektedir. |
| Biyo-elektrik İmpedans Analizi (BİA) | Düşük şiddette verilen bir elektrik dalgasının, geçirgenliklerindeki farklılıklardan dolayı yağ, su ve kas dokusundan geçişi sırasındaki dirence göre vücut kompozisyonunun ön görülmesi ilkesine dayanmaktadır. | Kolay, hızlı ve mevcut bazı yöntemlere kıyasla daha ekonomik olması sebebiyle tercih edilmektedir. Fiziksel aktivite, beslenme durumu ve hidrasyon seviyesi gibi bireysel farklılıklardan dolayı ölçüm hataları görülebilmektedir. |

Tablo 2-2: Vücut kompozisyonu ölçüm yöntemleri (Devamı)

| Yöntemler | Ölçüm şekli | Olumlu-olumsuz yönleri |
|---|--|--|
| Hidrodansitometri (Sualtı tartımı) | Suyun kaldırma kuvveti prensibine dayanmaktadır. Vücudun tamamen suya daldırılması sonrası yeri değiştirilen suyun ölçülmesiyle vücut yoğunluğu bulunmaktadır. | Tutarlı doğru sonuçlar vermektedir. Ölçüm ekipmanları pahalı, ölçüm süreci karmaşık ve zaman alıcı olabilmektedir. |
| Hava Deplasman Pletismografisi | Sualtı tartım yöntemiyle benzerlik göstermektedir. Kapalı bir bölmeye konan bireyin bölmenin hacminin değişimi sonucunda yeri değişen havanın ölçülmesiyle vücut yoğunluğu hesaplanmaktadır. | Elde edilen verilerin doğruluğu sualtı tartım yöntemiyle benzerlik göstermektedir. Fakat ölçümün yapılması için gerekli olan cihaz pahalıdır ve yaygın olarak bulunmamaktadır. |
| İzotop Seyreltme Yöntemi (Hidrometri) | Yöntem seyreltme prensibine dayanmaktadır. İnsanlarda vücut ağırlığının %40-60'nın sudan oluşması ve bunun temel olarak yağsız kütle içerisinde bulunması sebebiyle bireye verilen izotop aracılığıyla yağsız kütleinin ölçülmesini esas almaktadır. | Doğru, tutarlı sonuçlar vermektedir. İzotopların teminatı maliyetli olabilmektedir. Sonuçların analizi teknik uzmanlık gerektirmektedir. |
| Çift Enerjili X-ışını Absorpsiyometrisi (DEXA) | İki X-ışını enerjisi kullanılarak vücut yağı, vücut kası ve toplam vücut kemik minerali ölçümü yapmaktadır. Çalışma ilkesi X-ışınlarındaki zayıflamanın dokular boyunca farklılık göstermesine dayanmaktadır. | Hızlı sonuç vermektedir. Teknik beceri ve hazırlık gerektirmez. Fakat yöntem kemik üzerindeki ve kemiksiz doku üzerindeki yağ miktarını eşit olarak varsaydığı için vücut yağının hesaplanması konusunda hatalar olabilmektedir. Ayrıca yağsız yumuşak dokudaki hidrasyon oranı yaş, cinsiyet gibi faktörlerden etkilenmektedir. Yöntem bunu sabit olarak varsaydığı için bu yöntemin bir limitasyonu olarak kabul edilmektedir. |

Tablo 2-2: Vücut kompozisyonu ölçüm yöntemleri (Devamı)

| Yöntemler | Ölçüm şekli | Olumlu-olumsuz yönleri |
|--|---|--|
| Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Bilgisayarlı Tomografi Vücut Kompozisyonu (BTBC) | X-ışını projeksiyonları kullanılarak vücudun üç boyutlu görüntüleri elde edilmektedir. X-ışınlarının yağsız yumuşak doku ve adipoz dokudaki zayıflama farklılıkları kullanılarak bu dokular ayırt edilebilmektedir. | Tam vücut kompozisyonu analizi yapılmasına fırsat vermektedir. Pahalı ve nispeten yüksek radyasyon seviyesi sebebiyle yaygın değildir. |
| Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) | Vücut güçlü bir manyetik alana yerleştirilerek sinyaller toplanır, BT'deki gibi vücudun görüntülenmesi sağlanmış olur. Yöntem dokular arasındaki gevşeme süresi farklılığına dayanmaktadır. | Radyasyon olmadığı için BT'ye kıyasla daha avantajlıdır. Cihaz pahalıdır. Elde edilen görüntünün kalitesi bireyin işlem esnasındaki hareketinden dolayı bozulabilir. |
| Tüm Vücut Potasyum Sayacı | Vücutta yağsız dokudaki potasyum miktarı sabit oranda bulunmaktadır. Vücuttaki gama emisyonlarının sayılarak toplam potasyum miktarının ölçülmesiyle, yağsız kütle hesaplanmaktadır. | Ölçümün hidrasyon seviyesinden etkilenmemesi ve radyasyon maruziyeti riski bulunmamasından dolayı hamile bireylerde kullanılan bir yöntemdir. |

BIA farklı dokuların farklı elektrik geçirgenlikleri olması ilkesine dayanan non-invaziv bir vücut kompozisyonu ölçüm yöntemidir. Yöntemde düşük yoğunlukta olan bir elektrik akımının verilmesi sonrasında bu akımın dokulardan geçişi sırasında oluşan direnç değerlendirilmektedir (Popiolek-Kalisz & Szczygiel 2023). Ölçüm sonucunda iyi bir geçirgen olması sebebiyle toplam su miktarı bulunmaktadır ve buradan da yağ kütlesi hesaplanmaktadır. Ölçümden yağ kütlesi, toplam su miktarı, metabolik doku ve mineral içeriği verileri elde edilebilmektedir (Borga ve ark. 2018).

Fiziksel aktivite ve diyetin vücut kompozisyonu üzerinde de etkisi olmaktadır. Randomize kontrollü bir çalışmada yalnızca hipokalorik diyet uygulayan bireylere kıyasla, diyetle beraber orta düzeyde egzersiz yapan bireylerin vücut yağ oranı daha az bulunmuştur (Hernández-Reyes ve ark. 2019).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

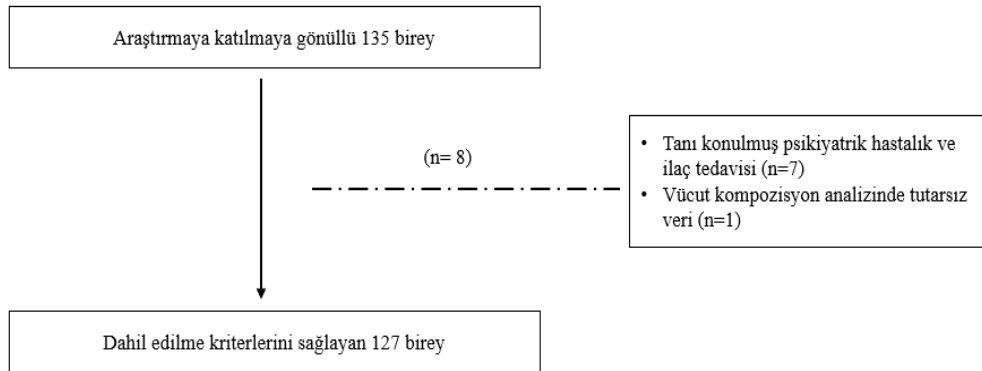
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma 22.01-31.12.2024 tarihleri arasında, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinde yürütülmüştür. Araştırma için İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığından akademik kurul kararı ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 12/01/2024 tarihli ve 2389454 sayılı yazı ile onay yazısı alınmıştır (EK-1). Ayrıca araştırmaya fakülte uzmanlık öğrencileri dahil olacağından fakülte dekanlığından da 28/11/2023 tarihli 2279500 sayılı onay yazısı alınmıştır (EK-2). Araştırma sürecinde araştırma başlığındaki değişim (EK-3) ve veri toplama süresinin uzaması (EK-4) sebebiyle etik kuruldan revizyon için tekrar onay alınmıştır (sırasıyla 08/03/2024 tarihli 2472265 sayılı; 27/07/2024 tarihli 2757253 sayılı yazılar).

3.2. Araştırmanın Örneklem Seçimi

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün bulunabilmesi için G* Power 3.1.9.2 programı kullanılmıştır (Faul ve ark. 2007). Araştırmanın etki büyüklüğü 0,222 olarak hesaplanmış ve 612 evren büyüklüğünde %80 güç ve %95 güven aralığına ulaşmak için en az 127 katılımcıya ulaşılması hedeflenmiştir.

Araştırmaya 135 gönüllü katılmayı kabul etmiş olup belirtilen dışlama kriterleri (7 kişi) (Tablo 3.1) ve veri tutarsızlığı (1 kişi) sebebiyle 8 kişi araştırmadan çıkarılmıştır (Şekil 3.1). Araştırmaya 77 kadın ve 50 erkek olmak üzere 127 araştırma görevlisi dahil edilmiştir.



Şekil 1: Araştırmanın veri toplama süreci

3.3. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.4. Araştırmanın Genel Planı

22.01.2024 tarihinden bireyler araştırmaya davet edilmeye başlanmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri şu şekildedir:

- 1) 18-65 yaş arasında olmak
- 2) Bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalamış olmak (Form-1)
- 3) Araştırmadaki ölçekleri eksiksiz doldurmuş olmak
- 4) Tıp fakültesi araştırma görevlisi olmak.

Gönüllüde aşağıdaki tabloda (Tablo 3.1) açıklanmış olan dışlanma kriterlerinden herhangi birinin olması durumunda alınan veri araştırmaya dahil edilmemiştir.

Tablo 3-1: Araştırmanın dışlama kriterleri

-
1. Yeme davranışlarını etkileyecek düzeyde bir psikiyatrik bozukluk ya da nörolojik bozukluk olması
 2. Bilişsel faaliyetleri etkileyecek düzeyde bir psikiyatrik bozukluk, nörolojik bozukluk, kafa travması öyküsü, alkol-madde kullanım bozukluğu olması
 3. Yeme davranışlarını etkileyebilecek fiziksel ve/veya tıbbi durumların olması (Gebelik, postpartum dönem, son 5 yıl içinde gastrointestinal sistemin bütünlüğünü bozan cerrahi girişim, kontrol altında olmayan endokrinolojik bozukluklar)
 4. Akut ve kronik hasta olması (Diyabet, kronik böbrek hastalığı, kardiyovasküler hastalıklar, kanser vb.)
 5. İştahı etkileyen ilaç kullanımı (Kortikosteroid, antipsikotik vb.)
 6. 65 yaşından daha büyük olmak
 7. Bilgilendirilmiş onam formunu imzalamamış olmak
-

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan ve gönüllü onam formunu imzalayan araştırma görevlilerinden Kişisel bilgi formu, Teruel Ortoreksiya Ölçeği, Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Formunu içeren anketi doldurmaları istenmiştir (Form-2). Gönüllü katılımcıların İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları BD'na ait BIA cihazı (TANITA MC-780MA-N) ile ölçülerek vücut kompozisyonu analizleri (kas/yağ/sıvı/yağsız kütle yüzdeleri ve miktarları, iç yağlanma) ve antropometrik ölçümleri [bel çevresi (cm), kalça çevresi (cm)] alınmıştır. Araştırmaya katılım, anketin doldurulması, vücut kompozisyonu analizi ve antropometrik ölçümlerin alınmasıyla birlikte toplamda yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.5. Veri Toplama Araçları

Etik kurul onayının alınmasından sonra, veriler katılımcılardan anket ve Biyo-Elektrik Empedans Analizi cihazı yoluyla yüz yüze olarak alınmıştır.

Araştırma kapsamında katılımcılara yönelik verilerin elde edilmesinde Kişisel Bilgi Formu, Teruel Ortoreksiya Ölçeği (TOÖ), Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği (MEDAS) ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ)-Kısa Form ve BIA cihazı kullanılmıştır.

Mevcut araştırmada Teruel Ortoreksiya Ölçeği (TOÖ) için hesaplanan Cronbach α katsayısı 0,897 olarak bulunmuştur. Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği (MEDAS) için elde edilen Cronbach α değeri ise 0,863 olup, bu ölçeğin de bireylerin Akdeniz diyetine uyum düzeylerini güvenilir bir şekilde ölçtüğünü göstermektedir.

Ölçekler ve anket için gerekli izinler alınmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formunda araştırma görevlilerinin sosyodemografik (cinsiyet, yaş, hastanede görev alınan bölüm, medeni durum, birlikte yaşanan kişi/kişiler, çocuk sahibi olma durumu) ve yaşam tarzı özelliklerine ait (fiziksel/psikiyatrik hastalık durumu, katılımcının ve aile üyelerinin diyet yapma durumu, diyetisyene gidilmesi, geçirilen operasyon, kullanılan ilaç ve besin takviyesi, sigara/alkol tüketim durumu ve sıklıkları) bilgileri çoktan seçmeli veya açık uçlu soru olarak sorulmuştur. Araştırmada katılımcıların çalışmış oldukları anabilim dalları klinik/temel tıp bilimleri ve İç

hastalıkları/ İç Hastalıkları Dışı olmak üzere ayrıca kategorize edilmiştir. Buna göre anabilim dalları;

- İç Hastalıkları: Klinik
- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları: Klinik- İç Hastalıkları Dışı
- Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji: Klinik- İç Hastalıkları dışı
- Deri ve Zührevi Hastalıklar: Klinik- İç Hastalıkları Dışı
- Kardiyoloji: Klinik- İç Hastalıkları Dışı
- Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp: Klinik- İç Hastalıkları Dışı
- Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları: Klinik- İç Hastalıkları Dışı
- Tıbbi Mikrobiyoloji: Temel Tıp Bilimleri
- Halk Sağlığı: Klinik- İç Hastalıkları Dışı
- Tıbbi Patoloji: Temel Tıp Bilimleri
- Tıbbi Biyokimya: Temel Tıp Bilimleri
- Nöroloji: Klinik- İç Hastalıkları Dışı
- Anatomi: Temel Tıp Bilimleri
- Tıbbi Farmakoloji: Klinik- İç Hastalıkları Dışı
- Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon: Klinik- İç Hastalıkları Dışı olarak sınıflandırılmıştır.

3.5.2. Teruel Ortoreksiya Ölçeği (TOÖ)

Teruel Ortoreksiya Ölçeği, Barrada ve Roncero (2018) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek sağlıklı beslenmeye yönelik inançları ve davranışları; problemlili ve problemlili olmayanlar olarak değerlendirmektedir. Ölçek 4'lü Likert tipi (0= hiç katılmıyorum, 1= biraz katılıyorum, 2= oldukça katılıyorum, 3= kesinlikle katılıyorum) olup 17 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Asarkaya ve Arcan (2021) tarafından 18 yaş ve üzeri kadın ve erkekler üzerinde yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması 16 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin özgün çalışmasında 4. maddede yer alan ve ON alt faktörüne ait olan soru (Sağlıklı olduğunu düşünmediğim yiyecekleri yediğimde kendimi suçlu hissedirim) geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında sağlıklı ortoreksiyaya daha yakın olmakla birlikte iki alt faktöre de yakın değerlerde yüklenmiştir. Bu sebeple bu madde ölçekten çıkarılmıştır. Ölçek sonucunda Sağlıklı Ortoreksiya (1,2,3,5,6,7,10,12 ve 14 numaralı maddeler) ve Ortoreksiya Nervoza (4,8,9,11,13,15 ve 16 numaralı maddeler) olmak üzere iki ayrı puan elde edilmektedir. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Alt boyutların nihai puanları ilgili maddelere verilen yanıtların toplanmasıyla bulunmaktadır. Yapılan faktör analizi sonucunda Cronbach α iç tutarlılık kat sayısı sağlıklı ortoreksiya alt faktörü için 0,86, ortoreksiya nervoza için 0,81 bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar ölçeğin yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu ve Türkiye’de yapılacak olan araştırmalar için güvenilir olduğunu göstermiştir.

Sağlıklı ortoreksiya alt boyutundan alınan yüksek puanlar, sağlıklı beslenmeye karşı olan ilginin patolojik bir durum olmadığını; ortoreksiya nervoza alt boyutundan alınan yüksek puanların ise bu ilginin patolojik bir düzeyde olduğunu göstermektedir (Asarkaya & Arcan 2021).

3.5.3. Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği (MEDAS)

Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği ilk olarak Martínez-González ve arkadaşları (2012) tarafından Akdeniz Diyeti ile Önleme (PREDIMED) çalışmasında kullanılmıştır. Sonrasında oluşturulan anketin geçerlilik çalışması ise Schröder ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmıştır. Ölçekte bireylerin temel yağ tercihi, günlük zeytinyağı tüketimi miktarı, sebze ve meyve porsiyonları, tereyağı veya margarin kullanımı, kırmızı et tüketimi, şekerli veya tatlandırılmış içecek porsiyonları gibi beslenme alışkanlıkları; haftalık şarap, bakliyat, balık/deniz ürünleri, işlenmiş tatlı veya hamur işleri, fındık ve soslu zeytinyağı tüketimi gibi unsurlar 14 sorudan oluşan bir değerlendirme ile incelenmektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Pehlivanoglu ve arkadaşları (2020) tarafından 18-65 yaş arasında okur yazarlığı olan, çalışmaya engel olacak zihinsel bir engeli bulunmayan 71 kişi üzerinde yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach α

katsayısı 0,829 olarak bulunmuştur. Bu değer ölçeğin Türkçe versiyonunun bireylerin Akdeniz diyetine uyumlarını değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir (Özkan Pehlivanoglu ve ark. 2020).

Tüketim miktarına göre sorulan her soru için 1 ya da 0 puan alınmakta olup, toplam puanın hesaplaması yapılmaktadır. Toplam puanın 7 ve üzerinde olması bireyin Akdeniz diyetine kabul edilebilir derece uyumunun olduğunu, 9 ve üzerinde olması ise bireyin Akdeniz diyetine sıkı uyumunun olduğunu göstermektedir. Anket sonucunda hastanın Akdeniz tipi beslenme alışkanlığına sahip olduğu ya da olmadığı öğrenilmektedir.

3.5.4. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ)-Kısa Form

IPAQ 1998 yılında farklı ülkelerden araştırmacılar tarafından DSÖ ve Hastalığın Kontrolü ve Korunma Merkezi (CDC)'nin desteği ile geliştirilmiştir. Anketin geçerlik ve güvenilirlik çalışması ilk kez 12 ülkede yer alan 14 merkezde gerçekleştirilmiştir (Craig ve ark. 2003).

Anketin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öztürk (2005) tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 18-32 yaş arasındaki 721 kız ve 376 erkek olmak üzere toplamda 1097 üniversite öğrencisi katılmıştır. Anketin test tekrar güvenilirliğinin korelasyon katsayısı $r=0,69$, kriter geçerliği ise $r=0,30$ olarak saptanmıştır. Bu değerler anketin Türkçe versiyonunun fiziksel aktivite düzeyinin belirlenmesinde geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir (Öztürk 2005).

Anketin 7 soruluk kısa formunda; son 7 gün içerisinde yüksek şiddetli, orta şiddetli ve yürüyerek geçirilen süre hakkında bilgi vermektedir. Ankette bir günde oturularak geçirilen süre ayrı bir soru olarak sorulmaktadır. Fiziksel aktivite skorlamasında yer almamaktadır. IPAQ verilerinin analizi için metabolik değer (MET) skorları kullanılmaktadır. MET skorları;

- Yürüme için 3.3 MET
- Orta şiddetli fiziksel aktivite için 4.0 MET
- Şiddetli fiziksel aktivite için 8 MET olarak alınmaktadır.

Yapılan aktivitenin süresi (dakika), frekansı (gün) ve MET skorunun çarpılmasıyla fiziksel aktivite skoru elde edilmektedir. Her bir fiziksel aktivite

kategorisi için elde edilen değerlerin toplanmasıyla toplam fiziksel aktivite skoru hesaplanmaktadır. Elde edilen sayısal verilerle fiziksel aktivite kategorisel olarak da sınıflandırılmaktadır. Buna göre fiziksel aktivite;

İnaktif (Kategori 1): Fiziksel aktivitenin en düşük olduğu seviyedir. Kategori 2 ve 3 için gerekli olan kriterlerin karşılanmadığı durumlarda fiziksel aktivite inaktif olarak değerlendirilir.

Orta düzeyde aktif (Kategori 2): Aşağıda belirtilen kriterlerden herhangi birinin karşılanması durumunda fiziksel aktivite orta düzey olarak sınıflandırılmaktadır:

- Yüksek şiddetli fiziksel aktivitenin 3 veya daha fazla gün, günde en az 20 dakika yapılması,
- Orta şiddetli fiziksel aktivitenin 5 veya daha fazla gün, günde en az 30 dakika yapılması,
- 5 veya daha fazla gün yapılan yüksek şiddetli, orta şiddetli ve yürüme fiziksel aktivitelerinin tümünün minimum 600 MET-dakika/haftayı sağlaması

Çok aktif (Kategori 3): Aşağıda belirtilen kriterlerden herhangi birinin karşılanması durumunda fiziksel aktivite çok aktif olarak sınıflandırılmaktadır:

- Yüksek şiddetli fiziksel aktivitenin en az 3 gün olmak üzere minimum 1500 MET-dakika/haftayı sağlaması,
- 7 veya daha fazla gün yapılan yüksek şiddetli, orta şiddetli veya yürüme aktivitelerinin tümünün minimum 3000 MET-dakika/haftayı sağlaması (Öztürk,2005)

3.5.5. Biyo-elektrik Empedans Analizi Cihazı ve Antropometrik Ölçümler

Araştırmaya katılan araştırma görevlilerin vücut kompozisyon analizleri BIA cihazı (TANITA MC-780MA-N) kullanılarak alınmıştır. Cihaza kişinin boy uzunluğu (m) girilmiştir. Analiz sonucunda bireylerin vücut ağırlığı (kg); kas, yağ, sıvı ve yağsız miktarlarının kütle (kg) ve yüzdeleri; iç yağlanma puanı alınmıştır. Beden Kütle İndeksi (BKİ) cihaz tarafından hesaplanmış olup sonuçları DSÖ tarafından hazırlanmış olan BKİ sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir (WHO 2010). Beden kütle indeksi değeri;

- $<18,5 \text{ kg/m}^2$ olan bireyler zayıf,
- $18,5 \text{ kg/m}^2$ ile $24,9 \text{ kg/m}^2$ arasında olan bireyler normal,
- $25,0 \text{ kg/m}^2$ ile $29,9 \text{ kg/m}^2$ arasında olan bireyler pre-obeziteli,
- $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$ olan bireyler obeziteli olarak değerlendirilmiştir.

Antropometrik ölçümlerde mezura yardımıyla kişinin bel (cm) ve kalça çevresi (cm) ölçümleri alınmıştır.

3.6. Verilerin İstatiksel Olarak Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 (IBM Corp. 2013) istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılanların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım testleri aşağıdaki tabloda (Tablo 3.2) gösterilmiştir. Korelasyon analizinde non-parametrik veriler varlığında Spearman; parametrik verilerde Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. İki bağımsız grupta istatistiksel anlamlılık non-parametrik veriler varlığında Mann Whitney U testi, parametrik verilerde Bağımsız Gruplar T testi ile analiz edilmiştir. Tüm sonuçlarda $p < 0.05$ olduğunda anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 3-2: Araştırma değişkenlerinin normal dağılım testleri

| | Kolmogorov-Smirnov | | | Shapiro-Wilk | | |
|--|--------------------|-----|--------|--------------|-----|-------|
| | İstatistik | df | p | İstatistik | df | p |
| Teruel Ortoreksiya Ölçeği | | | | | | |
| Ortoreksia Nervoza | 0,169 | 127 | 0,000 | 0,859 | 127 | 0,000 |
| Sağlıklı Ortoreksiya | 0,069 | 127 | 0,200* | 0,983 | 127 | 0,103 |
| MEDAS Toplam | 0,124 | 127 | 0,000 | 0,971 | 127 | 0,007 |
| Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Form | | | | | | |
| Yüksek Şiddetli Fiziksel Aktivite | 0,368 | 127 | 0,000 | 0,432 | 127 | 0,000 |

| | | | | | | |
|---------------------------------|-------|-----|--------|-------|-----|--------|
| Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite | 0,372 | 127 | 0,000 | 0,510 | 127 | 0,000 |
| Yürüme | 0,201 | 127 | 0,000 | 0,877 | 127 | 0,000 |
| Toplam Fiziksel Aktivite Skoru | 0,164 | 127 | 0,000 | 0,884 | 127 | 0,000 |
| Vücut Kompozisyonu | | | | | | |
| Kas (kg) | 0,120 | 127 | 0,000 | 0,939 | 127 | 0,000 |
| Kas (%) | 0,047 | 127 | 0,200* | 0,986 | 127 | 0,220 |
| Yağ (kg) | 0,072 | 127 | 0,172 | 0,968 | 127 | 0,004 |
| Yağ (%) | 0,048 | 127 | 0,200* | 0,986 | 127 | 0,228 |
| Yağsız Kütle (kg) | 0,114 | 127 | 0,000 | 0,942 | 127 | 0,000 |
| Yağsız Kütle (%) | 0,048 | 127 | 0,200* | 0,986 | 127 | 0,233 |
| Sıvı (kg) | 0,209 | 127 | 0,000 | 0,878 | 127 | 0,000 |
| Sıvı (%) | 0,060 | 127 | 0,200* | 0,988 | 127 | 0,331 |
| İç Yağlanma Oranı | 0,240 | 127 | 0,000 | 0,779 | 127 | 0,000 |
| BKİ | 0,094 | 127 | 0,008 | 0,958 | 127 | <0,001 |
| Bel çevresi (cm) | 0,100 | 127 | 0,003 | 0,955 | 127 | <0,001 |
| Bel-kalça oranı | 0,125 | 127 | <0,001 | 0,934 | 127 | <0,001 |
| Yaş | 0,171 | 127 | <0,001 | 0,838 | 127 | <0,001 |

kg: kilogram; cm: santimetre

3.7. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları

Mevcut araştırmanın en güçlü yanı kullanılan ölçek ve anketlerin araştırma görevlileri grubunda ilk kez birlikte inceleniyor olmasıdır. Bir diğer güçlü yanı da araştırmada Türkiye nüfusu için geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmış anket ve ölçeklerin kullanılmasıdır.

Araştırmanın en önemli sınırlılığı vücut kompozisyon analizinin katılımcılardan standart bir düzeyde alınamamış olmasıdır. Araştırma görevlisi katılımcıların meşgul programları ve yeterli fizibilitenin olmamasından kaynaklı olarak vücut kompozisyonu analizi için gerekli şartlar (ölçümün her katılımcı için benzer saatte alınması, ölçümden en az 3 saat besin ve sıvı tüketilmemesi, 24 saat alkol tüketilmemiş olması, analizden 4 saat öncesine kadar kafeinli içeceklerin tüketilmemesi vb.) sağlanamamıştır. Araştırmada birey tarafından uygulanan diyetin nedeni sorulmadığı için bu

parametrenin bulguları literatürle sağlıklı bir şekilde karşılaştırılmamıştır. Anket cevaplarının katılımcıların öz bildirimine dayalı olması da araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.



4. BULGULAR

4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Mevcut araştırma 77 (%60,6) kadın ve 50 (%39,4) erkek olmak üzere 127 gönüllü araştırma görevlisiyle yürütülmüştür. Katılımcıların yaş ortalaması $27,6 \pm 2,67$ (dağılım aralığı, 24-42) yıl olarak saptanmıştır. Medeni durum açısından katılımcıların %69,3'ü bekar, %30,7'si evlidir. Katılımcıların %65,4'ü aile üyeleri ya da partneriyle yaşarken, %34,6'sı yalnız yaşamaktadır. Çocuğu olanların oranı %7,9 iken, %92,1'inin çocuğu bulunmamaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4-1: Bireylerin sosyodemografik özellikleri

| | Sayı (n=127) Yüzde (%) | |
|---|-----------------------------------|------|
| Yaş (yıl), (Ort \pm SS) | 27,6 \pm 2,67 (Min=24, Maks=42) | |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 77 | 60,6 |
| Erkek | 50 | 39,4 |
| Medeni Durum | | |
| Bekar | 88 | 69,3 |
| Evli | 39 | 30,7 |
| Yaşadığı Kişi | | |
| Yalnız | 44 | 34,6 |
| Aile üyeleri/partner | 83 | 65,4 |
| Çocuk Sahibi Olma Durumu | | |
| Yok | 117 | 92,1 |
| Var | 10 | 7,9 |

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum

Katılımcılar buldukları anabilim dallarına göre değerlendirildiğinde en fazla katılım İç hastalıkları (%47,3), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (%14,2) ve Tıbbi Patoloji (%7,1) bölümlerindedir. Hastane bölümleri açısından değerlendirildiğinde, %52,8'i İç Hastalıkları Dışı, %47,2'si İç Hastalıkları; %82,7'si klinik, %17,3'ü temel tıp bilimlerinde görev yapmaktadır (Tablo 4.2).

Tablo 4-2: Bireylerin hastane bölümlerine göre dağılımı

| | Sayı (n=127) Yüzde (%) | |
|---|------------------------|------|
| Hastane Bölümleri (Anabilim dalları) | | |
| İç Hastalıkları | 60 | 47,3 |
| Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | 18 | 14,2 |
| Tıbbi Patoloji | 9 | 7,1 |
| Tıbbi Mikrobiyoloji | 8 | 6,3 |
| Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji | 5 | 3,9 |
| Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon | 5 | 3,9 |
| Deri ve Zührevi Hastalıklar | 4 | 3,1 |
| Nöroloji | 4 | 3,1 |
| Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp | 4 | 3,1 |
| Anatomi | 3 | 2,4 |
| Kardiyoloji | 2 | 1,6 |
| Tıbbi Biyokimya | 2 | 1,6 |
| Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları | 1 | 0,8 |
| Halk Sağlığı | 1 | 0,8 |
| Tıbbi Farmakoloji | 1 | 0,8 |
| Hastane Bölümleri | | |
| İç Hastalıkları Dışı | 67 | 52,8 |
| İç Hastalıkları | 60 | 47,2 |
| Hastane Bölümleri | | |
| Klinik | 105 | 82,7 |
| Temel Tıp Bilimleri | 22 | 17,3 |

4.2. Bireylerin Yaşam Tarzı Özellikleri

Fiziksel hastalık varlığı %7,1 (n=9) oranında olup en sık bildirilen hastalıklar astım, migren ve polikistik over sendromu'dur. Psikiyatrik hastalık tanısı olduğunu belirtenlerin oranı %9,4'tür (n=12) ve bu grupta en sık anksiyete (n=4), depresyon (n=3) ve panik bozukluk (n=2) görülmüştür. Depresyon tanımlayan katılımcılar sürekli kullanılan ilaç durumuna 'hayır' cevabı vermişlerdir. Geçirilmiş operasyon oranı %26,8'dir (n=34) ve en yaygın operasyon türü tonsillektomidir (n=5). Sürekli ilaç kullanan katılımcı oranı %10,2 (n=13) olup en çok bildirilen ilaçlar arasında oral kontraseptif (n=2) ve tiroid (n=2) ilaçları yer almaktadır. Besin takviyesi kullanan katılımcılar %14,2 (n=18) oranında olup, en sık magnezyum (n=4) ve omega-3 (n=3) türevleri tercih edilmiştir. Diyet yapan katılımcı oranı %8,7 (n=11) olup, sadece %1,6'sında (n=2) diyeti gerektiren hastalık bildirilmiştir. Diyetisyene gidenlerin oranı %3,9 (n=5) iken, daha önce gitmiş ancak şu anda gitmeyenler %15,7'dir (n=20). Ailesinde diyet yapan birey olduğunu belirten katılımcıların oranı %32,3'tür (n=41): %26,8'inin (n=34) kişisel tercih, %5,5'inin (n=7) tıbbi nedenlerle diyet yaptığı belirtilmiştir. Sigara kullanımı %20,5 (n=26) iken, hiç kullanmamış olanların oranı %69,3 (n=88)'tür. Günlük sigara tüketimi ortalaması 11,3±7,92 adet olarak saptanmıştır. Alkol tüketenlerin oranı %37,8 (n=48), daha önce tüketmiş ancak şu anda tüketmeyenler %4,7 (n=6), hiç tüketmeyenler ise %57,5'tir (n=73). Haftalık alkol tüketimi ortalaması 1,1±0,89 gün, alkol birimi ortalaması ise 2,1±2,18 (Med=1; dağılım aralığı, 1-10 birim) birim olarak bulunmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4-3: Bireylerin yaşam tarzı özellikleri

| | Sayı (n=127) | Yüzde (%) |
|---|--------------|-----------|
| Fiziksel Hastalık Durumu | | |
| Hayır | 118 | 92,9 |
| Evet | 9 | 7,1 |
| Tanı Konulmuş Psikiyatrik Hastalık | | |
| Hayır | 115 | 90,6 |
| Evet | 12 | 9,4 |

Geçirilmiş Operasyon

| | | |
|-------|----|------|
| Hayır | 93 | 73,2 |
| Evet | 34 | 26,8 |

Sürekli Kullanılan İlaç Durumu

| | | |
|-------|-----|------|
| Hayır | 114 | 89,8 |
| Evet | 13 | 10,2 |

Besin Takviyesi Kullanımı

| | | |
|-------|-----|------|
| Hayır | 109 | 85,8 |
| Evet | 18 | 14,2 |

Diyet Yapma Durumu

| | | |
|-------|-----|------|
| Hayır | 116 | 91,3 |
| Evet | 11 | 8,7 |

Diyet Gerektiren Hastalık Durumu

| | | |
|-------|-----|------|
| Hayır | 125 | 98,4 |
| Evet | 2 | 1,6 |

Diyetisyene Gitme Durumu

| | | |
|--------------------------------|-----|------|
| Evet, gidiyorum | 5 | 3,9 |
| Hayır, daha önce gitmedim | 102 | 80,3 |
| Hayır, fakat daha önce gittim. | 20 | 15,8 |

Ailede Diyet Yapan Birey Varlığı

| | | |
|-------|----|------|
| Hayır | 86 | 67,7 |
| Evet | 41 | 32,3 |

Ailedeki Bireyin Diyet Yapma Nedeni

| | | |
|----------------|----|------|
| Hayır | 86 | 67,7 |
| Kişisel Tercih | 34 | 26,8 |
| Tıbbi Tedavi | 7 | 5,5 |

Sigara Kullanımı

| | | |
|--------------------------------------|----|------|
| Evet | 26 | 20,5 |
| Hayır, hiç kullanmadım | 88 | 69,3 |
| Hayır, fakat daha önce kullanıyordum | 13 | 10,2 |

Alkol Tüketme Durumu

| | | |
|-------------------------------------|----|------|
| Evet | 48 | 37,8 |
| Hayır, hiç tüketmedim | 73 | 57,5 |
| Hayır, fakat daha önce tüketiyordum | 6 | 4,7 |

4.3. Bireylerin Antropometrik Özellikleri

Katılımcıların antropometrik ölçüm ortalamalarına bakıldığında; vücut ağırlığı ortalaması $67,4 \pm 15,15$ kg, boy uzunluğu ortalaması 170 ± 9 cm, BKİ ortalaması $23,2 \pm 3,61$ kg/m², bel çevresi ortalaması $84,3 \pm 11,47$ cm, bel-kalça oranı ortalaması $0,8 \pm 0,08$ 'dir. Kadınların vücut ağırlığı ortalaması $58,71 \pm 8,65$ kg, boy uzunluğu ortalaması 164 ± 5 cm, BKİ ortalaması $21,67 \pm 2,58$ kg/m²'dir. Erkeklerin vücut ağırlığı ortalaması $80,76 \pm 13,27$ kg, boy uzunluğu ortalaması 178 ± 7 cm, BKİ ortalaması $25,55 \pm 3,71$ kg/m²'dir. Bel çevresi ortalaması kadınlarda $77,8 \pm 6,66$ cm, erkeklerde $94,25 \pm 10,06$ cm; bel/kalça oranı ortalaması kadınlarda $0,77 \pm 0,05$, erkeklerde $0,90 \pm 0,05$ olarak saptanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4-4: Bireylerin antropometrik özellikleri

| | Kadın (n=77) | | | Erkek (n=50) | | | Toplam (n=127) | | |
|-------------------------------|--------------|------|-------------|--------------|-------|-------------|----------------|-------|-------------|
| | Ort | SS | Min-Maks | Ort | SS | Min-Maks | Ort | SS | Min-Maks |
| Vücut Ağırlığı (kg) | 58,71 | 8,65 | 39,9-82,9 | 80,76 | 13,27 | 57,7-114,7 | 67,4 | 15,15 | 39,9-114,7 |
| Boy Uzunluğu (cm) | 164 | 5 | 154-178 | 178 | 7 | 165-190 | 170 | 9 | 154-190 |
| BKİ (kg/m²) | 21,67 | 2,58 | 15,78-29,24 | 25,55 | 3,71 | 18,84-35,01 | 23,2 | 3,61 | 15,78-35,01 |
| Bel (cm) | 77,77 | 6,66 | 65-96 | 94,25 | 10,06 | 76-118 | 84,3 | 11,47 | 65-118 |
| Bel/kalça Oranı | 0,77 | 0,05 | 0,7-1 | 0,90 | 0,05 | 0,81-1 | 0,8 | 0,08 | 0,7-1 |

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum

BKİ: Beden Kütle İndeksi, kg: Kilogram, m: Metre, m²: Metrekare

Araştırmaya katılanların kadınların %81,8'i (n=63) normal, %10,4'ü (n=8) pre-obeziteli, %7,8'i (n=6) zayıf iken, erkeklerin %48'i (n=24) normal, %38'i (n=19) pre-obeziteli, %14'ü (n=7) obeziteli bireylerdir (Tablo 4.5).

Tablo 4-5: Bireylerin BKİ gruplarına göre sınıflandırılması

| | | Kadın (n=77) | | Erkek (n=50) | |
|----------------------------|---------------|--------------|-----------|--------------|-----------|
| | | n | Yüzde (%) | n | Yüzde (%) |
| BKİ Sınıflandırması | Zayıf | 6 | 7,8 | 0 | 0 |
| | Normal | 63 | 81,8 | 24 | 48 |
| | Pre-obeziteli | 8 | 10,4 | 19 | 38 |
| | Obeziteli | 0 | 0 | 7 | 14 |

BKİ: Beden Kütle İndeksi, kg: Kilogram, m: Metre, m²: Metrekare

4.4. Teruel Ortoreksiya Ölçeği, Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği ve Fiziksel Aktivite Anketine İlişkin Puanların Değerlendirilmesi

Katılımcıların Teruel Ortoreksiya Ölçeği Ortoreksiya Nervoza alt boyutu puan ortalaması 3,7±3,50 (Med=3) olarak belirlenmiştir. Sağlıklı Ortoreksiya alt boyutu puan ortalaması 11,5±5,21 (Med=11) olarak bulunmuştur (Tablo 4.6).

Tablo 4-6: Bireylerin Teruel Ortoreksiya Ölçeği alt faktör puanları

| | N | Ort | SS | Min | Maks |
|----------------------|-----|------|------|-----|------|
| Ortoreksiya Nervoza | 127 | 3,7 | 3,50 | 0,0 | 18,0 |
| Sağlıklı Ortoreksiya | 127 | 11,5 | 5,21 | 0,0 | 27,0 |

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum

Katılımcıların MEDAS puan ortalaması ise $6,4 \pm 2,32$ olarak saptanmıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4-7: Bireylerin Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği toplam puanları

| | N | Ort | SS | Min | Maks |
|--------------|-----|-------|-------|-------|--------|
| MEDAS Toplam | 127 | 6.400 | 2.321 | 0.000 | 12.000 |

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum

Katılımcıların Akdeniz diyeti uyumu düzeylerine bakıldığında, %48,8'inin (n=62) Akdeniz diyetine uyumu bulunmadığı, %37,8'inin (n=48) kabul edilebilir düzeyde uyum gösterdiği ve %13,4'ünün (n=17) sıkı bir uyum sağladığı bulunmuştur (Tablo 4.8).

Tablo 4-8: Bireylerin Akdeniz diyeti uyum düzeyleri

| | Sayı (n=127) | Yüzde (%) |
|--|--------------|-----------|
| MEDAS Uyum | | |
| Bireyin Akdeniz Diyetine Uyumu Bulunmamaktadır. | 62 | 48,8 |
| Bireyin Akdeniz Diyetine Kabul Edilebilir Derecede Uyumu | 48 | 37,8 |
| Bireyin Akdeniz Diyetine Sıkı Uyumu | 17 | 13,4 |

Katılımcıların Fiziksel Aktivite puan ortalamalarına bakıldığında, toplam fiziksel aktivite puanı ortalama $1785,47 \pm 1451,69$ (dağılım aralığı, 0-8871) MET-dk/hafta, şiddetli fiziksel aktivite puanı ortalama $385,20 \pm 988,49$ (dağılım aralığı, 0-8640) MET-dk/hafta olarak bulunmuştur. Orta şiddetli fiziksel aktivite puanı $137,48 \pm 309,91$ (dağılım aralığı, 0-2160) MET-dk/hafta, yürüme puanı ise $1255,56 \pm 1097,80$ (dağılım aralığı, 0-4158) MET-dk/hafta olarak belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4-9: Bireylerin fiziksel aktivite puan ortalamaları

| | N | Ort | SS | Min | Maks |
|----------------------------|-----|----------|----------|-------|----------|
| Toplam Fiziksel Aktivite | 127 | 1785,470 | 1451,685 | 0,000 | 8871,000 |
| Şiddetli Fiziksel Aktivite | 127 | 385,200 | 988,490 | 0,000 | 8640,000 |

| | | | | | |
|---------------------------------|-----|----------|----------|-------|----------|
| Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite | 127 | 137,480 | 309,910 | 0,000 | 2160,000 |
| Yürüme | 127 | 1255,560 | 1097,799 | 0,000 | 4158,000 |

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum

Fiziksel aktivite düzeyleri incelendiğinde ise katılımcıların %54,3'ünün (n=69), orta düzeyde fiziksel aktivite yaptığı %23,6'sının (n=30) yüksek düzeyde fiziksel aktiviteye sahip olduğu, %22,1'inin (n=28) ise düşük düzeyde fiziksel aktivite gösterdiği belirlenmiştir. Bu bulgu, örneklemin genel olarak orta düzeyde aktif olduğunu göstermektedir (Tablo 4.10).

Tablo 4-10: Bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri

| Fiziksel Aktivite Düzeyi | Frekans(n) | Yüzde (%) |
|--------------------------|------------|-----------|
| Çok Aktif | 30 | 23,6 |
| Orta Düzeyde Aktif | 69 | 54,3 |
| İnaktif | 28 | 22,1 |

4.5. Biyo-elektrik Empedans Analizlerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada katılımcıların kas, yağ, yağsız kütle, sıvı oranları ve iç yağlanma oranlarına ilişkin değerleri cinsiyete göre incelenmiştir (Tablo 4.11). Kas kütlesi açısından kadınların ortalama değeri $42,73 \pm 4,75$ kg (%73,11 \pm 5,49) iken, erkeklerde bu değer $61,22 \pm 6,99$ kg (%76,19 \pm 5,94) olarak bulunmuştur. Yağ kütlesi ortalaması kadınlarda $13,82 \pm 4,92$ kg (%22,95 \pm 5,79), erkeklerde $16,73 \pm 7,47$ kg (%19,81 \pm 6,27) olarak belirlenmiştir. Yağsız kütle ortalaması ise kadınlarda $45,15 \pm 5,07$ kg (%77,05 \pm 5,79), erkeklerde $64,42 \pm 7,33$ kg (%80,19 \pm 6,27) olarak hesaplanmıştır. Vücut sıvısı ortalaması kadınlarda $29,95 \pm 2,26$ kg (%51,45 \pm 4,36), erkeklerde $45,34 \pm 4,54$ kg (%56,51 \pm 4,29) olarak bulunmuştur. İç yağlanma oranı kadınlarda $1,69 \pm 0,94$ (1-5), erkeklerde $5,56 \pm 3,18$ (1-15) olarak tespit edilmiştir. Toplam grup ortalaması ise sırasıyla; kas kütlesi ortalaması $50,01 \pm 10,72$ kg (%74,33 \pm 5,85), yağ kütlesi ortalaması $14,96 \pm 6,19$ kg (%21,72 \pm 6,15), yağsız kütle ortalaması $52,74 \pm 11,21$ kg (%78,28 \pm 6,16) olarak, vücut sıvısı ortalaması $36,01 \pm 8,25$ kg (%53,44 \pm 4,98), ve iç yağlanma oranı ortalaması $3,21 \pm 2,84$ (1-15) olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4-11: Bireylerin vücut kompozisyon analizleri

| Vücut Kompozisyonu | Kadın (n=77) | Erkek (n=50) | Toplam (n=127) |
|---------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | (Ort ± SS) (Min.- Maks.) | (Ort ± SS) (Min.- Maks.) | (Ort ± SS) (Min.- Maks.) |
| Kas (kg) | 42,73 ± 4,75 (32,6- 55,8) | 61,22 ± 6,99 (49,2- 76,6) | 50,01 ± 10,72 (32,6- 76,6) |
| Kas (%) | 73,11 ± 5,49 (61,82- 88,64) | 76,19 ± 5,94 (63,62- 89,13) | 74,33 ± 5,85 (61,82- 89,13) |
| Yağ (kg) | 13,82 ± 4,92 (3-27,1) | 16,73 ± 7,47(4,20- 34,2) | 14,96 ± 6,19 (3-34,2) |
| Yağ (%) | 22,95 ± 5,79 (6,68- 34,9) | 19,81 ± 6,27 (6,17- 33,07) | 21,72 ± 6,15 (6,17- 34,9) |
| Yağsız kütle (kg) | 45,15 ± 5,07 (34,4- 58,8) | 64,42 ± 7,33 (51,8- 80,5) | 52,74 ± 11,21 (34,4- 80,5) |
| Yağsız Kütle (%) | 77,05 ± 5,79 (65,1- 93,32) | 80,19 ± 6,27 (66,93- 93,93) | 78,28 ± 6,16 (65,1- 93,93) |
| Sıvı (kg) | 29,95 ± 2,26 (24,6- 36,5) | 45,34 ± 4,54 (37-56,8) | 36,01 ± 8,25 (24,6- 56,8) |
| Sıvı (%) | 51,45 ± 4,36 (42,84- 61,95) | 56,51 ± 4,29 (48,74- 65,92) | 53,44 ± 4,98 (42,82- 65,92) |
| İç Yağlanma Oranı | 1,69 ± 0,94 (1-5) | 5,56 ± 3,18 (1-15) | 3,21 ± 2,84 (1-15) |

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum

kg: kilogram

4.6. Bireylerin Teruel Ortoreksiya Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Yapılan analizler, ON ve sağlıklı ortoreksiya puanlarının çeşitli demografik ve sağlıklı ilişkili değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymaktadır (Tablo 4.12).

Cinsiyet değişkeni açısından kadın ve erkek bireyler arasında hem ON ($p=0,233$) hem de sağlıklı ortoreksiya puanlarında ($p=0,503$) anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hastane bölümleri değişkeninde (İç hastalıkları /İç hastalıkları dışı) ON puanları İç hastalıklarında daha yüksek olup, istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamaktadır ($p=0,098$). Sağlıklı ortoreksiya puanları açısından da anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,576$).

Medeni durum, yaşadığı kişi, çocuk sahibi olma, geçirilmiş operasyon, sürekli ilaç kullanımı, ailede diyet yapan birey, sigara ve alkol kullanımı gibi diğer sosyodemografik değişkenler açısından ortoreksiya puanlarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p değerlerinin tümü $>0,05$).

Buna karşın, diyet yapma durumu, ON puanlarını anlamlı biçimde farklılaştırmıştır. Diyet yapan bireylerin ON puanı (Med=6,00, dağılım aralığı 0-14) diyet yapmayanlara (Med=3, dağılım aralığı 0-18) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,033$). Sağlıklı ortoreksiya açısından da diyet yapan bireylerin puanı daha yüksek olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlılık düzeyinin sınırındadır ($p=0,058$).

Fiziksel hastalık varlığı, tanı konulmuş psikiyatrik hastalık ve besin takviyesi kullanımı gibi değişkenlerde de ortoreksiya puanları açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p değerlerinin tümü $>0,05$).

Tablo 4-12: Bireylerin Teruel Ortoreksiya Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması

| Demografik Özellikler | n | Ortoreksiya Nervoza | Sağlıklı Ortoreksiya |
|----------------------------|----|---------------------|----------------------|
| Cinsiyet | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Kadın | 77 | 3,40±3,29 (3,00) | 11,60±4,55 (12,00) |
| Erkek | 50 | 4,14±3,81 (3,00) | 11,46±6,15 (11,00) |
| MWU/Z= | | 1685,500/-1,193 | 1789,500/-0,670 |
| p= | | 0,233 | 0,503 |
| Hastane Bölümleri 1 | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |

| | | | |
|--|-----|-----------------------|-----------------------|
| İç hastalıkları | 60 | 4,12±3,52 (3,00) | 11,73±4,83 (11,00) |
| İç hastalıkları Dışı | 67 | 3,31±3,47 (2,00) | 11,37±5,57 (12,00) |
| MWU/Z= | | 1670,500/-1,655 | 1894,500/-0,559 |
| p= | | 0,098 | 0,576 |
| Hastane Bölümleri 2 | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Klinik | 105 | 3,83±3,67 (3,00) | 11,65±5,18 (12,00) |
| Temel Bilimler | 22 | 3,05±2,54 (2,00) | 11,05±5,45 (11,00) |
| MWU/Z= | | 1060,000/-0,611 | 1029,000/-0,805 |
| p= | | 0,541 | 0,421 |
| Medeni Durum | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Bekar | 88 | 3,56±3,43 (3,00) | 11,27±5,12 (11,00) |
| Evli | 39 | 4,00±3,69 (3,00) | 12,15±5,43 (13,00) |
| MWU/Z= | | 1578,500/-0,725 | 1580,500/-0,710 |
| p= | | 0,468 | 0,478 |
| Yaşadığı Kişi | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Yalnız | 44 | 3,73±3,57 (3,00) | 11,27±4,27 (11,00) |
| Aile Üyeleri/partner | 83 | 3,67±3,49 (3,00) | 11,69±5,67 (12,00) |
| MWU/Z= | | 1821,500/-0,023 | 1671,500/-0,785 |
| p= | | 0,982 | 0,433 |
| Çocuk Sahibi Olma Durumu | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Yok | 117 | 3,73±3,49 (3,00) | 11,50±5,13 (11,00) |
| Var | 10 | 3,30±3,86 (2,50) | 12,10±6,37 (11,00) |
| MWU/Z= | | 513,000/-0,651 | 572,000/-0,117 |
| p= | | 0,515 | 0,907 |
| Fiziksel Hastalık Durumu | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 118 | 3,65±3,33 (3,00) | 11,76±5,09 (11,50) |
| Evet | 9 | 4,22±5,54 (1,00) | 8,67±6,23 (9,00) |
| MWU/Z= | | 467,000/-0,607 | 385,500/-1,370 |
| p= | | 0,544 | 0,171 |
| Diyet Yapma Durumu | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 116 | 3,50±3,42 (3,00) | 11,31±5,15 (11,00) |
| Evet | 11 | 5,73±3,90 (6,00) | 14,00±5,44 (17,00) |
| MWU/Z= | | 391,500/-2,133 | 417,500/-1,895 |
| p= | | 0,033 | 0,058 |
| Tam Konulmuş Psikiyatrik Hastalık | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 115 | 3,71±3,52 (3,00) | 11,82±5,10 (12,00) |
| Evet | 12 | 3,50±3,45 (3,00) | 8,92±5,76 (8,50) |
| MWU/Z= | | 667,500/-0,187 | 491,500/-1,640 |
| p= | | 0,852 | 0,101 |
| Geçirilmiş Operasyon | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 93 | 3,57±3,14 (3,00) | 11,39±5,04 (11,00) |
| Evet | 34 | 4,03±4,39 (2,50) | 11,97±5,71 (11,50) |
| MWU/Z= | | 1544,500/-0,201 | 1521,000/-0,327 |
| p= | | 0,841 | 0,743 |
| Sürekli Kullanılan İlaç Durumu | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 114 | 3,72±3,53 (3,00) | 11,54±5,32 (11,00) |
| Evet | 13 | 3,46±3,36 (3,00) | 11,62±4,35 (12,00) |
| MWU/Z= | | 705,000/-0,289 | 716,500/-0,195 |
| p= | | 0,773 | 0,845 |
| Besin Takviyesi Kullanımı | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 109 | 3,45±3,25 (3,00) | 11,21±4,97 (11,00) |
| Evet | 18 | 5,17±4,59 (4,00) | 13,56±6,30 (14,00) |
| MWU/Z= | | 740,500/-1,678 | 762,000/-1,517 |
| p= | | 0,093 | 0,129 |
| Ailede Diyet Yapan Birey Varlığı | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 86 | 3,51±3,13 (3,00) | 11,71±5,18 (12,00) |
| Evet | 41 | 4,07±4,20 (3,00) | 11,20±5,33 (11,00) |
| MWU/Z= | | 1727,000/-0,187 | 1698,000/-0,336 |

| p= | | 0,851 | 0,737 |
|-----------------------------|-----|------------------|--------------------|
| Sigara Kullanımı | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Evet | 26 | 3,92±2,79 (3,50) | 12,27±6,20 (11,00) |
| Hayır | 101 | 3,63±3,68 (3,00) | 11,36±4,95 (12,00) |
| MWU/Z= | | 1136,000/-1,068 | 1225,000/-0,527 |
| p= | | 0,286 | 0,598 |
| Alkol Tüketme Durumu | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Evet | 48 | 3,83±3,65 (3,00) | 11,42±5,66 (11,50) |
| Hayır | 79 | 3,61±3,43 (3,00) | 11,62±4,95 (11,00) |
| MWU/Z= | | 1836,000/-0,301 | 1825,000/-0,354 |
| p= | | 0,763 | 0,723 |

Mann Whitney U Testi

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Med: Medyan

4.7. Bireylerin Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Yapılan analizler, MEDAS (Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği) toplam puanlarının çeşitli demografik ve sağlıkla ilişkili değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemektedir (Tablo 4.13).

Cinsiyet değişkenine göre yapılan karşılaştırmada, kadınların MEDAS puanı (Med=7,00, dağılım aralığı=0-12) erkeklere kıyasla (Med=6,00, dağılım aralığı=1-12) anlamlı düzeyde daha yüksektir (p=0,050). Bu sonuç, kadınların Akdeniz diyetine uyum düzeyinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Tanı konulmuş psikiyatrik hastalık varlığı ile MEDAS puanları arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin MEDAS puanı (Med=4,50, dağılım aralığı=1-9), olmayan bireylere (Med=7, dağılım aralığı=0-12) kıyasla daha düşüktür (p=0,042).

Sigara kullanma durumu, MEDAS puanlarını anlamlı şekilde farklılaştırmaktadır (p=0,035). Sigara içmeyen bireyler (Med=7,00, dağılım aralığı=0-12), içen bireylere göre (Med=5,00, dağılım aralığı=1-12) daha yüksek uyum puanına sahiptir (p=0,035).

Diğer tüm demografik değişkenler açısından MEDAS puanlarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p değerlerinin tümü >0,05). Bunlar arasında hastane bölümü, medeni durum, yaşadığı kişi, çocuk sahibi olma, fiziksel hastalık, diyet yapma, geçirilmiş operasyon varlığı, sürekli ilaç kullanımı, besin takviyesi kullanımı, ailede diyet yapan birey varlığı ve alkol tüketimi yer almaktadır.

Tablo 4-13: Bireylerin Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması

| Demografik Özellikler | n | MEDAS Toplam |
|---|-----|------------------|
| Cinsiyet | | Ort ± SS (Med) |
| Kadın | 77 | 6,68±2,15 (7,00) |
| Erkek | 50 | 5,98±2,53 (6,00) |
| MWU/Z= | | 1532,500/-1,959 |
| p= | | 0,050 |
| Hastane Bölümleri 1 | | Ort ± SS (Med) |
| İç Hastalıkları | 60 | 6,27±2,40 (7,00) |
| İç Hastalıkları Dışı | 67 | 6,52±2,26 (7,00) |
| MWU/Z= | | 1897,500/-0,549 |
| p= | | 0,583 |
| Hastane Bölümleri 2 | | Ort ± SS (Med) |
| Klinik | 105 | 6,30±2,37 (6,00) |
| Temel Bilimler | 22 | 6,86±2,03 (7,00) |
| MWU/Z= | | 940,000/-1,385 |
| p= | | 0,166 |
| Medeni Durum | | Ort ± SS (Med) |
| Bekar | 88 | 6,22±2,39 (6,00) |
| Evli | 39 | 6,82±2,14 (7,00) |
| MWU/Z= | | 1493,500/-1,176 |
| p= | | 0,240 |
| Yaşadığı Kişi | | Ort ± SS (Med) |
| Yalnız | 44 | 6,14±2,28 (6,00) |
| Aile Üyeleri/partner | 83 | 6,54±2,34 (7,00) |
| MWU/Z= | | 1678,000/-0,758 |
| p= | | 0,448 |
| Çocuk Sahibi Olma Durumu | | Ort ± SS (Med) |
| Yok | 117 | 6,34±2,35 (6,00) |
| Var | 10 | 7,10±1,85 (7,00) |
| MWU/Z= | | 447,000/-1,249 |
| p= | | 0,212 |
| Fiziksel Hastalık Durumu | | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 118 | 6,42±2,35 (7,00) |
| Evet | 9 | 6,11±2,03 (6,00) |
| MWU/Z= | | 502,000/-0,276 |
| p= | | 0,783 |
| Diyet Yapma Durumu | | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 116 | 6,42±2,37 (7,00) |
| Evet | 11 | 6,18±1,78 (6,00) |
| MWU/Z= | | 600,000/-0,329 |
| p= | | 0,742 |
| Tanı Konulmuş Psikiyatrik Hastalık | | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 115 | 6,53±2,31 (7,00) |
| Evet | 12 | 5,17±2,17 (4,50) |
| MWU/Z= | | 446,500/-2,029 |
| p= | | 0,042 |
| Geçirilmiş Operasyon | | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 93 | 6,16±2,23 (7,00) |
| Evet | 34 | 7,06±2,46 (7,00) |
| MWU/Z= | | 1313,500/-1,473 |
| p= | | 0,141 |
| Sürekli Kullanılan İlaç Durumu | | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 114 | 6,36±2,41 (6,50) |
| Evet | 13 | 6,77±1,30 (7,00) |

| | | |
|--|-----|------------------------------------|
| MWU/Z= | | 655,500/-0,688 |
| p= | | 0,492 |
| Besin Takviyesi Kullanımı | | |
| Hayır | 109 | Ort ± SS (Med) 6,39±2,33 (7,00) |
| Evet | 18 | 6,44±2,36 (6,50) |
| MWU/Z= | | 979,500/-0,010 |
| p= | | 0,992 |
| Ailede Diyet Yapan Birey Varlığı | | |
| Hayır | 86 | Ort ± SS (Med) 6,45±2,10 (7,00) |
| Evet | 41 | 6,29±2,76 (7,00) |
| MWU/Z= | | 1689,500/-0,383 |
| p= | | 0,702 |
| Sigara Kullanımı | | |
| Evet | 26 | Ort ± SS (Med) 5,73±2,69 (5,00) |
| Hayır | 101 | 6,57±2,20 (7,00) |
| MWU/Z= | | 963,500/-2,112 |
| p= | | 0,035 |
| Alkol Tüketme Durumu | | |
| Evet | 48 | Ort ± SS (Med) 6,08±2,60 (6,00) |
| Hayır | 79 | 6,59±2,13 (7,00) |
| MWU/Z= | | 1605,000/-1,463 |
| p= | | 0,143 |
| Mann Whitney U Testi | | |
| Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Med: Medyan | | |

4.8. Bireylerin Fiziksel Aktivite Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Fiziksel aktiviteye ilişkin dört ana parametre (Şiddetli Fiziksel Aktivite, Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite, Yürüme, Toplam Fiziksel Aktivite) demografik ve sağlıkla ilişkili değişkenler açısından değerlendirilmiş, gruplar arasında istatistiksel anlamlılık olup olmadığı bağımsız gruplar Mann Whitney U testi ile incelenmiştir (Tablo 4.14).

Cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde, erkek bireylerin yürüyüş düzeyleri (Med=1386, dağılım aralığı=0-4158), ve toplam fiziksel aktivite düzeyleri (Med=1513, dağılım aralığı=0-5598) kadınlara kıyasla (sırasıyla, Med=693, dağılım aralığı=0-4158; Med=1314, dağılım aralığı=0-8871) istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla p=0,049, p=0,031). Ayrıca, erkeklerin şiddetli fiziksel aktivite düzeyleri kadınlara göre daha yüksek olmasına rağmen bu fark anlamlılık sınırında kalmıştır (p=0,062). Orta şiddetli fiziksel aktivite ise cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık göstermemiştir (p=0,365).

Ailede diyet yapan birey varlığı yalnızca orta şiddetli fiziksel aktivite üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmıştır. Ailede diyet yapan birey bulunan katılımcıların orta şiddetli fiziksel aktivite düzeyi, bulunmayanlara kıyasla daha düşük saptanmıştır

($p=0,009$). Diğer fiziksel aktivite düzeyleri (şiddetli fiziksel aktivite, yürüme ve toplam fiziksel aktivite) bu değişken açısından anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

Bunun dışında, hastane bölümü (İç hastalıkları/ İç hastalıkları dışı ya da klinik/temel bilimler), medeni durum, birlikte yaşanan kişi, çocuk sahibi olma, fiziksel hastalık varlığı, diyet yapma durumu, tanı konulmuş psikiyatrik hastalık, geçirilmiş operasyon varlığı, sürekli ilaç kullanımı, besin takviyesi kullanımı, alkol tüketimi, sigara kullanımı gibi değişkenlerin hiçbirinde MET düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p değerlerinin tümü $>0,05$).



Tablo 4-14: Bireylerin fiziksel aktivite puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması

| Demografik Özellikler | n | Şiddetli Fiziksel Aktivite | Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite | Yürüme | Toplam Fiziksel Aktivite |
|---------------------------------|-----|----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Cinsiyet | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Kadın | 77 | 337,14±1 094,70 (0,00) | 118,96±300,26 (0,00) | 1 146,64±1 117,32 (693,00) | 1 614,65±1 471,90 (1314,00) |
| Erkek | 50 | 459,20±802,90 (0,00) | 166,00±325,22 (0,00) | 1 423,29±1 056,09 (1386,00) | 2 048,54±1 393,65 (1513,00) |
| MWU/Z= | | 1624,500/-1,866 | 1776,500/-0,905 | 1528,000/-1,970 | 1488,000/-2,159 |
| p= | | 0,062 | 0,365 | 0,049 | 0,031 |
| Hastane Bölümleri 1 | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| İç Hastalıkları | 60 | 342,67±662,50 (0,00) | 146,67±285,20 (0,00) | 1 279,03±1 149,58 (990,00) | 1 783,62±1 348,11 (1395,00) |
| İç Hastalıkları Dışı | 67 | 423,28±1 212,40 (0,00) | 129,25±332,42 (0,00) | 1 234,54±1 057,57 (792,00) | 1 787,13±1 548,72 (1386,00) |
| MWU/Z= | | 1911,000/-0,602 | 1872,000/-0,823 | 1963,500/-0,226 | 1931,000/-0,382 |
| p= | | 0,547 | 0,410 | 0,821 | 0,702 |
| Hastane Bölümleri 2 | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Klinik | 105 | 415,62±1 035,95 (0,00) | 140,00±321,97 (0,00) | 1 250,86±1 119,21 (924,00) | 1 815,22±1 488,70 (1386,00) |
| Temel Bilimler | 22 | 240,00±721,90 (0,00) | 125,45±250,42 (0,00) | 1 278,00±1 013,32 (1386,00) | 1 643,50±1 281,87 (1386,00) |
| MWU/Z= | | 966,500/-1,511 | 1141,500/-0,106 | 1085,000/-0,448 | 1104,000/-0,325 |
| p= | | 0,131 | 0,915 | 0,654 | 0,745 |
| Medeni Durum | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Bekar | 88 | 434,55±1 105,78 (0,00) | 121,59±243,49 (0,00) | 1 240,69±1 097,70 (990,00) | 1 807,25±1 535,11 (1386,00) |
| Evli | 39 | 273,85±649,70 (0,00) | 173,33±425,24 (0,00) | 1 289,12±1 111,62 (924,00) | 1 736,33±1 260,48 (1386,00) |
| MWU/Z= | | 1621,000/-0,625 | 1697,000/-0,123 | 1671,000/-0,236 | 1708,000/-0,042 |
| p= | | 0,532 | 0,902 | 0,813 | 0,967 |
| Yaşadığı Kişi | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Yalnız | 44 | 416,36±746,21 (0,00) | 196,82±424,99 (0,00) | 1 129,50±1 203,79 (693,00) | 1 763,48±1 490,45 (1386,00) |
| Aile Üyeleri/partner | 83 | 368,67±1 099,38 (0,00) | 106,02±223,56 (0,00) | 1 322,39±1 038,70 (1386,00) | 1 797,13±1 439,75 (1386,00) |
| MWU/Z= | | 1702,000/-0,790 | 1717,000/-0,682 | 1492,000/-1,701 | 1742,000/-0,426 |
| p= | | 0,429 | 0,495 | 0,089 | 0,670 |
| Çocuk Sahibi Olma Durumu | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Yok | 117 | 416,07±1 024,06 (0,00) | 132,82±306,70 (0,00) | 1 222,83±1 043,99 (990,00) | 1 779,57±1 451,90 (1386,00) |
| Var | 10 | 24,00±75,90 (0,00) | 192,00±358,66 (0,00) | 1 638,45±1 627,15 (1039,50) | 1 854,50±1 525,73 (1646,50) |
| MWU/Z= | | 452,000/-1,498 | 560,500/-0,271 | 548,000/-0,333 | 564,500/-0,184 |
| p= | | 0,134 | 0,786 | 0,739 | 0,854 |

Tablo 4-14: Bireylerin fiziksel aktivite puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması (devamı)

| Demografik Özellikler | n | Şiddetli Fiziksel Aktivite | Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite | Yürüme | Toplam Fiziksel Aktivite |
|--|-----|----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Fiziksel Hastalık Durumu | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 118 | 398,31±1 018,62 (0,00) | 144,58±319,62 (0,00) | 1 276,23±1 106,75 (1014,75) | 1 826,90±1 480,39 (1386,00) |
| Evet | 9 | 213,33±423,32 (0,00) | 44,44±90,43 (0,00) | 984,50±989,04(693,00) | 1 242,33±884,59 (1290,00) |
| MWU/Z= | | 496,000/-0,414 | 467,000/-0,743 | 440,000/-0,860 | 403,500/-1,200 |
| p= | | 0,679 | 0,458 | 0,390 | 0,230 |
| Diyet Yapma Durumu | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 116 | 367,93±1 007,84 (0,00) | 136,72±306,60 (0,00) | 1 289,28±1 120,78 (1014,75) | 1 801,85±1 486,13 (1386,00) |
| Evet | 11 | 567,27±768,55 (0,00) | 145,45±359,23 (0,00) | 900,00±766,30 (792,00) | 1 612,73±1 057,51 (1384,00) |
| MWU/Z= | | 507,500/-1,407 | 616,000/-0,233 | 520,500/-1,013 | 607,500/-0,262 |
| p= | | 0,159 | 0,816 | 0,311 | 0,793 |
| Tam Konulmuş Psikiyatrik Hastalık | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 115 | 410,78±1 032,69 (0,00) | 138,26±306,85 (0,00) | 1 276,10±1 140,37 (924,00) | 1 833,12±1 504,26 (1386,00) |
| Evet | 12 | 140,00±260,07 (0,00) | 130,00±352,50 (0,00) | 1 058,75±529,63 (1287,00) | 1 328,83±661,14 (1386,00) |
| MWU/Z= | | 642,000/-0,498 | 607,000/-0,845 | 668,000/-0,182 | 610,500/-0,656 |
| p= | | 0,619 | 0,398 | 0,855 | 0,512 |
| Geçirilmiş Operasyon | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 93 | 378,92±1 074,54 (0,00) | 134,19±323,99 (0,00) | 1 190,48±1 049,45 (792,00) | 1 713,47±1 489,77 (1386,00) |
| Evet | 34 | 402,35±715,13 (0,00) | 146,47±271,95 (0,00) | 1 433,56±1 219,24 (1386,00) | 1 982,41±1 343,26 (1459,50) |
| MWU/Z= | | 1434,500/-1,004 | 1472,500/-0,730 | 1408,000/-0,947 | 1343,500/-1,295 |
| p= | | 0,316 | 0,465 | 0,344 | 0,195 |
| Sürekli Kullanılan İlaç Durumu | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 114 | 391,23±1 021,15 (0,00) | 137,02±317,02 (0,00) | 1 303,93±1 117,57 (1014,75) | 1 840,24±1 500,85 (1386,00) |
| Evet | 13 | 332,31±661,19 (0,00) | 141,54±249,06 (0,00) | 831,35±822,18 (742,50) | 1 305,23±798,57 (1386,00) |
| MWU/Z= | | 712,500/-0,285 | 720,500/-0,201 | 575,000/-1,327 | 625,500/-0,920 |
| p= | | 0,775 | 0,840 | 0,184 | 0,358 |
| Besin Takviyesi Kullanımı | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 109 | 387,16±1 029,94 (0,00) | 142,75±314,71 (0,00) | 1 282,91±1 096,22 (1039,50) | 1 821,25±1 493,32 (1386,00) |
| Evet | 18 | 373,33±709,20 (0,00) | 105,56±285,31 (0,00) | 1 089,92±1 124,37 (717,75) | 1 568,83±1 180,85 (1338,00) |
| MWU/Z= | | 927,000/-0,470 | 928,000/-0,453 | 851,500/-0,900 | 903,000/-0,540 |
| p= | | 0,639 | 0,651 | 0,368 | 0,589 |

Tablo 4-14: Bireylerin fiziksel aktivite puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması (devamı)

| Demografik Özellikler | n | Şiddetli Fiziksel Aktivite | Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite | Yürüme | Toplam Fiziksel Aktivite |
|---|-----|----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Ailede Diyet Yapan Birey Varlığı | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 86 | 352,09±701,43 (0,00) | 172,09±340,04 (0,00) | 1 243,26±1 057,24 (957,00) | 1 767,49±1 289,85(1386,00) |
| Evet | 41 | 454,63±1 423,06 (0,00) | 64,88±221,03 (0,00) | 1 281,37±1 191,64 (990,00) | 1 823,20±1 760,89 (1386,00) |
| MWU/Z= | | 1720,000/-0,279 | 1354,000/-2,605 | 1740,000/-0,119 | 1652,500/-0,571 |
| p= | | 0,780 | 0,009 | 0,905 | 0,568 |
| Sigara Kullanımı | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Evet | 26 | 529,23±934,89 (0,00) | 213,85±413,68 (0,00) | 1 325,08±1 054,18 (1287,00) | 2 068,19±1 548,31 (1395,00) |
| Hayır | 101 | 348,12±1 002,93 (0,00) | 117,82±276,27 (0,00) | 1 237,66±1 113,15 (792,00) | 1 712,69±1 424,73 (1386,00) |
| MWU/Z= | | 1135,500/-1,334 | 1213,500/-0,734 | 1190,000/-0,739 | 1100,000/-1,274 |
| p= | | 0,182 | 0,463 | 0,460 | 0,203 |
| Alkol Tüketme Durumu | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Evet | 48 | 573,33±1 402,47 (0,00) | 164,17±316,39 (0,00) | 1 111,34±964,71 (990,00) | 1 867,92±1 640,07 (1386,00) |
| Hayır | 79 | 270,89±598,49 (0,00) | 121,27±306,80 (0,00) | 1 343,18±1 168,52 (924,00) | 1 735,38±1 332,94 (1386,00) |
| MWU/Z= | | 1715,500/-1,129 | 1765,500/-0,802 | 1737,500/-0,792 | 1847,000/-0,244 |
| p= | | 0,259 | 0,423 | 0,428 | 0,807 |

Mann Whitney U Testi

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Med: Medyan

4.9. Bireylerin Vücut Kompozisyonu Ölçümlerinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Vücut kompozisyon ölçümlerinin tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşmasına ilişkin sonuçlar, bazı demografik ve sağlıkla ilişkili değişkenlerin vücut bileşimi üzerinde anlamlı etkiler gösterdiğini ortaya koymaktadır (Tablo 4.15).

En güçlü farklılıklar cinsiyet değişkeninde gözlenmiştir. Erkek bireylerin kas kütlesi (Med=60,10, dağılım aralığı=49,20-76,6), yağ kütlesi (Med=15,9, dağılım aralığı=4,20-34,2), yağsız kütle (Med=63,25, dağılım aralığı= 51,80-80,5), sıvı miktarı (Med=44, dağılım aralığı=37-56,8) ve iç yağlanma düzeyleri (Med=5, dağılım aralığı=1-15) kadınlardan (sırasıyla Medyan/dağılım aralığı: kas kütlesi=42,10/32,60-55,8; yağ kütlesi= 13,6/3-27,10 yağsız kütle=44,5/34,4-58,8; sıvı miktarı=29,6/24,6-36,5 ve iç yağlanma=1/1-5) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p değerlerinin tümü <0,05). Bununla birlikte erkeklerin ortalama kas yüzdesi (%76,19±5,94), yağsız kütle yüzdesi (%80,19±6,27) ve sıvı yüzdesi (%56,51±4,29) kadınlara kıyasla (sırasıyla, %73,11±5,49, %77,05±5,79, %51,45±4,36) daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla p değerleri: p=0,003, p=0,005, p<0,001). Buna karşı kadınların yağ yüzdesi erkeklerden anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (%22,95±5,79'a karşı %19,81±6,27) (p=0,005).

Hastane bölümleri açısından yalnızca sıvı miktarı ve iç yağlanma anlamlı farklılık göstermiştir. İç hastalıkları bölümünde çalışanların sıvı miktarı ve iç yağlanma düzeyleri iç hastalıkları dışında çalışanlara göre daha yüksektir (sırasıyla Med=34,45'e karşı 31,20 kg; 2,5'e karşı 2) (sırasıyla p=0,037, p=0,035).

Medeni durum, yalnızca iç yağlanma düzeyinde anlamlı farklılık göstermiştir. Evli bireylerin iç yağlanma oranı (Med=3/1-13) bekarlara (Med=2/1-15) kıyasla daha yüksek bulunmuştur (p=0,025).

Fiziksel hastalığı olan bireylerde ortalama kas yüzdesi (%70,20±5,98), yağsız kütle yüzdesi (%73,93±6,27) ve sıvı yüzdesi (%48,93±4,77) fiziksel hastalık öyküsü olmayanlara kıyasla (sırasıyla %74,64±5,74, %78,62±6,05, %53,78±4,84) anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır (sırasıyla p=0,028, p=0,027, p=0,004). Buna karşı yağ

yüzdeleri ise anlamlı olarak daha yüksektir (%26,06±6,26'e karşı %21,38±6,05) (p=0,027).

Geçirilmiş operasyon öyküsü, kas kütlesi (operasyon öyküsü olan bireylerde, Med=53,3/38,7-76,6; olmayanlarda, Med=45,3/32,6-74,1) (p=0,015), yağsız kütle (operasyon öyküsü olan bireylerde, Med=56,1/40,8-80,5; olmayanlarda, Med=47,7/34,4-77,9) (p=0,009) ve sıvı miktarı (operasyon öyküsü olan bireylerde, Med=37,9/28-56,8; olmayanlarda, Med=31,20/24,6-53,4) (p=0,044) açısından anlamlı fark yaratmıştır.

Sürekli ilaç kullananların ortalama kas yüzdesi (%71,76±3,73), yağsız kütle yüzdesi (%75,60±3,91) ve sıvı yüzdesi (%50,36±2,54) kullanmayanlara kıyasla (sırasıyla %74,62±5,98, %78,59±6,30 ve %53,79±5,07) anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır (sırasıyla p=0,025, p=0,025, p<0,001). Buna karşın ortalama yağ yüzdesi ise daha yüksektir (%24,40±3,91'e karşı %21,41±6,30) (p=0,025).

Sigara kullanan bireylerde kas kütlesi (sigara kullanan bireylerde, Med=58,95/35,8-74,10; kullanmayanlarda, Med=45,6/32,6-76,6) (p=0,002), yağsız kütle (sigara kullanan bireylerde, Med=62,05/37,7-77,9; kullanmayanlarda, Med=48/34,4-80,5) (p=0,001), sıvı miktarı (sigara kullanan bireylerde, Med=43,45/27,7-53; kullanmayanlarda, Med=31,20/24,6-56,8) (p=0,001) ve iç yağlanma (sigara kullanan bireylerde, Med=4,5/1-13; kullanmayanlarda, Med=2/1-15) (p=0,001) düzeyleri anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca sigara kullananlarda ortalama sıvı yüzdesi de kullanmayanlara kıyasla daha yüksek saptanmıştır (%55,21±4,08'e karşı %52,98±5,10) (p=0,042). Aynı şekilde, alkol tüketimi de kas kütlesi (alkol tüketen bireylerde, Med=53,4/33,3-76,6; tüketmeyenlerde, Med=45,1/32,6-74,1) (p=0,006), yağsız kütle (alkol tüketen bireylerde, Med=56,25/35,1-80,5; tüketmeyenlerde, Med=48/34,4-77,9) (p=0,008) ve sıvı miktarı (alkol tüketen bireylerde, Med=39,85/26-56,8; tüketmeyenlerde, Med=30,9/24,6-52,20) (p=0,015) açısından anlamlı farklar göstermektedir. Alkol kullanan bireylerin bu değerleri daha yüksek bulunmuştur.

Diğer değişkenler (klinik/temel bilimleri hastane bölümleri, yaşadığı kişi, çocuk sahibi olma, diyet yapma, tanı konmuş psikiyatrik hastalık, besin takviyesi kullanımı, ailede diyet yapan birey varlığı) açısından vücut kompozisyonu değişkenlerinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p değerlerinin tümü >0,05).

Tablo 4-15: Bireylerin vücut kompozisyonu ölçümlerinin tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması

| Demografik Özellikler | n | Kas Kütle* | Kas Yüzde | Yağ Kütle* | Yağ Yüzde | Yağsız Kütle* | Yağsız Kütle Yüzde | Sıvı* | Sıvı Yüzde | İç Yağlanma* |
|----------------------------|-----|------------------------|-------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Cinsiyet | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Kadın | 77 | 42,73±4,75 (42,10) | 73,11±5,49(72,78) | 13,82±4,92 (13,60) | 22,95±5,79 (23,32) | 45,15±5,07 (44,50) | 77,05±5,79 (76,68) | 29,95±2,26 (29,60) | 51,45±4,36 (51,35) | 1,69±0,94 (1,00) |
| Erkek | 50 | 61,22±6,99 (60,10) | 76,19±5,94(75,63) | 16,73±7,47 (15,90) | 19,81±6,27 (20,40) | 64,42±7,33 (63,25) | 80,19±6,27 (79,60) | 45,34±4,54 (44,00) | 56,51±4,29 (56,24) | 5,56±3,18 (5,00) |
| t= | | 33,500/-9,334** | -2,987 | 1473,500/- 2,228** | 2,891 | 36,000/-9,322** | -2,892 | 0,000/-9,500** | -6,435 | 440,000/- 7,574** |
| p= | | 0,000 | 0,003 | 0,026 | 0,005 | 0,000 | 0,005 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| Hastane Bölümleri 1 | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| İç Hastalıkları | 60 | 51,44±11,39 (49,45) | 73,66±5,34(73,82) | 15,94±6,13 (15,10) | 22,43±5,62 (22,30) | 54,33±11,85 (52,45) | 77,58±5,63 (77,71) | 37,57±8,61 (34,45) | 53,75±4,54 (53,31) | 3,73±2,97 (2,50) |
| İç Hastalıkları Dışı | 67 | 48,72±9,99 (45,90) | 74,92±6,25(75,22) | 14,09±6,16 (14,00) | 21,08±6,57 (20,78) | 51,31±10,49 (48,40) | 78,92±6,57 (79,22) | 34,62±7,71 (31,20) | 53,17±5,36 (52,55) | 2,75±2,65 (2,00) |
| t= | | 1741,000/- 1,299** | -1,216 | 1650,500/- 1,736 | 1,232 | 1715,500/- 1,422** | -1,230 | 1577,500/- 2,089** | 0,656 | 1587,500/- 2,109** |
| p= | | 0,194 | 0,226 | 0,083 | 0,220 | 0,155 | 0,221 | 0,037 | 0,513 | 0,035 |
| Hastane Bölümleri 2 | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Klinik | 105 | 50,44±10,62 (49,20) | 74,50±5,70(74,40) | 14,91±6,09 (14,20) | 21,53±6,00 (21,53) | 53,20±11,10 (51,80) | 78,47±6,00 (78,47) | 36,35±8,18 (32,30) | 53,63±5,07 (53,81) | 3,20±2,73 (2,00) |
| Temel Bilimler | 22 | 47,97±11,20 (43,65) | 73,50±6,59(72,59) | 15,20±6,81 (15,65) | 22,58±6,94 (23,50) | 50,52±11,76 (46,00) | 77,41±6,94 (76,50) | 34,41±8,59 (30,10) | 52,55±4,49 (51,50) | 3,27±3,37 (2,00) |
| t= | | 966,500/- 1,201** | 0,731 | 1118,500/- 0,233** | -0,727 | 957,500/- 1,258** | 0,728 | 941,500/- 1,360** | 0,919 | 1137,500/- 0,115** |
| p= | | 0,230 | 0,466 | 0,816 | 0,469 | 0,208 | 0,468 | 0,174 | 0,360 | 0,908 |
| Medeni Durum | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Bekar | 88 | 48,86±10,19 (46,80) | 74,58±5,58(74,56) | 14,34±5,69 (14,15) | 21,45±5,88 (21,46) | 51,56±10,65 (50,05) | 78,55±5,88 (78,54) | 35,17±7,83 (31,35) | 53,64±4,95 (53,58) | 2,89±2,71 (2,00) |
| Evli | 39 | 52,61±11,54 (49,80) | 73,76±6,45(72,84) | 16,38±7,08 (16,30) | 22,32±6,79 (23,18) | 55,39±12,11 (52,50) | 77,68±6,79 (76,82) | 37,91±8,96 (36,00) | 52,98±5,06 (52,55) | 3,95±3,03 (3,00) |
| t= | | 1394,000/- 1,683** | 0,720 | 1436,500/- 1,461** | -0,735 | 1407,500/- 1,612** | 0,736 | 1437,500/- 1,456** | 0,689 | 1302,000/- 2,236** |
| p= | | 0,092 | 0,473 | 0,144 | 0,464 | 0,107 | 0,463 | 0,145 | 0,492 | 0,025 |

Tablo 4-15: Bireylerin vücut kompozisyonu ölçümlerinin tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması (devamı)

| Demografik Özellikler | n | Kas Kütle* | Kas Yüzde | Yağ Kütle* | Yağ Yüzde | Yağsız Kütle* | Yağsız Kütle Yüzde | Sıvı* | Sıvı Yüzde | İç Yağlanma* |
|---------------------------------|-----|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Yaşadığı Kişi | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Yalnız | 44 | 50,38±10,67 (48,15) | 74,51±5,43(75,28) | 14,85±5,85 (14,70) | 21,53±5,72 (20,72) | 53,27±11,08 (51,50) | 78,48±5,72 (79,28) | 36,25±8,25 (32,15) | 53,48±4,50 (53,82) | 3,23±2,97 (2,00) |
| Aile Üyeleri/partner | 83 | 49,81±10,80 (47,20) | 74,23±6,09(73,85) | 15,03±6,40 (14,30) | 21,82±6,41 (22,24) | 52,46±11,34 (49,70) | 78,18±6,41 (77,76) | 35,89±8,30 (31,60) | 53,42±5,24 (52,45) | 3,20±2,78 (2,00) |
| t= | | 1751,000/- 0,380** | 0,262 | 1815,500/- 0,053** | -0,253 | 1720,000/- 0,537** | 0,255 | 1735,500/- 0,459** | 0,064 | 1813,000/- 0,068** |
| p= | | 0,704 | 0,794 | 0,958 | 0,801 | 0,591 | 0,799 | 0,647 | 0,949 | 0,946 |
| Çocuk Sahibi Olma Durumu | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Yok | 117 | 49,94±10,81 (47,20) | 74,27±5,85 (74,04) | 14,97±6,17 (14,30) | 21,77±6,16 (21,93) | 52,67±11,31 (50,40) | 78,23±6,16 (78,07) | 36,06±8,29 (32,00) | 53,55±4,92 (52,83) | 3,21±2,89 (2,00) |
| Var | 10 | 50,79±10,09 (49,15) | 74,94±6,06 (76,17) | 14,86±6,74 (13,50) | 21,05±6,37 (19,84) | 53,50±10,58 (51,80) | 78,94±6,38 (80,15) | 35,39±8,15 (32,70) | 52,10±5,76 (54,48) | 3,30±2,21 (3,00) |
| t= | | 544,500/- 0,363** | -0,342 | 556,500/- 0,255** | 0,356 | 547,500/- 0,336** | -0,352 | 575,500/- 0,085** | 0,887 | 525,000/- 0,555** |
| p= | | 0,717 | 0,733 | 0,799 | 0,722 | 0,737 | 0,726 | 0,932 | 0,377 | 0,579 |
| Fiziksel Hastalık Durumu | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 118 | 50,14±10,86 (47,10) | 74,64±5,74 (74,47) | 14,69±6,10 (14,20) | 21,38±6,05 (21,48) | 52,88±11,35 (50,75) | 78,62±6,05 (78,52) | 36,19±8,36 (31,70) | 53,78±4,84 (53,82) | 3,21±2,90 (2,00) |
| Evet | 9 | 48,28±9,05 (48,10) | 70,20±5,98 (67,72) | 18,53±6,61 (20,90) | 26,06±6,26 (28,71) | 50,84±9,51 (50,70) | 73,93±6,27 (71,29) | 33,63±6,55 (33,10) | 48,93±4,77 (47,27) | 3,22±2,05 (3,00) |
| t= | | 507,000/- 0,226** | 2,229 | 336,500/- 1,828** | -2,231 | 501,000/- 0,282** | 2,233 | 498,000/- 0,310** | 2,901 | 481,000/- 0,486** |
| p= | | 0,822 | 0,028 | 0,068 | 0,027 | 0,778 | 0,027 | 0,757 | 0,004 | 0,627 |
| Diyet Yapma Durumu | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 116 | 49,77±10,57 (47,10) | 74,55±5,80 (74,34) | 14,68±6,03 (14,20) | 21,48±6,11 (21,63) | 52,49±11,05 (50,75) | 78,52±6,11 (78,37) | 35,84±8,15 (31,70) | 53,60±5,00 (53,37) | 3,13±2,70 (2,00) |
| Evet | 11 | 52,55±12,47 (48,10) | 71,97±6,08 (72,06) | 17,96±7,32 (16,90) | 24,23±6,38 (24,02) | 55,32±13,06 (50,70) | 75,77±6,38 (75,98) | 37,84±9,53 (34,00) | 51,71±4,61 (51,96) | 4,09±4,09 (3,00) |
| t= | | 553,000/- 0,729** | 1,402 | 465,500/- 1,479** | -1,423 | 559,500/- 0,673** | 1,423 | 513,500/- 1,067** | 1,206 | 545,500/- 0,819** |
| p= | | 0,466 | 0,163 | 0,139 | 0,157 | 0,501 | 0,157 | 0,286 | 0,230 | 0,413 |

Tablo 4-15: Bireylerin vücut kompozisyonu ölçümlerinin tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması (devamı)

| Demografik Özellikler | n | Kas Kütle* | Kas Yüzde | Yağ Kütle | Yağ Yüzde | Yağsız Kütle* | Yağsız Kütle Yüzde | Sıvı* | Sıvı Yüzde | İç Yağlanma* |
|---|-----|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Tanı Konulmuş Psikiyatrik Hastalık | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 115 | 49,87±10,80 (46,40) | 74,45±5,85 (74,40) | 14,81±6,18 (14,20) | 21,58±6,15 (21,53) | 52,60±11,30 (49,70) | 78,42±6,16 (78,47) | 35,89±8,31 (31,40) | 53,48±4,90 (53,35) | 3,15±2,81 (2,00) |
| Evet | 12 | 51,33±10,23 (49,45) | 73,11±5,98 (71,22) | 16,44±6,41 (15,90) | 23,01±6,27 (24,95) | 54,05±10,74 (52,10) | 76,99±6,27 (75,05) | 37,22±7,90 (35,40) | 53,04±5,88 (52,40) | 3,83±3,19 (2,50) |
| t= | | 625,000/- 0,536** | 0,754 | 578,500/-0,919** | -0,765 | 630,000/- 0,495** | 0,765 | 598,000/- 0,758** | 0,289 | 560,500/- 1,103** |
| p= | | 0,592 | 0,453 | 0,358 | 0,446 | 0,621 | 0,446 | 0,448 | 0,773 | 0,270 |
| Geçirilmiş Operasyon | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 93 | 48,73±10,72 (45,30) | 74,48±5,80 (74,04) | 14,30±5,44 (14,20) | 21,55±6,10 (21,93) | 51,32±11,25 (47,70) | 78,45±6,10 (78,07) | 35,17±8,08 (31,20) | 53,70±4,85 (53,81) | 2,85±2,35 (2,00) |
| Evet | 34 | 53,49±10,06 (53,30) | 73,89±6,05 (74,56) | 16,77±7,69 (15,80) | 22,18±6,37 (21,51) | 56,61±10,29 (56,10) | 77,82±6,37 (78,50) | 38,32±8,40 (37,90) | 52,73±5,33 (52,16) | 4,21±3,74 (2,50) |
| t= | | 1135,500/- 2,426** | 0,502 | 1353,000/- 1,242** | -0,510 | 1100,500/- 2,616** | 0,513 | 1212,000/- 2,009** | 0,974 | 1252,000/- 1,851** |
| p= | | 0,015 | 0,617 | 0,214 | 0,611 | 0,009 | 0,609 | 0,044 | 0,332 | 0,064 |
| Sürekli Kullanılan İlaç Durumu | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 114 | 50,36±10,89 (49,20) | 74,62±5,98 (74,64) | 14,84±6,39 (14,25) | 21,41±6,30 (21,30) | 53,11±11,39 (51,85) | 78,59±6,30 (78,70) | 36,36±8,39 (32,25) | 53,79±5,07 (54,08) | 3,29±2,93(2,00) |
| Evet | 13 | 46,95±8,83 (45,30) | 71,76±3,73 (72,78) | 16,02±4,01(15,30) | 24,40±3,91 (23,25) | 49,45±9,27 (47,70) | 75,60±3,91 (76,75) | 32,96±6,40 (31,40) | 50,36±2,54 (51,35) | 2,54±1,81(2,00) |
| t= | | 626,000/- 0,915** | 2,428 | 622,000/-0,947** | -2,424 | 617,000/- 0,986** | 2,424 | 610,500/- 1,038** | 4,038 | 696,000/- 0,370** |
| p= | | 0,360 | 0,025 | 0,344 | 0,025 | 0,324 | 0,025 | 0,299 | 0,000 | 0,711 |
| Besin Takviyesi Kullanma Durumu | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 109 | 49,98±10,74 (47,20) | 74,13±5,84 (73,85) | 15,16±6,35 (14,20) | 21,92±6,15 (22,24) | 52,72±11,23 (50,40) | 78,08±6,15 (77,76) | 36,09±8,26 (32,10) | 53,46±5,07 (52,83) | 3,25±2,92(2,00) |
| Evet | 18 | 50,18±10,88 (48,85) | 75,54±5,92 (75,05) | 13,79±5,12 (14,60) | 20,47±6,21 (21,07) | 52,83±11,41 (51,45) | 79,53±6,21 (78,93) | 35,57±8,45 (31,25) | 53,35±4,51 (54,28) | 3,00±2,38(2,00) |
| t= | | 975,000/- 0,041** | -0,949 | 905,500/-0,522** | 0,926 | 979,000/- 0,014** | -0,924 | 936,500/- 0,308** | 0,085 | 978,000/- 0,021** |
| p= | | 0,967 | 0,344 | 0,602 | 0,356 | 0,989 | 0,357 | 0,758 | 0,932 | 0,983 |

Tablo 4-15: Bireylerin vücut kompozisyonu ölçümlerinin tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması (devamı)

| Demografik Özellikler | n | Kas Kütle* | Kas Yüzde | Yağ Kütle* | Yağ Yüzde | Yağsız Kütle* | Yağsız Kütle Yüzde | Sıvı* | Sıvı Yüzde | İç Yağlanma* |
|---|----------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ailede Diyet Yapan Birey Varlığı | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Hayır | 86 | 49,10±11,23 (45,65) | 73,94±5,76 (73,69) | 15,06±6,29 (14,55) | 22,11±6,06 (22,39) | 51,82±11,74 (48,25) | 77,89±6,06 (77,61) | 35,16±8,46 (31,25) | 52,89±4,73 (52,16) | 3,10±2,85(2,00) |
| Evet | 41 | 51,91±9,40 (52,70) | 75,13±6,03 (75,03) | 14,77±6,05 (14,00) | 20,88±6,34 (21,01) | 54,67±9,87 (55,50) | 79,12±6,35 (78,99) | 37,80±7,58 (37,80) | 54,59±5,34 (54,63) | 3,44±2,83(2,00) |
| t= | | 1434,500/- 1,694** | -1,068 | 1712,000/- 0,263** | 1,056 | 1446,000/- 1,635** | -1,058 | 1396,500/- 1,890** | -1,811 | 1682,500/- 0,429** |
| p= | | 0,090 | 0,288 | 0,793 | 0,293 | 0,102 | 0,292 | 0,059 | 0,073 | 0,668 |
| Sigara Kullanımı | | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Evet | 26 | 56,51±11,49 (58,95) | 74,95±5,24 (75,97) | 16,27±6,66 (15,40) | 21,10±5,51 (19,93) | 59,87±11,65 (62,05) | 78,90±5,51 (80,07) | 41,58±8,24 (43,45) | 55,21±4,08 (55,74) | 4,65±3,11(4,50) |
| Hayır | 101 | 48,33±9,89 (45,60) | 74,17±6,01 (73,80) | 14,63±6,06 (14,20) | 21,87±6,33 (22,35) | 50,90±10,39 (48,00) | 78,13±6,33 (77,65) | 34,58±7,66 (31,20) | 52,98±5,10 (52,00) | 2,84±2,66(2,00) |
| t= | | 799,000/- 3,071** | 0,608 | 1140,000/- 1,034** | -0,570 | 755,000/- 3,334** | 0,569 | 732,500/- 3,469** | 2,056 | 791,000/- 3,223** |
| p= | | 0,002 | 0,544 | 0,301 | 0,570 | 0,001 | 0,570 | 0,001 | 0,042 | 0,001 |
| Alkol Durumu | Tüketme | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) | Ort ± SS (Med) |
| Evet | 48 | 53,37±11,14 (53,40) | 75,24±5,29 (74,56) | 15,19±6,64 (14,65) | 20,77±5,57 (21,48) | 56,19±11,69 (56,25) | 79,23±5,57 (78,52) | 38,53±8,58 (39,85) | 54,24±4,57 (54,36) | 3,75±3,21(2,50) |
| Hayır | 79 | 47,97±9,98 (45,10) | 73,77±6,13 (74,04) | 14,83±5,94 (14,20) | 22,29±6,45 (21,93) | 50,64±10,44 (48,00) | 77,71±6,46 (78,07) | 34,48±7,71 (30,90) | 52,95±5,18 (51,96) | 2,89±2,56(2,00) |
| t= | | 1346,000/- 2,735** | 1,381 | 1894,500/- 0,007** | -1,357 | 1358,500/- 2,673** | 1,356 | 1406,500/- 2,434** | 1,426 | 1608,500/- 1,477** |
| p= | | 0,006 | 0,170 | 0,994 | 0,177 | 0,008 | 0,178 | 0,015 | 0,156 | 0,140 |

Bağımsız Gruplar T testi; Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Med: Medyan

* Mann Whitney U Testi; ** MWU/Z

4.10. Bireylerin Ortoreksiya ile Fiziksel Aktivite, Akdeniz Diyeti Uyumu ve Vücut Kompozisyonu Değerleri Arasında Korelasyon Analizi

Tablo 4.16 ON ve sağlıklı ortoreksiya puanları ile Akdeniz diyeti uyumu, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kompozisyonu değişkenleri arasındaki ilişkileri ortaya koymuştur.

Ortoreksiya nervoza ile MEDAS toplam puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,213$; $p=0,016$). Benzer şekilde, sağlıklı ortoreksiya ile MEDAS puanı arasında daha güçlü bir pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0,440$; $p<0,001$). Bu sonuçlar, Akdeniz diyetine daha yüksek uyumun her iki ortoreksiya türü ile de pozitif ilişkili olduğunu göstermektedir. Fiziksel aktiviteye ilişkin şiddetli fiziksel aktivite düzeyi, her iki değişkenle de anlamlı düzeyde pozitif korelasyon göstermiştir (ON için $r=0,188$; $p=0,035$; sağlıklı ortoreksiya için $r=0,180$; $p=0,043$). Orta şiddetli fiziksel aktivite düzeyi yalnızca sağlıklı ortoreksiya ile anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=0,194$; $p=0,029$). Ancak yürüyüş, toplam fiziksel aktivite ile her iki ortoreksiya türü arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (p değerlerinin tümü $>0,05$).

Vücut kompozisyonu değişkenlerine bakıldığında, ON düzeyi ile sıvı miktarı arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ($r=0,176$; $p=0,048$). Diğer kompozisyon değişkenleri (kas kütlesi, kas yüzdesi, yağ kütlesi, yağ yüzdesi, yağsız kütle, yağsız kütle yüzdesi, iç yağlanma) ile ortoreksiya nervoza arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p değerlerinin tümü $>0,05$). Sağlıklı ortoreksiya ile kas yüzdesi ($r=0,214$, $p=0,015$), yağsız kütle yüzdesi ($r=0,214$, $p=0,016$) arasında pozitif, yağ kütlesi ($r=-0,185$, $p=0,038$) ve yağ yüzdesi ($r=-0,214$, $p=0,016$) arasında ise negatif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Bu bulgular, sağlıklı ortoreksiya düzeyleri arttıkça bireylerin daha düşük yağ oranına ve daha yüksek kas ve yağsız kütle yüzdesine sahip olduğunu göstermektedir. Sağlıklı ortoreksiya düzeyi ile iç yağlanma düzeyi ($r=-0,187$; $p=0,035$) arasında da negatif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tablo 4-16: Bireylerin ortoreksiya ile fiziksel aktivite, Akdeniz diyeti uyumu ve vücut kompozisyonu değerleri arasında korelasyon analizi

| | | Ortoreksiya Nervoza | Sağlıklı Ortoreksiya |
|---------------------------------|---|---------------------|----------------------|
| Akdeniz Diyeti Uyumu | | | |
| MEDAS toplam | r | 0,213* | 0,440** |
| | p | 0,016 | 0,000 |
| Fiziksel Aktivite | | | |
| Şiddetli Fiziksel Aktivite | r | 0,188* | 0,180* |
| | p | 0,035 | 0,043 |
| Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite | r | 0,133 | 0,194* |
| | p | 0,135 | 0,029 |
| Yürüme | r | -0,028 | -0,026 |
| | p | 0,751 | 0,768 |
| Toplam Fiziksel Aktivite | r | 0,090 | 0,126 |
| | p | 0,314 | 0,159 |
| Vücut Kompozisyonu | | | |
| Kas (kg) | r | 0,170 | -0,050 |
| | p | 0,056 | 0,575 |
| Kas (%) | r | 0,119 | 0,214* ^a |
| | p | 0,182 | 0,015 |
| Yağ (kg) | r | -0,018 | -0,185* |
| | p | 0,838 | 0,038 |
| Yağ (%) | r | -0,117 | -0,214* ^a |
| | p | 0,189 | 0,016 |
| Yağsız Kütle (kg) | r | 0,155 | -0,052 |
| | p | 0,082 | 0,558 |
| Yağsız Kütle (%) | r | 0,117 | 0,214* ^a |
| | p | 0,190 | 0,016 |
| Sıvı (kg) | r | 0,176* | -0,076 |
| | p | 0,048 | 0,396 |
| Sıvı (%) | r | 0,086 | 0,109 ^a |
| | p | 0,334 | 0,221 |
| İç Yağlanma Oranı | r | 0,004 | -0,187* |
| | p | 0,967 | 0,035 |

^a: Pearson Korelasyon Analizi: *<0,05; **<0,01
Spearman Korelasyon Analizi: *<0,05; **<0,01
kg: kilogram

4.11. Bireylerin Ortoreksiya, Fiziksel Aktivite, Akdeniz Diyeti Uyumu ve Vücut Kompozisyonu Değerleri ile BKİ ve Antropometrik Ölçümler Arasında Korelasyon Analizi

Tabloda ortoreksiya, fiziksel aktivite, Akdeniz diyeti uyumu ve vücut kompozisyonu puanları BKİ, bel çevresi, bel-kalça oranı ve yaş değişkenleri arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir (Tablo 4.17).

Ortoreksiya nervoza ile BKİ ($r=0,118$; $p=0,187$), bel çevresi ($r=0,022$; $p=0,809$), bel/kalça oranı ($r=0,134$; $p=0,133$) ve yaş ($r=0,050$; $p=0,580$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Benzer şekilde, sağlıklı ortoreksiya düzeyi ile bu antropometrik değişkenler arasında da anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (p değerlerinin tümü $>0,05$).

Öte yandan MEDAS puanı ile BKİ arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,204$; $p=0,021$), bu durum Akdeniz diyetine uyum arttıkça BKİ'nin azaldığını göstermektedir. Ancak diğer değişkenlerle (bel çevresi, bel/kalça oranı, yaş) MEDAS puanı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Fiziksel aktivite düzeyine bakıldığında, şiddetli fiziksel aktivite, BKİ ($r=0,266$; $p=0,003$) ile pozitif ve anlamlı ilişki göstermiştir. Yürüyüş düzeyi ise yalnızca bel/kalça oranıyla anlamlı düzeyde pozitif ilişkilidir ($r=0,182$; $p=0,040$). Toplam fiziksel aktivite puanı da hem BKİ ($r=0,183$; $p=0,039$) hem de bel/kalça oranı ($r=0,199$; $p=0,025$) ile anlamlı ilişkiler göstermiştir.

Vücut kompozisyonu değişkenleriyle antropometrik ölçümler arasındaki korelasyonlar oldukça güçlüdür. Özellikle kas kütlesi, yağ yüzdesi, yağ kütlesi, yağsız kütle ve sıvı miktarı ve iç yağlanma değişkenleri BKİ ($r=0,735-0,849$ aralığında), bel çevresi ($r=0,627-0,834$ aralığında) ve bel/kalça oranı ($r=0,619-0,866$ aralığında) ile yüksek düzeyde pozitif ve anlamlı ilişkiler göstermektedir (p değerlerinin tümü $<0,001$). Tersine, kas yüzdesi, yağsız kütle yüzdesi gibi oransal değişkenler bu ölçümlerle negatif yönde anlamlı ilişkilidir. Sıvı yüzdesi sadece BKİ ile negatif yönde korelasyon göstermektedir.

Yaş değişkeni ise hiçbir vücut kompozisyonu değişkeniyle anlamlı düzeyde korelasyon göstermemektedir (p değerlerinin tümü $>0,05$). Genel olarak, antropometrik

ölçümlerle beslenme alışkanlığı (MEDAS) ve fiziksel aktivite arasında sınırlı düzeyde, vücut kompozisyonu ile ise güçlü ve tutarlı ilişkiler gözlemlenmiştir.

Tablo 4-17: Bireylerin ortoreksiya, fiziksel aktivite, Akdeniz diyeti uyumu ve vücut kompozisyonu değerleri ile BKİ ve antropometrik ölçümler arasında korelasyon analizi

| | | BKİ | Bel Çevresi (cm) | Bel Kalça Oranı | Yaş (Yıl) |
|----------------------------------|---|----------|------------------|-----------------|-----------|
| Teruel Ortoreksiya Ölçeği | | | | | |
| Ortoreksiya Nervoza | r | 0,118 | 0,022 | 0,134 | 0,050 |
| | p | 0,187 | 0,809 | 0,133 | 0,580 |
| Sağlıklı Ortoreksiya | r | -0,127 | -0,172 | -0,066 | 0,065 |
| | p | 0,155 | 0,053 | 0,458 | 0,465 |
| Akdeniz Diyeti Uyumu | | | | | |
| MEDAS Toplam | r | -0,204* | -0,163 | -0,144 | -0,049 |
| | p | 0,021 | 0,067 | 0,107 | 0,584 |
| Fiziksel Aktivite | | | | | |
| Şiddetli Fiziksel Aktivite | r | 0,266** | 0,105 | 0,156 | -0,136 |
| | p | 0,003 | 0,239 | 0,080 | 0,128 |
| Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite | r | 0,006 | -0,072 | 0,055 | -0,141 |
| | p | 0,947 | 0,421 | 0,536 | 0,114 |
| Yürüme | r | 0,066 | 0,168 | 0,182* | 0,084 |
| | p | 0,462 | 0,059 | 0,040 | 0,349 |
| Toplam Fiziksel Aktivite | r | 0,183* | 0,173 | 0,199* | 0,028 |
| | p | 0,039 | 0,052 | 0,025 | 0,753 |
| Vücut Kompozisyonu | | | | | |
| Kas (kg) | r | 0,735** | 0,801** | 0,826** | 0,151 |
| | p | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,089 |
| Kas (%) | r | -0,457** | -0,224* | -0,217* | 0,090 |
| | p | 0,000 | 0,011 | 0,014 | 0,316 |
| Yağ (kg) | r | 0,800** | 0,627** | 0,619** | -0,001 |
| | p | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,987 |
| Yağ (%) | r | 0,464** | 0,230** | 0,224* | -0,090 |
| | p | 0,000 | 0,009 | 0,011 | 0,316 |
| Yağsız Kütle (kg) | r | 0,726** | 0,791** | 0,819** | 0,151 |
| | p | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,090 |
| Yağsız Kütle (%) | r | -0,464** | -0,230** | -0,224* | 0,089 |
| | p | 0,000 | 0,009 | 0,011 | 0,318 |
| Sıvı (kg) | r | 0,784** | 0,834** | 0,851** | 0,107 |
| | p | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,231 |
| Sıvı (%) | r | -0,312** | -0,054 | 0,019 | -0,007 |
| | p | 0,000 | 0,550 | 0,831 | 0,940 |
| İç Yağlanma Oranı | r | 0,849** | 0,831** | 0,866** | 0,122 |
| | p | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,174 |

*<0,05; **<0,01; Spearman Korelasyon Analizi
kg: kilogram

5. TARTIŞMA

5.1. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Mevcut araştırmaya %60,6'sı kadın ve %39,4'ü erkek olmak üzere 127 araştırma görevlisi katılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin yaş dağılımı 24-42 aralığında olup, yaş ortalaması $27,650 \pm 2,674$ yıldır (Tablo 4.1). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2025 yılı verilerine göre, Türkiye nüfusunun %49,98'i kadınlar, %50,02'si erkeklerden oluşmaktadır (TÜİK 2025a). Mevcut çalışmayla olan farklılığın sebebinin araştırmanın küçük bir grubu temsil etmesi ve araştırmanın yapıldığı birimlerde kadın araştırma görevlisinin daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Tıp fakültesi araştırma görevlilerinde ON prevalansını incelemek üzere yapılan bir araştırmada katılımcıların %53,1'i erkek olup, yaş ortalaması $27,2 \pm 2,9$ yıl olarak belirtilmiştir (Bağcı Bosi ve ark. 2007). Mevcut literatürle cinsiyet dağılımındaki farklılık kurumların ve araştırmanın yapıldığı hastane birimlerinin değişiklik göstermesinden olabileceği düşünülmektedir.

Mevcut araştırmada katılan bireylerin %69,3'ü bekar ve katılımcıların %92,1'i çocuk sahibi olmadığını bildirmiştir (Tablo 4.1). TÜİK (2025b) verilerine göre nüfusun çoğunluğunun evlilerden oluştuğu belirtilse de farklılığın sebebinin, yine TÜİK (2025c) tarafından sağlanan verilerce ilk evlenme yaşının, (kadınlarda 25,8 yıl, erkeklerde 28,3 yıl) araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması göz önünde bulundurulduğunda yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Tıp fakültesi araştırma görevlilerinin sağlıklı yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir araştırmada katılımcıların %66,1'nin bekar olduğu ve %82,4'ünün çocuk sahibi olmadığı tespit edilmiştir (Uzunosmanoğlu 2022). Mevcut araştırma var olan literatürle bu açıdan benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin %65,4'ü aile üyesi ya da partnerle yaşamakta olduğunu, %34,6'sı ise yalnız yaşadığını bildirmiştir (Tablo 4.1). TÜİK (2024) verilerine göre, yalnız yaşayan birey oranı %19,7'dir. Araştırma sonuçları TÜİK verilerine göre farklılık göstermektedir. Mevcut çalışmanın araştırma tipinin kesitsel

olması, yalnızca belli bir grup üzerinde yapılmış olması ve örneklem büyüklüğünün bu farklılıklara sebep olduğu düşünülmektedir.

Mevcut araştırmaya katılan bireylerin %47,3'ü İç hastalıkları ve %14,2'si Çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümlerindedir (Tablo 4.2). Katılımcıların %82,7'si klinik, 17,3'ü temel tıp bilimlerinde; %52,8'i İç hastalıkları dışı, %47,2'si İç hastalıkları bölümlerinde görev yapmaktadırlar. Ankara Üniversitesinde yapılan bir araştırmada temel bilimlerde görev alan araştırma görevlilerinin sağlıklı yaşam alışkanlıklarının daha iyi olduğu bulunmuştur. Bunun sebebinin hastanede geçirilen sürenin daha az olması ve çalışma şeklinin nöbet usulüne dayanmamasının bireylerin daha sağlıklı seçimler yapabilmesine olanak sağlaması olduğu düşünülmüştür (Uzunosmanoğlu 2022). Mevcut araştırmada temel bilimlerde görev alıyor olmak ile MEDAS ve de fiziksel aktivite puanları arasında ilişki saptanmadı. Yapılan başka bir araştırmada cerrahi tıp bilimlerinde çalışan araştırma görevlilerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranış faktörlerinden olan beslenme puanının dahili bölümlere kıyasla daha düşük olduğunu saptamıştır (Dökmedemir 2024). Mevcut araştırmada cerrahi bölümler araştırma grubunda yer almadığı için karşılaştırma yapılamamıştır.

5.2. Bireylerin Yaşam Tarzı Özellikleri

Mevcut araştırmaya katılan bireylerin %92,9'u fiziksel hastalık varlığına hayır yanıtını vermiştir (Tablo 4.3). Evet yanıtını veren bireylerde görülen en sık şekilde bildirilen hastalık astımdır. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın yayınlamış olduğu Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2025) verilerine göre 15 yaş ve üzeri bireylerde son bir sene içerisinde en sık yaşanan sağlık sorunlarının %8,1'ini astım oluşturmaktadır. Mevcut araştırma bu verilerle tutarlılık göstermektedir.

Mevcut araştırmada katılan bireylerin %90,6'sı tanı konulmuş psikiyatrik hastalık varlığına hayır yanıtını vermiştir (Tablo 4.3). Evet yanıtını veren bireylerde en sık şekilde bildirilen psikiyatrik hastalık anksiyete bozukluğudur. Washington Üniversitesi Sağlık Ölçümleri ve Değerlendirmeleri Enstitüsü (IHME)'nün yapmış olduğu Küresel Hastalık Yüğü Çalışması (2024)'na göre Türkiye'de anksiyete

bozukluğu prevalansı %5,4'tür ve Kaybedilen Yaşam Yılı (YLD) ilk 10 nedeni arasında beşinci sırada yer almaktadır. Mevcut araştırma bu verilerle tutarlılık göstermektedir.

Mevcut araştırmada katılımcıların %85,8'i besin takviyesi kullanımına hayır, %14,2'si evet yanıtını vermiştir (Tablo 4.3). Evet yanıtını veren bireylerde en sık magnezyum ve omega-3 besin takviyeleri tercih edilmiştir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) (2019) verilerine göre 19-64 yaş grubundaki bireylerin %9,7'si besin takviyesi kullanmaktadır. Bu yaş grubunda en sık kullanılan besin takviyeleri B₁₂ vitamini (%2,9) ve D vitamini (%2,2) olmuştur. Araştırmalar eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte besin takviyesi kullanımının arttığını göstermektedir (Bozkurt Bekoğlu & Ergen 2016; Dickinson & Mackay 2014). Mevcut araştırmanın besin takviyesi kullanımının Türkiye geneline kıyasla daha yüksek çıkmasının sebebinin araştırma grubunun eğitim seviyesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırma görevlisi hekimlerde takviye kullanımını inceleyen bir araştırmada (Arık 2023) hekimlerin %69'u besin takviyesi kullanımına hayır, %31'i evet yanıtını vermiştir. Dickinson ve Mackay (2014) tarafından yapılan başka bir araştırmada hekimlerin %51'inin düzenli olarak besin takviyesi kullandığı bildirilmiştir. Mevcut araştırmadaki besin takviyesi kullanımının var olan literatüre kıyasla daha düşük olmasının sebebinin bölgesel ve kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin %91,3'ü diyet yapma durumuna hayır, %8,7'si evet yanıtını vermiştir. Katılımcıların %1,6'sı diyet gerektiren bir hastalık durumuna evet yanıtını vermiştir. Diyet gerektiren hastalıklara hipofosfotemi ve alerjik durum cevapları verilmiştir. Katılımcıların %80,3'ü diyetisyene hiç gitmediğini; %15,8'si mevcut durumda gitmediğini fakat daha önce gittiğini; %3,9'u mevcut durumda diyetisyene gittiğini bildirmiştir (Tablo 4.3). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2019) verilerine göre 15 ve üzeri yaş bireylerde nüfusun %9,1'i vücut ağırlığı kaybı için diyet yapmaktadır. Mevcut araştırmada diyetin uygulanma nedeni detaylı olarak sorgulanmadığı için bu durum araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır, bu nedenle literatür verileriyle karşılaştırılmamıştır. Sağlık çalışanlarıyla yürütülen bir araştırmada katılımcıların %63,2'si diyet yapmadığını bildirmiştir. Diyet yapan bireylerin %45,2'si diyeti kendisinin uyguladığını; %42,9'u diyetisyen tarafından önerildiğini bildirmiştir (Yılmaz 2018). Asistan hekimlerle yapılan başka bir araştırmada katılımcıların %62,9'u diyet uygulamadığını bildirmiştir (Arık 2023). Mevcut araştırmada var olan literatürle

benzer olarak diyet yapmayan bireylerin sayısının diyet yapanlardan daha fazla olduğu fakat oransal olarak çok daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun nedeninin bölgesel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Mevcut araştırmaya katılan bireylerin %69,3'ü hiç sigara kullanmadığını; %20,5'i mevcut durumda sigara kullandığını ve %10,2'si mevcut durumda sigara kullanmadığını fakat daha önce kullandığını bildirmiştir (Tablo 4.3). Türkiye Sağlık Araştırması 2022 verilerine göre Türkiye'de tütün ve mamullerini kullanmayan bireylerin oranı (daha önce kullanan veya hiç kullanmayanlar) %68'dir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2022). Mevcut araştırmada da bu oran ~%80 olup benzer şekilde kullananlara kıyasla daha fazladır.

Mevcut araştırmaya katılan bireylerin %57,5'i hiç alkol kullanmadığını; %37,8'i mevcut durumda kullandığını ve %4,7'si mevcut durumda kullanmadığını fakat daha önce kullandığını bildirmiştir. Türkiye Sağlık Araştırması 2022 verilerine göre alkol kullanmayan bireylerin (daha önce kullanan ve hiç kullanmayanlar) oranı %87,9 iken mevcut durumda alkol kullanan bireylerin oranı %12,1'dir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2022). Genel nüfusa göre kıyaslandığında araştırma görevlilerinde alkol tüketiminin daha fazla olması bireylerin ağır iş yükleri, düzensiz çalışma saatleri gibi stres faktörlerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Geuijen ve ark. 2023). Araştırma görevlilerinin ortoreksiya düzeylerinin incelendiği bir araştırmada katılımcıların %46,4'ünün alkol kullandığı; %51,9'unun hiç kullanmadığı ve %1,7'sinin mevcut durumda kullanmadığı fakat daha önce kullandığı bildirilmiştir (Can 2023). Sağlık çalışanlarıyla yapılan başka bir çalışmada alkol kullanmayan birey oranı %89,1, alkol kullanan bireylerin oranı %10,9 olarak bildirilmiştir (Düzgün 2022). Bu araştırmada mevcut durumda alkol kullanmayan fakat daha önce kullanan bireyler sorgulanmadığı için mevcut araştırmayla tam olarak kıyaslanamamaktadır. Var olan literatür bilgileriyle mevcut araştırma kıyaslandığında alkol kullanmayan bireylerin farklı oranlarda olsa da kullananlardan daha fazla olduğu görülmüştür. Bu oranların farklılığının bölgesel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.3. Bireylerin Antropometrik Ölçüm Değerleri

Mevcut araştırmaya katılan bireylerin vücut ağırlığı ortalaması $67,4 \pm 15,15$ kg (kadınlarda $58,71 \pm 8,65$ kg, erkeklerde $80,76 \pm 13,27$ kg), boy uzunluğu ortalaması 170 ± 9 cm (kadınlarda 164 ± 5 cm, erkeklerde 178 ± 7 cm), BKİ ortalaması $23,2 \pm 3,60$ kg/m² (kadınlarda $21,67 \pm 2,58$ kg/m², erkeklerde $25,55 \pm 3,71$) olarak bulunmuş (Tablo 4.4); bireylerin %68,5'inin normal (kadınlarda %81,8, erkeklerde %48), %21,3'ünün pre-obeziteli (kadınlarda %10,4, erkeklerde %38) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2025) verilerinde on beş yaş ve üzeri nüfusun vücut ağırlığı ortalamasının $73,7$ kg (kadınlarda $68,6$ kg, erkeklerde $78,9$ kg); boy ortalamasının $167,7$ cm (kadınların $161,7$ cm, erkeklerin $173,8$ cm), BKİ sınıflandırılmasına bakıldığında nüfusun %40,6'sının normal kilolu (kadınların %40,6, erkeklerin %40,6); %35,6'sının pre-obeziteli (kadınların %30,9, erkeklerin %40,4) olduğu bildirilmiştir. Mevcut araştırmada kadın katılımcıların pre-obezite oranları topluma göre belirgin olarak düşüktür.

Mevcut araştırmaya katılan bireylerin bel çevresi ortalaması $84,3 \pm 11,47$ cm, bel/kalça oranı ortalaması $0,8 \pm 0,08$ cm olarak ölçülmüştür (Tablo 4.4). Bel çevresi ortalaması kadınlarda $77,8 \pm 6,67$ cm, erkeklerde $94,25 \pm 10,06$ cm; bel/kalça oranı ortalaması kadınlarda $0,77 \pm 0,05$, erkeklerde $0,90 \pm 0,05$ olarak bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre abdominal obezite için belirlenmiş bel çevresi değerleri kadınlar için ≥ 88 cm, erkekler için ≥ 102 cm; metabolik komplikasyon riski için belirlenmiş olan bel/kalça oranı kadınlar için $\geq 0,85$, erkekler için $\geq 0,90$ 'dir (WHO 2008). Ancak bu değerlerin Amerikan toplumuna özgü olması, Türk toplumunun değerlendirilmesinde kullanılması konusunda soru işareti oluşturmaktadır. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ) Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu'nun gerçekleştirmiş olduğu araştırmada Türk toplumuna özgü abdominal obezite değerleri kadınlar için ≥ 90 cm, erkekler için ≥ 100 cm olarak bulunmuştur (TEMĐ 2024). Mevcut araştırmanın sonuçları TEMĐ değerlerine göre kıyaslandığında hem kadınlar hem de erkeklerin belirlenen ölçülerin altında olduğu görülmektedir, fakat erkek bireylerde bel/kalça oranı ortalaması DSÖ tarafından bildirilen sınır değerlerde saptanmıştır.

5.4. Teruel Ortoreksiya Ölçeği, Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği ve Fiziksel Aktivite Anketine İlişkin Puanların Değerlendirilmesi

Mevcut araştırmaya katılan bireylerin Teruel Ortoreksiya Ölçeği'nin alt boyutlarından (ON, Sağlıklı Ortoreksiya) almış oldukları puanların ortalaması sırasıyla $3,7\pm 3,50$ ve $11,5\pm 5,21$ 'dir (Tablo 4.6). Puanlar incelendiğinde bireylerin sağlıklı yeme davranışlarına daha yatkın olduğu söylenebilmektedir. Sağlık çalışanlarının ortoreksiya düzeylerinin incelendiği bir araştırmada katılımcıların ON puanı ortalaması $4,6\pm 4,77$, sağlıklı ortoreksiya puanı ortalaması $12,4\pm 5,83$ olarak bulunmuştur. Araştırmada meslek grupları ve ortoreksiya düzeyleri arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır (Özer 2023). Mevcut araştırma elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Tıp fakültesi araştırma görevlilerinin ON düzeylerinin incelendiği başka bir çalışmada katılımcıların sağlıklı ve düzgün beslenmeye yönelik yüksek derecede hassas davranışlarının olduğu bulunmuştur (Bağcı Bosi ve ark. 2007). Fakat araştırmada ortoreksiya düzeyleri sağlıklı ve patolojik olmak üzere ayrı kategorilerde değerlendirilmediğinden, bireylerin sağlıklı beslenme eğilimlerinin hangi düzlemde konumlandığı net olarak belirlenememektedir. Türkiye örnekleminde yapılan bir araştırmada ON ve sağlıklı ortoreksiya düzeyleri sırasıyla $3,8\pm 4,8$ ve $11,1\pm 6,1$ olarak bulunmuştur (Sezer Katar ve ark. 2024). Mevcut araştırmada var olan literatürle oldukça benzer sonuçlar tespit edilmiştir.

Mevcut araştırmaya katılan bireylerin Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği (MEDAS) puanı ortalaması $6,4\pm 2,32$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.7). Bireylerin %48,8'inin Akdeniz diyetine uyumu bulunmamaktadır (Tablo 4.8). Bu durum, katılımcıların büyük çoğunluğunun Akdeniz diyetine sıkı olarak bağlı kalmadığını ortaya koymaktadır. Sağlık çalışanlarının Akdeniz diyetine uyumlarını inceleyen bir araştırmada hastanede çalışan hekimlerin %69,8'inin diyetine sıkı uyumunun olduğu bulunmuştur (González-Sosa ve ark. 2021). Mevcut araştırmayla olan bu büyük farklılığın nedeninin araştırmanın İspanya'nın diğer bölgelerine nazaran Akdeniz diyetine daha fazla uyum gösteren bir bölgesinde yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Alemán ve ark. 2016). Yapılan başka bir araştırmada hekimlerin %56,6'sının Akdeniz diyetine kabul edilebilir düzeyde uyumunun olduğu bulunmuştur (Carlos ve ark. 2020). Obeid ve arkadaşları (2022) tarafından yürütülen sistematik derlemede, Akdeniz bölgesinde yaşayan bireylerin Akdeniz diyetine uyumlarını inceleyen 50 çalışmanın 35'inde, diyet

uyumunun düşük ya da orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu yönden mevcut araştırmayla benzerlik göstermektedir. Tıp fakültesi araştırma görevlileriyle yapılan bir araştırmada katılımcıların %37,1'inin herhangi bir diyeti uyguladığı, bunların da %17,4'ününün Akdeniz diyeti olduğu bildirilmiştir (Arık 2023). Akdeniz diyeti uygulayan birey sayısının az olduğu gözlemlenmiş olup araştırmada diyet uyumları sorgulanmadığı için mevcut araştırmayla kıyaslama yapılamamaktadır. Bir sağlık ocağında gerçekleştirilen başka bir araştırmada hekimlerin Akdeniz diyeti uyum skorlarının ortalaması $8,04 \pm 2,64$ olarak bulunmuştur (Kayak 2023). Mevcut araştırmayla olan farklılığın sebebinin araştırmada yer alan hekim sayısının ($n=24$) çok daha az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Mevcut araştırmaya katılan bireylerin haftalık toplam fiziksel aktivite puanı ortalaması $1785,47 \pm 1451,69$ (dağılım aralığı, 0-8871) MET-dk/hafta, haftalık şiddetli fiziksel aktivite puanı $385,20 \pm 988,49$ (dağılım aralığı, 0-8640) MET-dk/hafta olarak bulunmuştur. Haftalık orta şiddetli fiziksel aktivite puanı $137,48 \pm 309,91$ (dağılım aralığı, 0-2160) MET-dk/hafta ve haftalık yürüme puanı $1255,56 \pm 1097,80$ (dağılım aralığı, 0-4158) MET-dk/hafta olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.9). Katılımcıların %54,3'ünün orta düzeyde, %23,6'sının çok aktif olduğu bulunmuştur (Tablo 4.10). TBSA (2019) verilerine göre Türkiye nüfusunun genelinde tüm yaş grupları orta aktif düzeyde bir yaşam tarzına sahiptir. Mevcut araştırma da bu durumu yansıtmaktadır. Yapılan bir araştırmada araştırma görevlilerinin haftalık toplam fiziksel aktivite, şiddetli fiziksel aktivite, orta şiddetli fiziksel aktivite ve yürüme puanları sırasıyla; $2171,08 \pm 2630,45$, $1498,33 \pm 1570,07$, $647,59 \pm 1392,53$ ve $1419,74 \pm 2032,20$ MET-dk/hafta olarak bulunmuştur. Yine aynı araştırmada katılımcıların %51,3'ünün orta düzeyde aktif, %20,1'inin çok aktif olduğunu tespit etmiştir. Mevcut araştırma haftalık fiziksel aktivite düzey oranları açısından benzerlik göstermektedir (Gündüzhan 2020). Hekimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine yapılan bir araştırmada fiziksel aktivite davranışının diğer davranış türlerine kıyasla en düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. İlgili araştırmada bu durum hekimlerin hızlı ve yoğun yaşam tarzlarına yorulmuştur (Canbolat 2019). Mevcut araştırmada da bu durumun fiziksel aktivite düzeyleriyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarıyla yapılan başka bir araştırmada katılımcıların %73,7'sinin 600-3000 MET arasında fiziksel aktivite (yetersiz fiziksel aktivite/orta düzeyde aktif) yaptığı tespit edilmiştir. Mevcut

araştırmayla farklılığın sebebinin örneklem grubunda sağlık çalışanları olarak genel bir grubu el almasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Güneş Coşkun 2023).

5.5. Bireylerin Biyo-elektrik Empedans Analizlerinin Değerlendirilmesi

Mevcut araştırmada katılımcıların vücut kompozisyon analizleri erkeklerde; kas yüzdesi $76,19 \pm 5,94$ yağ yüzdesi $19,81 \pm 6,27$, yağsız kütle yüzdesi $80,19 \pm 6,27$, sıvı yüzdesi $56,51 \pm 4,29$ ve iç yağlanma oranı $5,56 \pm 3,18$; kadınlarda sırasıyla $73,11 \pm 5,49$, $22,95 \pm 5,79$, $77,05 \pm 5,79$, $51,45 \pm 4,36$ ve $1,69 \pm 0,94$ olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.11). Tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan bir araştırmada katılımcıların kas yüzdesi kadınlarda $76,6 \pm 6,6$, erkeklerde $80,9 \pm 5,1$; yağ yüzdesi kadınlarda $14,9 \pm 5,4$, erkeklerde $19,4 \pm 7,0$ olarak tespit edilmiştir (Jaremków ve ark 2023). Tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan başka bir araştırmada yağ yüzdesi kadınlarda $28,5 \pm 7,9$, erkeklerde $22,9 \pm 7,4$, iç yağlanma oranı ise kadınlarda $3,5 \pm 3,0$, erkeklerde $5,3 \pm 4,2$ olarak tespit edilmiştir (Haq ve ark. 2020). Mevcut araştırmada literatürle benzer şekilde erkeklerde kas yüzdesi ve iç yağlanma daha yüksek bulunmuş olup yağ yüzdesi kadınlarda daha yüksek tespit edilmiştir. Genel olarak erkekler daha fazla yağsız kütleyle sahipken kadınlar daha fazla yağ kütlelerine sahiptir (Schorr ve ark. 2018). Bu bulgular vücut kompozisyonunun cinsiyetler arası farklılıklar açısından beklenen sonuçlarıyla tutarlılık göstermektedir.

5.6. Bireylerin Teruel Ortoreksiya Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Ortoreksiya nervoza sağlıklı ya da saf olmadığına inanılan besinlerden kaçınma ve rutinleştirilmiş beslenme alışkanlıklarıyla karakterizedir (Koven & Wabry 2015). Sağlıklı ortoreksiya ise bireyin kimliğinin bir parçası olarak diyet ve sağlıklı beslenme konularında bireyin patolojik seviyelere ulaşmayan ilgisi olarak adlandırılabilir (Falgares ve ark. 2023). Mevcut araştırmada beklenenin aksine cinsiyet, medeni durum, yaşadığı kişi, çocuk sahibi olma durumu, ailede diyet yapan birey varlığı, sigara ve

alkol kullanımı gibi parametrelerde anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p değerlerinin tümü $>0,05$) (Tablo 4.12).

Mevcut araştırmada İç hastalıklarında görev alan araştırma görevlilerinin İç hastalıkları dışında görev alan bireylere kıyasla ON puanları istatistiksel olarak anlamlılığa yakın derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0,098$). Yapılan bir araştırmada dahili tıp bilimlerinde çalışan araştırma görevlilerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışı alt boyutu olan beslenme kategorisinden cerrahi tıp bilimlerinde çalışan bireylere kıyasla daha yüksek puan aldığı bulunmuştur (Dökmedemir,2024). Mevcut araştırmada cerrahi bölümler araştırmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca bilindiği kadarıyla mevcut araştırma ON ve sağlıklı ortoreksiyayı hastane bölümleri açısından inceleyen ilk çalışma olduğu için literatürle yeteri kadar kıyaslama yapılamamaktadır.

Mevcut araştırmada diyet yapan bireylerin ON puanlarının diyet yapmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.12). ON'li bireylerde var olan “temiz beslenme” inancı sebebiyle zamanla daha da kısıtlayıcı bir hale gelen bir diyet uygulamaları görülebilmektedir (Nevin & Vartanian 2017). Ortoreksiya nervozanın diyetle olan ilişkisini inceleyen bir araştırmada kısıtlayıcı diyet uygulayan bireylerde ON'nin daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Araştırmada ayrıca yaşam boyunca en az bir kez diyet uygulayan bireylerde ON belirtilerinde artış olduğu bulunmuştur (Novara, Pardini ve ark. 2022). Yapılan başka bir araştırmada ise katılımcılar diyet yapan ve yüksek derece ortoreksiya eğilimine sahip bireyler; diyet yapan ancak düşük seviyede ortoreksiya eğilimine sahip olanlar ve diyet yapmayan ancak yüksek seviyede ortoreksiya eğilimine sahip bireyler olarak gruplandırılmıştır. Araştırma sonucunda diyet yapan ve yüksek seviyede ortoreksiya eğilimi olan bireylerin sadece ortoreksiya eğilimi olan bireylere kıyasla daha yoğun ortoreksiya belirtileri gösterdiği saptanmıştır (Novara, Mattioli ve ark. 2022).

Fiziksel hastalık varlığında hem sağlıklı ortoreksiya hem de ON puanlarında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (sırasıyla $p=0,171$, $p=0,544$). Kronik bir hastalık tanısı sonrasında besin seçimlerinde değişiklikler ve sağlıklı bir diyete yönelim olabilmektedir (Bellikci-Koyu ve ark. 2024). Aynı şekilde yeme bozukluklarında ve ortoreksiya varlığında sağlık problemleri sebebiyle diyete önem verilmesi olası bir risk faktörü olarak görülmektedir (Kujawowicz ve ark. 2022). Organ naklinde yer alan donör ve alıcıların ortoreksiya seviyelerini inceleyen bir araştırmada kronik hastalığı

bulunan bireylerin ortoreksiya eğilimlerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Araştırmada bireylerin organ nakli sürecinde bağışıklık sistemlerini güçlendirmek ve nakil sonrasında komplikasyonları önlemek amacıyla sağlıklı beslenmeye yönelmelerinin, ortoreksiya eğilimlerinin olası bir nedeni olabileceği ifade edilmiştir (Bulut & Bulut 2023). Fakat araştırmada kullanılan ölçek ortoreksiyayı sağlıklı ve patolojik açıdan değerlendirmede için bu eğilimin altında yatan temel gerekçelendirme bilinmemektedir. Hekimlerle yapılan başka bir araştırmada kronik hastalık varlığı ve ON arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Bağcı Bosi ve ark. 2007). ON ve sağlıklı ortoreksiyada besin seçimlerinin nedenlerini inceleyen bir araştırmada sağlıklı ortoreksiya varlığında besin seçiminin “sağlık içeriği” ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Depa ve ark. 2019). Başka bir araştırmada ise sağlık anksiyetesi yalnızca ON ile pozitif olarak ilişkili bulunmuştur (Chace & Kluck 2022). ON'nin bir diğer karakteristik özelliği diyet rejiminin tıbbi olarak reçetelendirilmemiş olmasıdır (Pontillo ve ark. 2022). Bu bakımdan mevcut araştırmada da diyet yapanların yalnızca küçük bir kısmı (Tablo 4.3) diyet gerektiren bir hastalık bildirmiştir.

Psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda sağlıklı ortoreksiya puanı daha düşük saptandı ancak istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilememiştir ($p=0,101$). ON puanında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Katılımcılar tarafından en sık anksiyete bozukluğu ve depresyon bildirilmiştir. ON ve sağlıklı ortoreksiyanın psikolojik faktörlerle ilişkisini inceleyen bir araştırmada sağlıklı ortoreksiyanın ON'ye kıyasla daha düşük depresyon, anksiyete ve stres düzeyleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Barlow ve ark. 2024). Bu açıdan mevcut çalışmada hastalık durumu verisi ve psikiyatrik hastalık öyküsü olan birey sayısının az olmasından kaynaklı olarak kıyaslama yapılamamıştır.

Besin takviyesi kullanımında hem ON hem sağlıklı ortoreksiya puanları yüksek saptanmıştır fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla $p=0,093$, $p=0,129$). Yapılan bir araştırmada sağlıklı ortoreksiya daha yüksek olmak üzere hem sağlıklı ortoreksiya hem de ON'nin besin takviyesi kullanımı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Styk ve ark. 2024). Mevcut araştırmayla farklılığın sebebinin araştırma grubunun farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Fakat bu bulgular ortoreksiya tanımında yer alan sağlık ve sağlıklı yaşamaya yönelik meşguliyetin daha fazla olması (Donini ve ark. 2022) tanımıyla tutarlı bulunmuştur.

5.7. Bireylerin Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Mevcut araştırmada MEDAS ölçeği ve tanımlayıcı özellikler arasında bazı parametreler için istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar bulunmuştur (Tablo 4.13).

Mevcut araştırmada kadınların MEDAS puanı (Med=7,00, dağılım aralığı=0-12) erkeklere kıyasla (Med=6,00, dağılım aralığı=1-12) daha yüksek tespit edilmiştir ($p=0,050$). MEDAS ortalamalarına bakıldığında her iki cinsiyetin de Akdeniz diyetine uyumları bulunmamaktadır. Yapılan bir araştırmada katılımcıların Akdeniz diyetine uyumları düşük bulunmuştur ve cinsiyetler arası bir farklılık tespit edilmemiştir (López-Moreno ve ark. 2021). Yapılan başka araştırmalarda da mevcut araştırmayla benzer şekilde kadınların Akdeniz diyetine uyumları erkeklere kıyasla daha yüksek bulunmuştur (Barrea ve ark. 2024; Mattioli ve ark. 2015).

Psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylerin MEDAS puanı (Med=4,50, dağılım aralığı=1-9), tanısı olmayan bireylerden (Med=7, dağılım aralığı=0-12) daha düşük çıkmıştır ($p=0,042$). Akdeniz diyetine ait farklı besin gruplarının depresyon ve anksiyete ile ilişkisini inceleyen bir araştırmada yüksek Akdeniz diyeti skorunun depresyon ve anksiyete tanısı alma olasılığını azalttığını saptamıştır (Gibson-Smith ve ark. 2019). Yapılan başka bir araştırmada Akdeniz diyetine yüksek düzeyde uyan bireylerin %36 daha az depresyon semptomlarına sahip olduğu tespit edilmiştir (Morales ve ark. 2023). Üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir araştırmada Akdeniz diyetine düşük düzeyde uyumun depresyon ve stresle ilişkili olduğu saptanmıştır (Ünal & Özenoğlu 2024). Mevcut araştırma var olan literatürle bu açıdan benzerlik göstermektedir.

Mevcut araştırmada sigara içmeyen bireylerin MEDAS puanları (Med=7,00, dağılım aralığı=0-12) için bireylere kıyasla (Med=5,00, dağılım aralığı=1-12) daha yüksek bulunmuştur ($p=0,035$). Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencileriyle yapılan bir araştırmada mevcut araştırmadan farklı olarak sigara kullanımı ve Akdeniz diyetine uyum arasında bir ilişki saptanmamıştır (Şenay, 2022). Tıp öğrencileriyle yapılan bir araştırmada sigara kullanmayan bireylerde Akdeniz diyetine uyumun daha yüksek bir trend gösterdiği bulunmuştur (González-Sosa ve ark. 2023). Yapılan bir araştırmada

sigara kullanımı ve düşük düzeyde Akdeniz diyetine uyumun tüm nedenlere bağlı mortalite ve kanserle ilişkili mortalite oranlarını arttırdığı saptanmıştır (Pardavila-Belio ve ark. 2022). Bu sebeple sigara kullanan bireylerde, ek olarak Akdeniz diyetine uyumun artırılması gerekliliği vurgulanmalıdır.

5.8. Bireylerin Fiziksel Aktivite Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Fiziksel aktivite sağlık faydaları açısından önemli bir rol oynamaktadır (Dhuli ve ark. 2022). Bu sebeple bireylerde fiziksel aktivitenin arttığı ya da azaldığı durumları tespit etmek önem taşımaktadır. Mevcut araştırmada erkek katılımcıların yürüyüş ($p=0,049$) ve toplam fiziksel aktivite düzeyleri ($p=0,031$) kadınlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.14). Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınlamış olduğu rapora göre genel olarak kadınlar erkeklerden daha düşük fiziksel aktivite düzeylerine sahiptir (WHO 2022). Yapılan bir araştırmada benzer şekilde erkeklerin kadınlara kıyasla daha yüksek fiziksel aktivite düzeylerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada kadınların daha fazla sedanter davranış sergileme eğiliminde olduğu bulunmuştur (Yu & Ye 2023). Asistan hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceleyen bir araştırmada erkeklerin fiziksel aktivite düzeyleri kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (Ertürk 2022). Mevcut araştırma var olan literatürle bu cinsiyetler arası farklılık açısından benzerlik göstermektedir.

Mevcut araştırmada ailesinde diyet yapan kişi bulunmayan bireylerde orta şiddetli fiziksel aktivite daha yüksek tespit edilmiştir ($p=0,009$). Bireyin diyet yapması ile fiziksel aktivite kategorileri arasında bir ilişki saptanmamıştır. Yapılan araştırmalarda fiziksel aktivite düzeyinin artmasıyla birlikte bireylerde sağlıklı ve dengeli bir diyetle daha fazla uyulduğu gösterilmiştir (Fernandes ve ark. 2023; Martinovic ve ark. 2021). Mevcut bulguların sebebinin daha detaylı bir şekilde araştırılması gerekmektedir.

Mevcut araştırmada bireylerin şiddetli fiziksel aktivite ($r=0,266$, $p=0,003$) ve toplam fiziksel aktivite ($r=0,183$, $p=0,039$) düzeyleri ile BKİ arasında ve aynı şekilde toplam fiziksel aktivite düzeyi ile bel/kalça oranı arasında ($r=0,199$, $p=0,025$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.17). Bunun sebebi şiddetli

fiziksel aktivite yapan bireylerde vücut kompozisyonuna bakılmaksızın yorum yapılmasının zor olmasıdır. Genç atletlerde yapılan bir araştırmada, grup BKİ açısından incelendiğinde katılımcıların %78'i normal ağırlıkta, %18,7'si fazla kilolu ve %3,3'ü obeziteli olarak bulunmuştur. Fakat vücut yağı açısından incelendiğinde bu değerler sırasıyla %75, %14 ve %11 olarak tespit edilmiştir. Bu da özellikle yoğun fiziksel aktivite yapan bireylerde yalnızca BKİ bakılarak değerlendirme yapılmaması gerektiğini göstermektedir (Petri ve ark. 2020).

Mevcut araştırmada yürüyüş düzeyi bel/kalça oranıyla anlamlı düzeyde pozitif ilişkili bulunmuştur ($r=0,182$; $p=0,040$) (Tablo 4.17). Fakat var olan literatürde yürüyüş daha düşük bel/kalça oranıyla ilişkilendirilmiştir (McCormack ve ark. 2018; McCormack ve ark. 2017). Araştırmanın bu sonuçlarının daha fazla incelenmesi gerekmektedir.

5.9. Bireylerin Vücut Kompozisyonu Ölçümlerinin Tanımlayıcı ve Antropometrik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Araştırma görevlilerinin yoğun çalışma düzenleri, stresli yaşam biçimleri, kısıtlı zamanlarından dolayı sağlıklı bir diyetle uyumları ve düzenli bir egzersiz planını takip etmeleri zor olabilmektedir. Bunun da beraberinde vücut kompozisyonunda farklılıklar oluşturması beklenmektedir (Battles ve ark. 2004; Matsuo ve ark. 2020). Mevcut araştırmada vücut kompozisyonu parametrelerinin tümü cinsiyetler arasında anlamlı tespit edilmiştir (Tablo 4.15). Erkeklerin kas kütlesi/yüzdesi, yağ kütlesi, yağsız kütle/yüzdesi, sıvı miktarı/yüzdesi ve iç yağlanma oranı kadınlardan yüksek çıkarken; kadınların da yağ yüzdesi erkeklerden yüksek çıkmıştır (p değerlerinin tümü $<0,05$). Bu sonuçlar var olan literatürle benzerlik göstermektedir. Erkekler genel olarak daha fazla yağsız kütleye sahipken, kadınlar daha fazla yağ oranına sahiptir (Bredella 2017). Yapılan bir araştırmada erkeklerde yağsız kütle indeksi, iskelet kası kütlesi daha yüksek tespit edilmiştir. Mevcut araştırmadan farklı olarak iç yağlanma kadınlarda daha yüksek çıkmıştır. Bu farklılığın sebebinin etnik farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Khalid ve ark. 2022). Sağlık bilimleri ve tıp öğrencilerinde yapılan bir araştırmada mevcut araştırmayla benzer şekilde kadınlarda yağ yüzdesi erkeklere

kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Araştırmada iç yağlanma indeksi ve kas hacmi erkeklerde kadınlara kıyasla daha yüksek saptanmıştır (Haq ve ark. 2020).

Mevcut araştırmada İç hastalıkları bölümünde çalışan bireylerin sıvı miktarı ($p=0,037$) ve iç yağlanma düzeyleri ($p=0,035$) İç hastalıkları dışında çalışan bireylerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bölümler arası bu farklılığın daha detaylı bir şekilde araştırılması gerekmektedir.

Mevcut araştırmada evli bireylerin iç yağlanma oranı bekarlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($p=0,025$). Yapılan bir araştırmada bir partnerle yaşamının vücut ağırlığı artışıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (Hillebrandt 2022). Yapılan başka araştırmalarda da evli kadınlarda bekar bireylere kıyasla vücut ağırlığı artışı saptanmıştır (Whitton ve ark. 2021; Tian ve ark. 2020). Mevcut araştırma var olan literatürler benzerlik göstermektedir.

Mevcut araştırmada fiziksel hastalığı olan bireylerin yağsız kütle yüzdesi, sıvı yüzdesi ve kas yüzdesinin fiziksel hastalığı olmayan bireylere kıyasla daha düşük; yağ yüzdesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (p değerlerinin tümü $<0,05$). Katılımcıların en sık bildirmiş olduğu hastalıklardan biri olan polikistik over sendromunda endokrin bozulmalar sebebiyle vücut fizyolojisinde değişiklikler görülebilmektedir. Barrea ve arkadaşları (2019) tarafından polikistik over sendromu bulunan bireylerde kontrol grubuna kıyasla daha yüksek yağ kütlesi ve yine kontrol grubuna kıyasla daha düşük yağsız kütle ve sıvı miktarı olduğu tespit edilmiştir.

Mevcut araştırmada sigara kullanan bireylerde vücut kompozisyonunda anlamlı değişiklikler tespit edilmiştir. Sigara kullanan bireylerde, kas kütlesi, yağsız kütle, sıvı miktarı ve iç yağlanma düzeyleri sigara kullanmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır (p değerlerinin tümü $<0,05$). Sigara kullanımı vücut kompozisyonunda değişikliklere sebep olabilmektedir. Yapılan bir araştırmada sigara kullanımının bel çevresiyle pozitif olarak ilişkili olduğu bulunmuştur. Araştırmada, bu ilişkinin, sigara içme miktarının artmasıyla paralel olarak abdominal bölgede meydana gelen değişimlerden kaynaklanabileceği ifade edilmiştir (Gouveia ve ark. 2020). Yapılan başka bir araştırmada, farklı olarak kas dokusu ve iç yağlanma sigara kullanımıyla ilişkili bulunmamıştır. Fakat araştırmada sigara kullanan bireylerin sigara kullanmayanlara kıyasla daha yüksek yağ yüzdesine sahip olduğu tespit edilmiştir (Radmilović ve ark. 2023). Başka bir araştırmada sigara içmenin vücut kompozisyonu üzerinde negatif

etkisinin olduğu saptanmıştır (Caram ve ark. 2016). Mevcut araştırmada sigara kullanımının olumsuz sonuçlarının görülmemesinin sebebinin araştırma grubunda sigara kullanan birey sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Mevcut araştırmada bireylerde vücut kompozisyonu ve alkol kullanımıyla ilişkili bulgular da tespit edilmiştir. Alkol kullanan bireylerde kas kütlesi, yağsız kütle ve sıvı miktarı alkol kullanmayan bireylere kıyasla daha yüksek çıkmıştır (p değerlerinin tümü $<0,005$). Yapılan bir araştırmada alkol tüketimi BKİ ve bel çevresi ile ilişkilendirilmiştir. Araştırmada alkol kullanımının vücut kompozisyonuyla ilişkisinin sıklık ve miktarla bağlantılı olduğu bulunmuştur. Haftada 21-28 birim alkol tüketen bireylerde BKİ ve bel çevresi daha yüksek bulunurken; daha sık fakat ılımlı (Akdeniz tarzı alkol tüketimi) düzeylerde alkol tüketen bireylerde daha düşük BKİ ve bel çevresi tespit edilmiştir (Lean ve ark. 2018). Mevcut araştırmada katılımcıların haftalık alkol tüketimi ortalaması $1,1\pm0,89$ gün, alkol birimi ortalaması ise $2,1\pm2,18$ (Med=1/1-10) birim olarak bulunmuştur. Alkolün olumsuz etkisinin gözlenmemiş olmasının sıklık ve miktarların düşük olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Mevcut araştırmada vücut kompozisyonu değişkenleri BKİ, bel çevresi ve bel-kalça oranı ile ilişkili bulunmuştur. BKİ arttıa vücuttaki yağ oranının da arttığı, fakat kas ve sıvı yüzdesinin azaldığı, bel çevresi arttıa yağ kütlesi ve i yağlanmanın arttığı tespit edilmiştir. Özellikle iç yağlanma, BKİ, bel çevresi ve bel kalça oranı ile yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.17). Bu bulgular var olan literatürle benzer sonuçlar vermiştir. Yapılan bir araştırmada BKİ ve bel çevresi vücut yağ yüzdesi ile ilişkili bulunmuştur (Pereira da Silva ve ark. 2016). Kadınlarda obezite ve bulaşıcı olmayan hastalık riskinin tespit edilmesinde kullanılan yöntemleri inceleyen bir araştırmada BKİ, bel çevresi, bel kalça oranı ve kalça çevresinin obeziteyi ve buna bağlı hastalık risklerini değerlendirmede etkili araçlar olduğu vurgulanmaktadır (Hewage ve ark. 2023). Bu belirteçler vücut kompozisyonu hakkında fikir verebilmektedir.

Sonuç olarak, vücut kompozisyon ölçümleri özellikle cinsiyet, fiziksel hastalık varlığı, operasyon geçmişi, sürekli ilaç kullanımı ve sigara-alkol tüketimi gibi değişkenlerle anlamlı düzeyde ilişkilidir. Bu bulgular bireylerin sağlık durumu, yaşam biçimi ve beslenme alışkanlıklarının beden yapısı üzerinde belirgin etkileri olabileceğini göstermektedir.

5.10. Bireylerin Ortoreksiya ile Fiziksel Aktivite, Akdeniz Diyeti Uyumu ve Vücut Kompozisyonu Değerleri Arasında Korelasyon Analizi

Akdeniz diyetinin sağlıklı bir diyet olması ortoreksiya varlığında bu diyet tipine uyumun daha fazla olup olmadığı sorusunu uyandırmıştır (Martinovic ve ark. 2022). Mevcut araştırmada katılımcıların ON puanı ile MEDAS değerleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,213$, $p=0,016$) (Tablo 4.16). Aynı şekilde sağlıklı ortoreksiya ile MEDAS arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,440$, $p<0,001$). Sağlıklı ortoreksiya varlığında bireyler besin seçimi esnasında en çok sağlık içeriğine odaklanırken, ON varlığında vücut ağırlığı kontrolü besin seçimi açısından önemli bir faktör olabilmektedir (Depa ve ark. 2019). Bu da sağlıklı bir diyet olarak kabul edilen Akdeniz diyetinin farklı nedenler olsa dahi tercih edilme sebebini açıklayabilmektedir. Yapılan bir araştırmada profesyonel atletlerin, sporu profesyonel olarak yapmayan bireylere kıyasla Akdeniz diyetine uyumlarının ve ON eğilimlerinin daha fazla olduğu bulunmuştur (Martinovic ve ark. 2022). Bilindiği kadarıyla mevcut araştırma Akdeniz diyetine uyumun sağlıklı ortoreksiya ve ON ilişkisini iki boyutlu olarak inceleyen ilk araştırmadır. Bu sebeple mevcut bulgular literatürle yeterli düzeyde karşılaştırılamamaktadır.

Mevcut araştırmada hem ON ($r=0,188$, $p=0,035$) hem de sağlıklı ortoreksiya ($r=0,180$, $p=0,043$) şiddetli fiziksel aktivite ile, sağlıklı ortoreksiya ise ayrıca orta şiddetli fiziksel aktivite düzeyi ile istatistiksel olarak ilişkili bulunmuştur ($r=0,194$, $p=0,029$). Bir araştırmada ON'nin de orta şiddetli fiziksel aktivite ile ilişkili bulunmuşken (Brytek-Matera ve ark. 2022), diğer bir araştırmada ise sağlıklı ortoreksiya fiziksel aktivite ile daha fazla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Samaha ve ark. 2022). ON ve sağlıklı ortoreksiyanın yaşam biçimi seçimleriyle ilişkisini inceleyen bir araştırma sağlıklı ortoreksiya ve BKİ'yi negatif yönde ilişkili bulmuştur. Araştırmada ON ve sedanter davranış pozitif yönde ilişkili saptanmıştır (Zickgraf & Barrada 2021). Yapılan başka bir araştırmada ON artmış fiziksel aktivite ile ilişkilendirilmiş fakat bunun bir ruhsal hastalıktan ziyade sağlıklı ortoreksiya ile daha ilişkili olabileceği vurgulanmıştır (He ve ark. 2021). Bir diğer araştırmada ise benzer şekilde hem ON hem de sağlıklı ortoreksiya düzenli fiziksel aktivite ile ilişkili

bulunmuştur fakat sağlıklı ortoreksiyanın fiziksel aktivite ile ilişkisi daha yüksek bulunmuştur (Hanras ve ark. 2024). Beslenme ve yeme bozukluklarında artmış fiziksel aktivite varlığı bilinmekle birlikte ortoreksiya ile ilişkisi henüz kesin bir çerçeveye alınamamıştır. Bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Mevcut araştırmada bireylerin Akdeniz diyeti uyumları arttıkça BKİ düzeylerinin düştüğü bulunmuştur ($r=-0,204$, $p=0,021$) (Tablo 4.17). Yapılan yirmi senelik bir takip çalışmasında Akdeniz tipi diyete uyumun BKİ ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Araştırmada Akdeniz tipi diyete tam uyum olmasa dahi ılımlı düzeyde uyan bireylerde de bu diyet tipinin vücut ağırlığı kazanımı açısından koruyucu etkileri olduğu saptanmıştır (Damigou ve ark. 2024). Çocuk ve adolesanlarla yapılan araştırmaların meta-analizinde Akdeniz diyetine uyan bireylerde kontrol grubuna kıyasla BKİ düzeylerinde düşüş bulunmuştur (López-Gil ve ark. 2023). Mevcut araştırma var olan literatürle benzerlik göstermektedir.

Sağlıklı ortoreksiya ile kas yüzdesi ($r=0,214$, $p=0,015$), yağsız kütle yüzdesi ($r=0,214$, $p=0,016$) arasında pozitif, yağ kütlesi ($r=-0,185$, $p=0,038$), yağ yüzdesi ($r=-0,214$, $p=0,016$) ve iç yağlanma ($r=-0,187$, $p=0,035$) arasında ise negatif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Bu bulgular sağlıklı ortoreksiya puanı yüksek olan bireylerde daha yüksek düzeyde görülen orta şiddetli fiziksel aktivite ile açıklanabilmektedir (Armstrong ve ark. 2022; Kudiarasu ve ark. 2023; Xie ve ark. 2024). Sonuç olarak sağlıklı ortoreksiya ile genel sağlık açısından olumlu sonuçlar tespit edilmiştir. Buna karşılı ON ile vücut kompozisyonu arasında benzer ilişki saptanmamıştır.

Tıp Fakültesi araştırma görevlilerinde ortoreksiya düzeyinin fiziksel aktivite, Akdeniz diyeti uyumu ve vücut kompozisyonuyla ilişkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmanın sonuçları aşağıdaki gibidir:

- 1) Araştırmaya 77 (%60,6) kadın ve 50 (%39,4) erkek olmak üzere 127 araştırma görevlisi hekim katılmıştır.
- 2) Katılımcıların yaş ortalaması $27,6 \pm 2,67$ yıldır.
- 3) Katılımcıların %69,3'ü bekar, %30,7'si evlidir.
- 4) Katılımcıların %65,4'ü aile üyeleri ya da partnerle, %34,6'sı yalnız yaşamaktadır.

- 5) Katılımcıların %92,1'inin çocuğu bulunmamaktadır. Çocuğu olan tüm bireylerin bir çocuğu bulunmaktadır.
- 6) Katılımcıların %47,3'ü İç hastalıkları, %14,2'si Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, %7,1'i Tıbbi Patoloji, %6,3'ü Tıbbi Mikrobiyoloji, %3,9'u Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, %3,9'u Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, %3,1 Deri ve Zührevi Hastalıklar, %3,1'i Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp, %3,1'i Nöroloji, %2,4'ü Anatomi, %1,6'sı Kardiyoloji, %1,6'sı Tıbbi Biyokimya, %0,8'i Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, %0,8'i Halk Sağlığı, %0,8'i Tıbbi Farmakoloji bölümlerindedir.
- 7) Katılımcıların %52,8'i İç hastalıkları dışı, %47,2'si İç hastalıklarından; %82,7'si klinik, %17,3'ü temel tıp bilimlerindedir.
- 8) Katılımcıların %92,9'unda fiziksel bir hastalık bulunmamaktadır ve %90,6'sında tanı konulmuş bir psikiyatrik hastalık yoktur.
- 9) Araştırmaya katılan bireylerin %73,2'sinin bir operasyon geçmişi yoktur.
- 10) Katılımcıların %89,8'inin sürekli olarak kullandığı bir ilaç yoktur.
- 11) Bireylerin %85,8'i besin takviyesi kullanmamaktadır.
- 12) Araştırmaya katılan bireylerin %91,3'ü diyet yapmamaktadır. Katılımcıların %98,4'ünde diyet gerektiren bir hastalık durumu bulunmamakta; %80,3'ü daha önce diyetisyene hiç gitmemiştir. Katılımcıların %67,7'sinde ailede diyet yapan bir birey bulunmamaktadır. Aile üyelerinden diyet yapanların %26,8'i kişisel tercih sebebiyle diyet yapmaktadır.
- 13) Bireylerin %69,3'ü sigarayı hiç kullanmamıştır.
- 14) Katılımcıların %57,5'i alkol hiç tüketmemiştir.
- 15) Araştırmaya katılan erkeklerin vücut ağırlığı ortalaması $80,76 \pm 13,27$ kg, boy uzunluğu ortalaması 178 ± 7 cm, BKİ ortalaması $25,55 \pm 3,71$ kg/m²'dir.
- 16) Kadınların vücut ağırlığı ortalaması $58,71 \pm 8,65$ kg, boy uzunluğu ortalaması 164 ± 5 cm, BKİ ortalaması $21,67 \pm 2,58$ kg/m²'dir.

- 17) Kadınların bel çevresi ortalaması $77,8 \pm 6,66$ cm, erkeklerin $94,25 \pm 10,06$ cm; bel/kalça oranı ortalaması kadınlarda $0,77 \pm 0,05$ cm, erkeklerde $0,90 \pm 0,05$ cm'dir.
- 18) BKİ sınıflandırmasına göre kadın katılımcıların %81,8'i, erkeklerin %48'i normal aralıktadır.
- 19) Katılımcıların Teruel Ortoreksiya Ölçeği Ortoreksiya Nervoza alt boyutu puan ortalaması $3,7 \pm 3,50$ (dağılım aralığı 0-18); Sağlıklı Ortoreksiya alt boyutu puan ortalaması $11,5 \pm 5,21$ (dağılım aralığı 0-27)'dir.
- 20) Araştırmaya katılan bireylerin MEDAS puan ortalaması ise $6,4 \pm 2,32$ (dağılım aralığı 0-12)'dir. Katılan bireylerin %48,8'nin Akdeniz diyetine uyumu bulunmamaktadır.
- 21) Katılımcıların IPAQ-kısa form anketine göre toplam fiziksel aktivite puanı ortalama $1785,47 \pm 1451,69$ (dağılım aralığı, 0-8871) MET-dk/hafta, şiddetli fiziksel aktivite puanı ortalama $385,20 \pm 988,49$ (dağılım aralığı, 0-8640) MET-dk/hafta olarak bulunmuştur. Orta şiddetli fiziksel aktivite puanı $137,48 \pm 309,91$ (dağılım aralığı, 0-2160) MET-dk/hafta, yürüme puanı ise $1255,56 \pm 1097,80$ (dağılım aralığı, 0-4158) MET-dk/hafta'dır.
- 22) Bireylerin %54,3'ü orta düzeyde fiziksel aktivite yapmaktadır.
- 23) Araştırmaya katılan kadınların kas kütlesi açısından ortalama değeri $42,73 \pm 4,75$ kg (%73,11 \pm 5,49) iken, erkeklerde bu değer $61,22 \pm 6,99$ kg (%76,19 \pm 5,94)'dir. Yağ kütlesi ortalaması kadınlarda $13,82 \pm 4,92$ kg (%22,95 \pm 5,79), erkeklerde $16,73 \pm 7,47$ kg (%19,81 \pm 6,27)'dir. Yağsız kütle ortalaması kadınlarda $45,15 \pm 5,07$ kg (%77,05 \pm 5,79), erkeklerde $64,42 \pm 7,33$ kg (%80,19 \pm 6,27)'dir. Vücut sıvısı ortalaması kadınlarda $29,95 \pm 2,26$ kg (%51,45 \pm 4,36), erkeklerde $45,34 \pm 4,54$ kg (%56,51 \pm 4,29)'dir. İç yağlanma oranı kadınlarda $1,69 \pm 0,94$, erkeklerde $5,56 \pm 3,18$ 'dir.
- 24) Diyet yapan bireylerin ON puanları diyet yapmayan bireylere kıyasla daha yüksektir (p=0,033).
- 25) Kadınların MEDAS puanı erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir (p=0,050).

- 26) Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin MEDAS puanı olmayan bireylere kıyasla daha düşüktür ($p=0,042$).
- 27) Sigara kullanmayan bireylerin MEDAS puanı kullanan bireylere kıyasla daha yüksektir ($p=0,035$).
- 28) Erkek katılımcıların yürüyüş ($p=0,049$) ve toplam fiziksel aktivite düzeyleri ($p=0,031$) kadınlarla kıyasla daha yüksektir.
- 29) Ailesinde diyet yapan birey olmayan kişilerin olanlara kıyasla orta şiddetli fiziksel aktivite düzeyinin daha yüksektir ($p=0,009$).
- 30) Erkeklerin ortalama kas kütlesi/yüzdesi, yağsız kütlesi/yüzdesi, sıvı miktarı/yüzdesi ve iç yağlanması kadınlara göre daha yüksek; kadınların yağ oranı erkeklerle göre daha yüksek bulunmuştur (p değerlerinin tümü $<0,01$).
- 31) İç hastalıkları bölümünde çalışanların sıvı miktarı ($p=0,037$) ve iç yağlanma ($p=0,035$) düzeyleri İç hastalıkları dışında çalışanlara göre daha yüksektir.
- 32) Evli bireylerin iç yağlanma düzeyi bekarlara kıyasla daha yüksektir ($p=0,025$).
- 33) Fiziksel hastalığı olmayan bireylerin kas yüzdesi ($p=0,028$), yağsız kütle yüzdesi ($p=0,027$) ve sıvı yüzdesi ($p=0,004$) fiziksel hastalığı olanlara kıyasla daha yüksektir. Fiziksel hastalığı olan bireylerin yağ yüzdesi olmayanlara kıyasla daha yüksektir ($p=0,027$).
- 34) Geçirilmiş operasyonu olan bireylerde kas kütlesi ($p=0,015$), yağsız kütle ($p=0,009$) ve sıvı miktarı ($p=0,044$) daha yüksektir.
- 35) Sürekli ilaç kullanan bireylerde kas yüzdesi ($p=0,025$), yağsız kütle yüzdesi ($p=0,025$) ve sıvı yüzdesi ($p<0,01$) sürekli ilaç kullanmayanlara kıyasla daha düşük, yağ yüzdesi ise daha yüksektir ($p=0,025$).
- 36) Sigara kullanan bireylerde, kas kütlesi ($p=0,002$), yağsız kütle ($p=0,001$), sıvı ($p=0,001$), sıvı yüzdesi ($p=0,042$) ve iç yağlanma ($p=0,001$) düzeyleri sigara kullanmayanlara göre daha yüksektir.
- 37) Alkol kullanan bireylerin de kas kütlesi ($p=0,006$), yağsız kütle ($p=0,008$) ve sıvı miktarı ($p=0,015$) daha yüksektir.

- 38) Bireylerin ON eğilimi arttıkça Akdeniz diyetine uyumu artmaktadır ($r=0,213$, $p=0,016$).
- 39) Bireylerin sağlıklı ortoreksiya eğilimi arttıkça Akdeniz diyetine uyumu artmaktadır ($r=0,440$, $p<0,001$).
- 40) Bireylerin hem ON ($r=0,188$, $p=0,035$) hem de sağlıklı ortoreksiya ($r=0,180$, $p=0,043$) eğilimleri arttıkça şiddetli fiziksel aktivite düzeyleri artmaktadır.
- 41) Bireylerin sağlıklı ortoreksiya eğilimi arttıkça orta şiddetli fiziksel aktivite düzeyi artmaktadır ($r=0,194$, $p=0,029$).
- 42) Sağlıklı ortoreksiya arttıkça kas yüzdesi ($r=0,214$, $p=0,015$), yağsız kütle yüzdesi ($r=0,214$, $p=0,016$) artmakta, yağ kütlesi ($r=-0,185$, $p=0,038$) ve yağ yüzdesi ($r=-0,214$, $p=0,016$) ve iç yağlanma oranı ($r=-0,187$, $p=0,035$) azalmaktadır.
- 43) Bireylerin ON düzeyleri arttıkça sıvı kütlesi artmaktadır ($r=0,176$, $p=0,048$).
- 44) Bireylerin Akdeniz diyeti uyumları arttıkça BKİ değerleri düşmektedir ($r=-0,204$, $p=0,021$).
- 45) Şiddetli fiziksel aktivite düzeyi ile bireylerin BKİ değerleri arasında pozitif korelasyon vardır ($r=0,266$, $p=0,003$).
- 46) Bireylerin yürüme düzeyleri ile bel-kalça oranı arasında pozitif yönde korelasyon vardır ($r=0,182$, $p=0,040$).
- 47) Bireylerin toplam fiziksel aktivite düzeyleri ile BKİ ($r=0,183$, $p=0,039$) ve bel-kalça oranı ($r=0,199$, $p=0,025$) arasında pozitif yönde korelasyon vardır.
- 48) BKİ değerleri arttıkça bireylerin kas kütlesi ($r=0,735$, $p<0,001$), yağ kütlesi ($r=0,800$, $p<0,001$), yağ oranı ($r=0,464$, $p<0,001$), yağsız kütle ($r=0,726$, $p<0,001$), sıvı miktarı ($r=0,784$, $p<0,001$) ve iç yağlanma ($r=0,849$, $p<0,001$) düzeyleri artmaktadır.
- 49) Katılımcıların BKİ değerleri arttıkça kas yüzdesi ($r=-0,457$, $p<0,001$), yağsız kütle yüzdesi ($r=-0,464$, $p<0,001$) ve sıvı yüzdesi ($r=-0,312$, $p<0,001$) değerleri düşmektedir.

50) Bireylerin bel çevresi arttıkça kas kütlesi ($r=0,801$, $p<0,001$), yağ kütlesi ($r=0,627$, $p<0,001$), yağ yüzdesi ($r=0,230$, $p=0,009$), yağsız kütlesi ($r=0,791$, $p<0,001$), sıvı kütlesi ($r=0,834$, $p<0,001$) ve iç yağlanma oranı ($r=0,831$, $p<0,001$) artmakta; kas yüzdesi ($r=-0,224$, $p=0,011$), yağsız kütle yüzdesi ($r=-0,230$, $p=0,009$) azalmaktadır.

51) Bireylerin bel-kalça oranı arttıkça kas kütlesi ($r=0,826$, $p<0,001$), yağ kütlesi ($r=0,619$, $p<0,001$), yağsız kütlesi ($r=0,819$, $p<0,001$), sıvı kütlesi ($r=0,851$, $p<0,001$) ve iç yağlanma oranı ($r=0,866$, $p<0,001$) artmaktadır. Buna karşı kas yüzdesi ($r=-0,217$, $p=0,014$) ve yağsız kütle yüzdesi ($r=-0,224$, $p=0,011$) azalmaktadır.

Genel iyilik hali ancak sağlıklı bir diyet ve düzenli fiziksel aktivite ile mümkündür. Fakat günümüzde sedanter bir yaşam tarzı ve sağlıksız bir diyet örgüsü toplum genelinde yaygınlaşmaktadır. Bu bağlamda ortoreksiya, sağlıklı beslenmenin sağlanabilmesi için bir çaba olarak doğabilmektedir. Fakat madalyonun bir diğer yüzü de beslenme ve yeme bozukluklarıdır. Burada ortoreksiya nervoza, patolojik ve ilerleyici bir durum şeklinde görülebilmektedir ve prevalansının arttığı düşünülmektedir. Bu ayrımın doğru bir şekilde yapılabilmesi adına sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza tanı kriterleri için net bir çerçeve çizilmesi önerilmektedir. Akdeniz diyeti, dünya genelinde sağlık faydalarıyla bilinen bir diyet modelidir. Bu sebeple Akdeniz diyeti, ülkelerde giderek yaygınlaşan Tip 2 DM, KVH gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ya da tedavisinin bir parçası olarak önemli bir rol oynamaktadır. Sağlığın bir diğer bileşeni olan fiziksel aktivite gerek uluslar tarafından hazırlanan kılavuzlar gerekse DSÖ tarafından reçetelendirilmiştir. Beslenme ve yeme bozukluklarında diyet uygulamaları ve fiziksel aktivite kötüye kullanılabilir. Diyet ve fiziksel aktivitenin vücut kompozisyonu üzerinde de etkilerinin olduğu bilinmektedir. Mevcut araştırmada vücut kompozisyonunun ölçülmesi sırasındaki sınırlılıklar sebebiyle ileride yapılacak olan çalışmaların daha standarde edilmiş yöntemlerle yapılması uygun olacaktır.

Devletler tarafından hazırlanan sağlık politikalarının sahada uygulanmasında hekimler oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Ancak mevcut literatürde bu grubun sağlıklı yaşam davranışlarını sağlıklı ortoreksiya ve ON açısından inceleyen sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu sebeple hekimlerin Akdeniz diyeti gibi sağlıklı

diyet modellerine uyumu ve fiziksel aktivite tutumları daha detaylı incelenmeli, bu tutumların sağlık arayışından mı yoksa patolojik bir temele mi dayandığı daha kapsamlı bir araştırmayla güçlendirilmelidir.



KAYNAKLAR

Afshin, A., Sur, P. J., Fay, K. A., Cornaby, L., Ferrara, G., Salama, J. S., Mullany, E. C., Abate, K. H., Abbafati, C., Abebe, Z., Afarideh, M., Aggarwal, A., Agrawal, S., Akinyemiju, T., Alahdab, F., Bacha, U., Bachman, V. F., Badali, H., Badawi, A., ... Murray, C. J. L. (2019). Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 393(10184), 1958-1972. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8)

Agopyan, A., Kenger, E. B., Kermen, S., Ulker, M. T., Uzsoy, M. A., & Yetgin, M. K. (2019). The relationship between orthorexia nervosa and body composition in female students of the nutrition and dietetics department. *Eating and Weight Disorders*, 24(2), 257-266. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0565-3>

Alemán, J. A., Rentero, M. P. Z., Montoro-García, S., Mulero, J., Garrido, A. P., Leal, M., Guerrero, L., Ramos, E., & Ruilope, L. M. (2016). Adherence to the “Mediterranean Diet” in Spain and Its Relationship with Cardiovascular Risk (DIMERICA Study). *Nutrients*, 8(11). <https://doi.org/10.3390/NU8110680>

American Psychiatric Association. (2022). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı: DSM-5-TR* (G. Yüksel, Çev.). Nobel Tıp Kitabevleri. (Orijinal eser 2022 yılında yayımlanmıştır.)

Anastasiades, E., & Argyrides, M. (2022). Healthy orthorexia vs orthorexia nervosa: associations with body appreciation, functionality appreciation, intuitive eating and embodiment. *Eating and Weight Disorders*, 27(8), 3197-3206. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01449-9>

Anil, C., Aritici, G., Ari, H., & Tutuncu, N. B. (2015). Prevalence of orthorexia in diabetic patients. *Endocrine Abstracts*, 37. <https://doi.org/10.1530/ENDOABS.37.EP327>

Arık, I. (2023). *Bir üniversite hastanesinde çalışan araştırma görevlisi doktorlarda beslenme alışkanlıkları, diyet uygulama ve takviye kullanma durumunun incelenmesi* [Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi]. Karabük Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Karabük.

Armstrong, A., Jungbluth Rodriguez, K., Sabag, A., Mavros, Y., Parker, H. M., Keating, S. E., & Johnson, N. A. (2022). Effect of aerobic exercise on waist circumference in adults with overweight or obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 23(8). <https://doi.org/10.1111/OBR.13446>,

Asarkaya, B., & Arcan, K. (2021). Teruel Ortoreksiya Ölçeği'nin (TOÖ) uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 5(2), 113–127. <https://doi.org/10.5455/kpd.26024438m000039>

Bağcı Bosı, A. T., Çamur, D., & Güler, Ç. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*, 49(3), 661-666. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2007.04.007>

Balasundaram, P., & Santhanam, P. (2025, Ocak). *Eating disorders*. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. Erişim 23.02.2025, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33620794/>

Barlow, I. U., Lee, E., & Saling, L. (2024). Orthorexia nervosa versus healthy orthorexia: Anxiety, perfectionism, and mindfulness as risk and preventative factors of distress. *European Eating Disorders Review*, 32(1), 130-147. <https://doi.org/10.1002/erv.3032>

Barrada, J. R., & Roncero, M. (2018). Estructura Bidimensional de la Ortorexia: Desarrollo y Validación Inicial de un Nuevo Instrumento. *Anales de Psicología*, 34(2), 283-291. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.2.299671>

Barrea, L., Arnone, A., Annunziata, G., Muscogiuri, G., Laudisio, D., Salzano, C., Pugliese, G., Colao, A., & Savastano, S. (2019). Adherence to the mediterranean diet, dietary patterns and body composition in women with polycystic ovary syndrome (PCOS). *Nutrients*, 11(10). <https://doi.org/10.3390/NU11102278>,

Barrea, L., Verde, L., Suárez, R., Frias-Toral, E., Andrade Vásquez, C., Colao, A., Savastano, S. ve Muscogiuri, G. (2024). Sex-differences in Mediterranean diet: a key piece to explain sex-related cardiovascular risk in obesity? A cross-sectional study. *Journal of Translational Medicine*, 22(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12967-023-04814-z>

Barthels, F., Barrada, J. R., & Roncero, M. (2019). Orthorexia nervosa and healthy orthorexia as new eating styles. *PLoS ONE*, *14*(7). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0219609>

Battles, S. M., Williams, C. J., & Duldner, J. E. (2004). Body composition change during the intern year of emergency medicine residency. *Annals of Emergency Medicine*, *44*(4), S76-S77. <https://doi.org/10.1016/J.ANNEMERGMED.2004.07.251>

Bellikci-Koyu, E., Karaağaç, Y., & Yürük, A. A. (2024). Factors associated with food label use: focus on healthy aspects of orthorexia and orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, *29*(1), 32. <https://doi.org/10.1007/S40519-024-01661-9>

Bernal-Orozco, M. F., Posada-Falomir, M., Quiñónez-Gastélum, C. M., Plascencia-Aguilera, L. P., Arana-Nuño, J. R., Badillo-Camacho, N., Márquez-Sandoval, F., Holway, F. E., & Vizmanos-Lamotte, B. (2020). Anthropometric and body composition profile of young professional soccer players. *Journal of Strength and Conditioning Research*, *34*(7), 1911–1923. <https://doi.org/10.1519/JSC.0000000000003416>

Bonofiglio, D. (2022). Mediterranean Diet and Physical Activity as Healthy Lifestyles for Human Health. *Nutrients*, *14*(12), 14. <https://doi.org/10.3390/NU14122514>

Borga, M., West, J., Bell, J. D., Harvey, N. C., Romu, T., Heymsfield, S. B., & Leinhard, O. D. (2018). Advanced body composition assessment: from body mass index to body composition profiling. *Journal of Investigative Medicine*, *66*(5), 1. <https://doi.org/10.1136/JIM-2018-000722>

Bozkurt Bekoğlu, F., & Ergen, A. (2016). Türkiye de Besin Destek Ürünlerine Yönelik Görüşler ve Tüketici Profilini Tanımlamaya Yönelik Bir Araştırma (Views Regarding Dietary Supplements in Turkey and a Research to Profile the Consumers). *Journal of Business Research - Turk*, *8*(1), 323-323. <https://doi.org/10.20491/ISADER.2016.147>

Bratman S. (1997). The health food eating disorder. *Yoga Journal*, *42*, 50.

Bredella, M. A. (2017). Sex differences in body composition. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, *1043*, 9-27. https://doi.org/10.1007/978-3-319-70178-3_2,

Brytek-Matera, A., Pardini, S., Szubert, J., & Novara, C. (2022). Orthorexia Nervosa and Disordered Eating Attitudes, Self-Esteem and Physical Activity among Young Adults. *Nutrients*, *14*(6), 1289. <https://doi.org/10.3390/NU14061289>

Budreviciute, A., Damiati, S., Sabir, D. K., Onder, K., Schuller-Goetzburg, P., Plakys, G., Katileviciute, A., Khoja, S., & Kodzius, R. (2020). Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. *Frontiers in Public Health*, *8*, 574111. <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2020.574111>

Bulut, A., & Bulut, A. Z. (2023). Evaluation of the recipient and donor in organ transplantation in terms of orthorexia nervosa. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, *27*(21), 10531-10538. https://doi.org/10.26355/EURREV_202311_34329,

Campbell, A. P. (2017). DASH Eating Plan: An Eating Pattern for Diabetes Management. *Diabetes Spectrum : A Publication of the American Diabetes Association*, *30*(2), 76. <https://doi.org/10.2337/DS16-0084>

Canbolat, Y. (2019). *Üniversite hastanesi ve birinci basamak hekimlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırılması; Edirne örneğinde* [Tıpta uzmanlık tezi]. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne.

Can, M. B. (2023). *Hekimlerin sağlık anksiyetesi düzeyi ile sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya nervoza) arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi* [Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul.

Caram, L. M. D. O., Ferrari, R., Bertani, A. L., Garcia, T., Mesquita, C. B., Knaut, C., Tanni, S. E., & Godoy, I. (2016). Smoking and early COPD as independent predictors of body composition, exercise capacity, and health status. *PLoS ONE*, *11*(10). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0164290>,

Carlos, S., Carlos, S., Rico-Campà, A., Rico-Campà, A., Rico-Campà, A., De La Fuente-Arillaga, C., De La Fuente-Arillaga, C., De La Fuente-Arillaga, C., Echavarri, M., Fernandez-Montero, A., Fernandez-Montero, A., Gea, A., Gea, A., Gea, A., Salazar, C., & Martínez-González, M. A. (2020). Do healthy doctors deliver better messages of

health promotion to their patients?: Data from the SUN cohort study. *European journal of public health*, 30(3), 466-472. <https://doi.org/10.1093/EURPUB/CKAA019>

Cena, H., & Calder, P. C. (2020). Defining a healthy diet: Evidence for the role of contemporary dietary patterns in health and disease. İçinde *Nutrients* (C. 12, Sayı 2). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/nu12020334>

Chace, S., & Kluck, A. S. (2022). Validation of the Teruel Orthorexia Scale and relationship to health anxiety in a U.S. sample. *Eating and Weight Disorders*, 27(4), 1437-1447. <https://doi.org/10.1007/S40519-021-01272-8/METRICS>

Clemente-Suárez, V. J., Beltrán-Velasco, A. I., Redondo-Flórez, L., Martín-Rodríguez, A., & Tornero-Aguilera, J. F. (2023). Global Impacts of Western Diet and Its Effects on Metabolism and Health: A Narrative Review. *Nutrients*, 15(12). <https://doi.org/10.3390/NU15122749>

Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J. F., & Oja, P. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(8), 1381–1395. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>

Critselis, E., & Panagiotakos, D. (2020). Adherence to the Mediterranean diet and healthy ageing: Current evidence, biological pathways, and future directions. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 60(13), 2148-2157. <https://doi.org/10.1080/10408398.2019.1631752>

D'Alessandro, A., & De Pergola, G. (2018). The Mediterranean Diet: its definition and evaluation of a priori dietary indexes in primary cardiovascular prevention. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 69(6), 647-659. <https://doi.org/10.1080/09637486.2017.1417978>

Damigou, E., Georgoulis, M., Chrysohoou, C., Barkas, F., Vlachopoulou, E., Adamidis, P. S., Kravvariti, E., Tsioufis, C., Pitsavos, C., Liberopoulos, E., Sfikakis, P. P., & Panagiotakos, D. (2024). *Mediterranean-Type Diet Adherence and Body Mass Index through 20 Years of Follow-Up: Results from the ATTICA Cohort Study (2002–2022)*. *Nutrients*, 16(8), 1128. <https://doi.org/10.3390/nu16081128>

De Rezende, L. F. M., Rey-López, J. P., Matsudo, V. K. R., & Luiz, O. D. C. (2014). Sedentary behavior and health outcomes among older adults: a systematic review. *BMC Public Health*, *14*(1), 333. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-333>

de Ridder, D., Kroese, F., Evers, C., Adriaanse, M., & Gillebaart, M. (2017). Healthy diet: Health impact, prevalence, correlates, and interventions. *Psychology & Health*, *32*(8), 907-941. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1316849>

Depa, J., Barrada, J. R., & Roncero, M. (2019). Are the Motives for Food Choices Different in Orthorexia Nervosa and Healthy Orthorexia? *Nutrients* 2019, Vol. 11, Page 697, *11*(3), 697. <https://doi.org/10.3390/NU11030697>

Dhuli, K., Naureen, Z., Medori, M. C., Fioretti, F., Caruso, P., Perrone, M. A., Nodari, S., Manganotti, P., Xhufi, S., Bushati, M., Bozo, D., Connelly, S. T., Herbst, K. L., & Bertelli, M. (2022). Physical activity for health. *Journal of preventive medicine and hygiene*, *63*(2), E150-E159. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/JPMH2022.63.2S3.2756>,

Dickinson, A., & Mackay, D. (2014). Health habits and other characteristics of dietary supplement users: a review. *Nutrition Journal*, *13*(1), 14. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-13-14>

Dinu, M., Pagliai, G., Casini, A., & Sofi, F. (2017). Mediterranean diet and multiple health outcomes: an umbrella review of meta-analyses of observational studies and randomised trials. *European Journal of Clinical Nutrition* 2018 *72:1*, *72*(1), 30-43. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2017.58>

Dominguez, L. J., Di Bella, G., Veronese, N., & Barbagallo, M. (2021). Impact of mediterranean diet on chronic non-communicable diseases and longevity. *Nutrients*, *13*(6). <https://doi.org/10.3390/nu13062028>

Dominguez, L. J., Veronese, N., Di Bella, G., Cusumano, C., Parisi, A., Tagliaferri, F., Ciriminna, S., & Barbagallo, M. (2023). Mediterranean diet in the management and prevention of obesity. *Experimental Gerontology*, *174*, 112121. <https://doi.org/10.1016/J.EXGER.2023.112121>

Donini, L. M., Barrada, J. R., Barthels, F., Dunn, T. M., Babeau, C., Brytek-Matera, A., Cena, H., Cerolini, S., Cho, H. hyun, Coimbra, M., Cuzzolaro, M., Ferreira, C., Galfano, V., Grammatikopoulou, M. G., Hallit, S., Hãman, L., Hay, P., Jimbo, M.,

Lasson, C., ... Lombardo, C. (2022). A consensus document on definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 27(8), 3695-3711. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01512-5>

Dökmedemir, F. (2024). *Bir tıp fakültesi klinik bilimlerde araştırma görevlilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler* [Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi]. Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

Düzgün, M. N. (2022). *Isparta il merkezinde birinci basamak sağlık çalışanlarında sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya nervoza) ve diyet kalitesi ile ilişkisi* [Yüksek lisans tezi]. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Isparta.

Ertürk, M. (2022). *Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Asistan Hekim ve Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Sosyodemografik Özellikleri ile İlişkisi* (Yayımlanmamış Tıp Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara.

Falgares, G., Costanzo, G., Manna, G., Marchetti, D., Barrada, J. R., Roncero, M., Verrocchio, M. C., & Ingoglia, S. (2023). Healthy orthorexia vs. orthorexia nervosa: Italian validation of the Teruel Orthorexia Scale (TOS). *Eating and Weight Disorders*, 28(1), 42. <https://doi.org/10.1007/S40519-023-01568-X>

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). GPower (Sürüm 3.1.9.2) [Bilgisayar yazılımı]. Universität Düsseldorf. Erişim 23.09.2024, <https://www.psychologie.hhu.de/arbeitsgruppen/allgemeine-psychologie-und-arbeitspsychologie/gpower>

Fernandes, V., Rodrigues, F., Jacinto, M., Teixeira, D., Cid, L., Antunes, R., Matos, R., Reigal, R., Hernández-Mendo, A., Morales-Sánchez, V., & Monteiro, D. (2023). How Does the Level of Physical Activity Influence Eating Behavior? A Self-Determination Theory Approach. *Life*, 13(2), 298. <https://doi.org/10.3390/LIFE13020298>

Fidan, T., Ertekin, V., Işıkay, S., & Kirpınar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 51(1), 49-54. <https://doi.org/10.1016/J.COMPPSYCH.2009.03.001>

Forney, K. J., Crosby, R. D., Brown, T. A., Klein, K. M., & Keel, P. K. (2021). A naturalistic, long-term follow-up of purging disorder. *Psychological Medicine*, 51(6), 1020–1027. <https://doi.org/10.1017/S0033291719003982>

Galbete, C., Schwingshackl, L., Schwedhelm, C., Boeing, H., & Schulze, M. B. (2018). Evaluating Mediterranean diet and risk of chronic disease in cohort studies: an umbrella review of meta-analyses. *European Journal of Epidemiology*, 33(10), 909. <https://doi.org/10.1007/S10654-018-0427-3>

Geuijen, P., Schellekens, A., Schene, A., & Atsma, F. (2023). Substance use disorder and alcohol consumption patterns among Dutch physicians: a nationwide register-based study. *Addiction Science & Clinical Practice*, 18(1), 4. <https://doi.org/10.1186/S13722-022-00356-9>

Gibson-Smith, D., Bot, M., Brouwer, I. A., Visser, M., Giltay, E. J., & Penninx, B. W. J. H. (2019). Association of food groups with depression and anxiety disorders. *European Journal of Nutrition*, 59(2), 767. <https://doi.org/10.1007/S00394-019-01943-4>

Giel, K. E., Bulik, C. M., Fernandez-Aranda, F., Hay, P., Keski-Rahkonen, A., Schag, K., Schmidt, U., & Zipfel, S. (2022). Binge eating disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-y>

Godos, J., Castellano, S., & Marranzano, M. (2019). Adherence to a Mediterranean Dietary Pattern Is Associated with Higher Quality of Life in a Cohort of Italian Adults. *Nutrients*, 11(5). <https://doi.org/10.3390/NU11050981>

González-Sosa, S., Ruiz-Hernández, J. J., Domínguez-Rivero, S., Águila-Fernández, E., Godoy-Díaz, D., Santana-Báez, S., Puente-Fernández, A., & Conde-Martel, A. (2021). Adherence to the Mediterranean diet in health personnel from the province of Las Palmas. *Revista Clínica Española (English Edition)*, 221(10), 569-575. <https://doi.org/10.1016/J.RCENG.2021.01.008>

González-Sosa, S., Ruiz-Hernández, J. J., Puente-Fernández, A., Robaina-Bordón, J. M. ve Conde-Martel, A. (2023). *Assessment of adherence to the*

Mediterranean diet in medical students. Public Health Nutrition, 26(9), 1798–1806.
<https://doi.org/10.1017/S1368980023000964>

Gouveia, T. D. S., Trevisan, I. B., Santos, C. P., Silva, B. S. de A., Ramos, E. M. C., Proença, M., & Ramos, D. (2020). Smoking history: relationships with inflammatory markers, metabolic markers, body composition, muscle strength, and cardiopulmonary capacity in current smokers. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 46(5), e20180353. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/E20180353>

Guasch-Ferré, M., & Willett, W. C. (2021). The Mediterranean diet and health: a comprehensive overview. *Journal of Internal Medicine*, 290(3), 549-566.
<https://doi.org/10.1111/JOIM.13333>

Gündüzhan, M. E. (2020). *Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan araştırma görevlilerinin beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve metabolik risk faktörlerinin değerlendirilmesi* [Tıpta uzmanlık tezi]. Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Antalya.

Güneş Coşkun, A. (2023). *Sağlık çalışanlarının yeme davranışları, gündüz uyukuluk durumu ve fiziksel aktivite düzeyleri ile beden kütle indeksleri arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi]. Ankara Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Ankara.

Hanras, E., Boujut, E., Barrada, J. R. ve Dorard, G. (2024). *Differentiating healthy orthorexia from orthorexia nervosa: Sociodemographic, psychological and dietary characteristics in a French sample. Public Health Nutrition*, 27, e255.
<https://doi.org/10.1017/S1368980024002374>

Haq, I. U., Mariyam, Z., Zeb, F., Jiang, P., Wu, X., Shah, J., Xu, C., Zhou, M., Feng, Q., & Li, M. (2020). Identification of Body Composition, Dietary Patterns and Its Associated Factors in Medical University Students in China. *Ecology of Food and Nutrition*, 59(1), 65-78. <https://doi.org/10.1080/03670244.2019.1663350>

Harrison, A. N., Roche, K. D., James Bateman, C., Bateman, A., & Chang, S. M. (2022). Physical activity and disordered eating behaviours: Are Caribbean adolescents at risk? *International Journal of Psychology*, 57(2), 218-226.
<https://doi.org/10.1002/IJOP.12802>

He, J., Zhao, Y., Zhang, H. ve Lin, Z. (2021). *Orthorexia nervosa is associated with positive body image and life satisfaction in Chinese elderly: Evidence for a positive psychology perspective*. *International Journal of Eating Disorders*, 54(2), 212–221. <https://doi.org/10.1002/eat.23400>

Hernández-Reyes, A., Cámara-Martos, F., Molina-Luque, R., Romero-Saldanã, M., Molina-Recio, G., & Moreno-Rojas, R. (2019). Changes in body composition with a hypocaloric diet combined with sedentary, moderate and high-intense physical activity: a randomized controlled trial. *BMC women's health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/S12905-019-0864-5>

Hewage, N., Wijesekara, U., & Perera, R. (2023). Determining the best method for evaluating obesity and the risk for non-communicable diseases in women of childbearing age by measuring the body mass index, waist circumference, waist-to-hip ratio, waist-to-height ratio, A Body Shape Index, and hip index. *Nutrition*, 114. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2023.112135>

Hillebrandt, M.-A. (2022). *Impact of changes in relationship status on smoking behavior and body weight*. *Economics & Human Biology*, 44, 101077. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2021.101077>

Horovitz, O., & Argyrides, M. (2023). Orthorexia and Orthorexia Nervosa: A Comprehensive Examination of Prevalence, Risk Factors, Diagnosis, and Treatment. *Nutrients*, 15(17). <https://doi.org/10.3390/NU15173851>

IBM Corp. (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0* [Bilgisayar yazılımı]. IBM Corp.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2024). *Global burden of disease – with major processing by Our World in Data: Anxiety disorders prevalence* [Veri seti]. Institute for Health Metrics and Evaluation. Erişim 10.04.2025, <https://ourworldindata.org/grapher/anxiety-disorders-prevalence>

Jaremków, A., Markiewicz-Górka, I., Hajdusianek, W., Czerwińska, K., & Gać, P. (2023). The Relationship between Body Composition and Physical Activity Level in Students of Medical Faculties. *Journal of Clinical Medicine*, 13(1), 50. <https://doi.org/10.3390/JCM13010050>

Kalra, S., Kapoor, N., & Jacob, J. (2020). Orthorexia nervosa. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 70(7), 1282-1284. <https://openurl.ebsco.com/contentitem/cmedm:32799294?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:cmedm:32799294&crl=c>

Kayak, S. (2023). *Aile sağlığı merkezi çalışanlarının sürdürülebilir beslenme hakkında bilgi, tutum, davranışlarının ve diyet kalitelerinin değerlendirilmesi: Kırklareli il merkezi rneği* [Yüksek lisans tezi]. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı, Edirne.

Khalid, Z., Babur, M. N., Siddiqi, F. A., Khalid, S., Tareen, M. A. A., & Tassadaq, N. (2022). Body composition profiling and obesity analysis of healthy adults: A cross-sectional study. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 72(9), 1848-1851. <https://doi.org/10.47391/JPMA.4673>,

Kiani, A. K., Medori, M. C., Bonetti, G., Aquilanti, B., Velluti, V., Matera, G., Iaconelli, A., Stuppia, L., Connelly, S. T., Herbst, K. L., & Bertelli, M. (2022). Modern vision of the Mediterranean diet. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 63(2 Suppl 3), E36. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/JPMH2022.63.2S3.2745>

Kleindorfer, D. O., Towfighi, A., Chaturvedi, S., Cockroft, K. M., Gutierrez, J., Lombardi-Hill, D., Kamel, H., Kernan, W. N., Kittner, S. J., Leira, E. C., Lennon, O., Meschia, J. F., Nguyen, T. N., Pollak, P. M., Santangeli, P., Sharrief, A. Z., Smith, S. C., Turan, T. N., & Williams, L. S. (2021). 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 52(7), E364-E467. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000375/SUPPL_FILE/SUPPLEMENTAL

Koven, N. S., & Wabry, A. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385. <https://doi.org/10.2147/NDT.S61665>

Kudiarasu, C., Lopez, P., Galvo, D. A., Newton, R. U., Taaffe, D. R., Mansell, L., Fleay, B., Saunders, C., Fox-Harding, C., & Singh, F. (2023). What are the most effective exercise, physical activity and dietary interventions to improve body composition in women diagnosed with or at high-risk of breast cancer? A systematic

review and network meta-analysis. *Cancer*, 129(23), 3697-3712. <https://doi.org/10.1002/CNCR.35043>,

Kujawowicz, K., Mirończuk-Chodakowska, I., & Witkowska, A. M. (2022). Dietary Behavior and Risk of Orthorexia in Women with Celiac Disease. *Nutrients*, 14(4), 904. <https://doi.org/10.3390/NU14040904>

Kuriyan, R. (2018). Body composition techniques. *The Indian Journal of Medical Research*, 148(5), 648. https://doi.org/10.4103/IJMR.IJMR_1777_18

Lean, M. E. J., Vlachou, P., Govan, L., & Han, T. S. (2018). Different associations between body composition and alcohol when assessed by exposure frequency or by quantitative estimates of consumption. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 31(6), 747-757. <https://doi.org/10.1111/JHN.12583>

Liu, X., Morris, M. C., Dhana, K., Ventrelle, J., Johnson, K., Bishop, L., Hollings, C. S., Boulin, A., Laranjo, N., Stubbs, B. J., Reilly, X., Carey, V. J., Wang, Y., Furtado, J. D., Marcovina, S. M., Tangney, C., Aggarwal, N. T., Arfanakis, K., Sacks, F. M., & Barnes, L. L. (2021). Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay (MIND) Study: Rationale, Design and Baseline Characteristics of a Randomized Control Trial of the MIND Diet on Cognitive Decline. *Contemporary clinical trials*, 102, 106270. <https://doi.org/10.1016/J.CCT.2021.106270>

Locke, A., Schneiderhan, J., & Zick, S. M. (2018). Diets for Health: Goals and Guidelines. *American Family Physician*, 97(11), 721-728. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/0601/p721.html>

López-Gil, J. F., García-Hermoso, A., Sotos-Prieto, M., Cavero-Redondo, I., Martínez-Vizcaíno, V., & Kales, S. N. (2023). Mediterranean diet-based interventions to improve anthropometric and obesity indicators in children and adolescents: A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Advances in Nutrition*, 14(4), 858–869. <https://doi.org/10.1016/j.advnut.2023.04.011>

López-Moreno, M., Garcés-Rimón, M., Miguel, M. ve Iglesias López, M. T. (2021). Adherence to Mediterranean Diet, Alcohol Consumption and Emotional Eating in Spanish University Students. *Nutrients*, 13(9), 3174. <https://doi.org/10.3390/nu13093174>

Martínez-González, M. Á., Corella, D., Salas-salvadó, J., Ros, E., Covas, M. I., Fiol, M., Wärnberg, J., Arós, F., Ruíz-Gutiérrez, V., Lamuela-Raventós, R. M., Lapetra, J., Muñoz, M. Á., Martínez, J. A., Sáez, G., Serra-Majem, L., Pintó, X., Mitjavila, M. T., Tur, J. A., del Puy Portillo, M., & Estruch, R. (2012). Cohort profile: design and methods of the PREDIMED study. *International journal of epidemiology*, *41*(2), 377-385. <https://doi.org/10.1093/IJE/DYQ250>

Martini, D. (2019). Health Benefits of Mediterranean Diet. *Nutrients*, *11*(8). <https://doi.org/10.3390/NU11081802>

Martinovic, D., Tokic, D., Martinovic, L., Kumric, M., Vilovic, M., Rusic, D., Vrdoljak, J., Males, I., Kurir, T. T., Lupi-Ferandin, S., & Bozic, J. (2021). Adherence to the mediterranean diet and its association with the level of physical activity in fitness center users: Croatian-based study. *Nutrients*, *13*(11), 4038. <https://doi.org/10.3390/NU13114038/S1>

Martinovic, D., Tokic, D., Martinovic, L., Vilovic, M., Vrdoljak, J., Kumric, M., Bukic, J., Kurir, T. T., Tavra, M., & Bozic, J. (2022). Adherence to Mediterranean Diet and Tendency to Orthorexia Nervosa in Professional Athletes. *Nutrients*, *14*(2). <https://doi.org/10.3390/nu14020237>

Matsuo, T., Deshpande, G. A., Arioka, H., & Kobayashi, D. (2020). Association of Residency Training With Metabolic Measures. *JAMA Network Open*, *3*(4), e205120-e205120. <https://doi.org/10.1001/JAMANETWORKOPEN.2020.5120>

Mattioli, A. V., Pennella, S., Pedrazzi, P. ve Farinetti, A. (2015). Gender differences in adherence to Mediterranean diet and risk of atrial fibrillation. *Journal of Hypertension and Cardiology*, *1*(4), 4–13. <https://doi.org/10.14302/issn.2329-9487.jhc-13-210>

McCormack, G. R., Blackstaffe, A., Nettel-Aguirre, A., Csizmadi, I., Sandalack, B., Uribe, F. A., Rayes, A., Friedenreich, C., & Potestio, M. L. (2018). The Independent Associations between Walk Score® and Neighborhood Socioeconomic Status, Waist Circumference, Waist-To-Hip Ratio and Body Mass Index Among Urban Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(6), 1226. <https://doi.org/10.3390/IJERPH15061226>

McCormack, G. R., Friedenreich, C., McLaren, L., Potestio, M., Sandalack, B., & Csizmadi, I. (2017). Interactions between Neighbourhood Urban Form and Socioeconomic Status and Their Associations with Anthropometric Measurements in Canadian Adults. *Journal of Environmental and Public Health*, 2017. <https://doi.org/10.1155/2017/5042614>,

Miko, H. C., Zillmann, N., Ring-Dimitriou, S., Dorner, T. E., Titze, S., & Bauer, R. (2020). Effects of physical activity on health. *Gesundheitswesen, Supplement*, 82, S184-S195. <https://doi.org/10.1055/a-1217-0549>

Morales, G., Balboa-Castillo, T., Fernández-Rodríguez, R., Garrido-Miguel, M., Guidoni, C. M., Sirtoli, R., Mesas, A. E., & Rodrigues, R. (2023). Adherence to the Mediterranean diet and depression, anxiety, and stress symptoms in Chilean university students: a cross-sectional study. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(10), e00206722. <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN206722>

National Institute on Aging. (2025, 14 Ocak). *Four types of exercise can improve your health and physical ability*. Erişim 10.02.2025, <https://www.nia.nih.gov/health/exercise-and-physical-activity/four-types-exercise-can-improve-your-health-and-physical>

Nevin, S. M., & Vartanian, L. R. (2017). The stigma of clean dieting and orthorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 37. <https://doi.org/10.1186/S40337-017-0168-9>

Ng, Q. X., Lee, D. Y. X., Yau, C. E., Han, M. X., Liew, J. J. L., Teoh, S. E., Ong, C., Yaow, C. Y. L., & Chee, K. T. (2024). On Orthorexia Nervosa: A Systematic Review of Reviews. İçinde *Psychopathology*. S. Karger AG. <https://doi.org/10.1159/000536379>

Niedzielski, A., & Kaźmierczak-Wojtaś, N. (2021). Prevalence of Orthorexia Nervosa and Its Diagnostic Tools—A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10). <https://doi.org/10.3390/IJERPH18105488>

Nitsch, A., Dlugosz, H., Gibson, D., & Mehler, P. S. (2021). Medical complications of bulimia nervosa CME MOC. *CLINIC JOURNAL OF MEDICINE*, 88(6). <https://doi.org/10.3949/ccjm.88a.20168>

Novara, C., Mattioli, S., Piasentin, S., Pardini, S., & Maggio, E. (2022). The role of dieting, psychopathological characteristics and maladaptive personality traits in Orthorexia Nervosa. *BMC Psychiatry*, 22(1), 290. <https://doi.org/10.1186/S12888-022-03896-1>

Novara, C., Pardini, S., Visioli, F., & Meda, N. (2022). Orthorexia nervosa and dieting in a non-clinical sample: a prospective study. *Eating and Weight Disorders*, 27(6), 2081. <https://doi.org/10.1007/S40519-021-01353-8>

Obeid, C. A., Gubbels, J. S., Jaalouk, D., Kremers, S. P. J., & Oenema, A. (2022). Adherence to the Mediterranean diet among adults in Mediterranean countries: a systematic literature review. *European Journal of Nutrition*, 61(7), 3327–3344. <https://doi.org/10.1007/S00394-022-02885-0>

Oberle, C. D., Watkins, R. S., & Burkot, A. J. (2018). Orthorexic eating behaviors related to exercise addiction and internal motivations in a sample of university students. *Eating and Weight Disorders*, 23(1), 67-74. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0470-1>

Özer, T. (2023). *Sağlık çalışanlarının besin seçimlerinin, beden imajı, sağlıklı ortoreksiya ve fiziksel aktivite durumlarına göre değerlendirilmesi* [Yüksek lisans tezi]. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı, Ankara.

Özkan Pehlivanoğlu, E. F., Balcıoğlu, H., & Ünlüoğlu, İ. (2020). Akdeniz Diyeti Bağımlılık Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 42(2), 160–164. <https://doi.org/10.20515/otd.504188>

Öztürk, M. (2005). *Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi'nin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Pardavila-Belio, M. I., de la O, V., Hershey, M. S., Barbería-Latasa, M., Toledo, E., Martín-Moreno, J. M., Martínez-González, M. Á., & Ruiz-Canela, M. (2022). Joint association of the Mediterranean diet and smoking with all-cause mortality in the Seguimiento Universidad de Navarra (SUN) cohort. *Nutrition*, 103–104, 111761. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2022.111761>

Pereira da Silva, A., Matos, A., Valente, A., Gil, Alonso, I., Ribeiro, R., Bicho, M., & Gorjão-Clara, J. (2016). Body composition assessment and nutritional status evaluation in men and women Portuguese centenarians. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 20(3), 256-266. <https://doi.org/10.1007/s12603-015-0566-0>

Petri, C., Mascherini, G., Bini, V., Anania, G., Calà, P., Toncelli, L., & Galanti, G. (2020). Integrated total body composition versus body mass index in young athletes. *Minerva Pediatrica*, 72(3), 163-169. <https://doi.org/10.23736/S0026-4946.16.04439-X>,

Pontillo, M., Zanna, V., Demaria, F., Averna, R., Di Vincenzo, C., De Biase, M., Di Luzio, M., Foti, B., Tata, M. C., & Vicari, S. (2022). Orthorexia Nervosa, Eating Disorders, and Obsessive-Compulsive Disorder: A Selective Review of the Last Seven Years. *Journal of Clinical Medicine* 2022, Vol. 11, Page 6134, 11(20), 6134. <https://doi.org/10.3390/JCM11206134>

Popiolek-Kalisz, J., & Szczygiel, K. (2023). Bioelectrical Impedance Analysis and Body Composition in Cardiovascular Diseases. *Current Problems in Cardiology*, 48(11), 101911. <https://doi.org/10.1016/J.CPCARDIOL.2023.101911>

Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., Wan, Y., Li, C., & Yu, D. (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. İçinde *Eating and Weight Disorders* (C. 27, Sayı 2, ss. 415-428). Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z>

Radmilović, G., Matijević, V., Mikulić, D., Markota, D. R., & Čepnija, A. R. (2023). The impact of smoking on estimated biological age and body fat composition: A cross-sectional study. *Tobacco Induced Diseases*, 21. <https://doi.org/10.18332/TID/174663>,

Salman, E. J., & Kabir, R. (2022, 14 Eylül). Night eating syndrome. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. Erişim 23.09.2024, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585047/>

Samaha, S., Azzi, R., Rizk, R., Sarray El Dine, A., Malaeb, D., Hallit, S., Obeid, S., & Soufia, M. (2022). Association between the bi-dimensional aspect of orthorexia and healthy behaviors among lebanese adolescents. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/S12888-022-04374-4>,

Schorr, M., Dichtel, L. E., Gerweck, A. V., Valera, R. D., Torriani, M., Miller, K. K., & Bredella, M. A. (2018). Sex differences in body composition and association with cardiometabolic risk. *Biology of Sex Differences*, 9(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13293-018-0189-3>

Schröder, H., Fitó, M., Estruch, R., Martínez-González, M. A., Corella, D., Salas-Salvadó, J., Lamuela-Raventós, R., Ros, E., Salaverria, I., Fiol, M., Lapetra, J., Vinyoles, E., Gómez-Gracia, E., Lahoz, C., Serra-Majem, L., Pintó, X., Ruiz-Gutierrez, V., & Covas, M. I. (2011). A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. *The Journal of nutrition*, 141(6), 1140-1145. <https://doi.org/10.3945/JN.110.135566>

Schuch, F. B., & Vancampfort, D. (2021). Physical activity, exercise, and mental disorders: it is time to move on. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 43(3), 177-184. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0237>

Sezer Katar, K., Şahin, B., & Kurtoğlu, M. B. (2024). Healthy orthorexia, orthorexia nervosa, and personality traits in a community sample in Turkey. *International journal of psychiatry in medicine*, 59(1), 83-100. <https://doi.org/10.1177/00912174231194745>

Siddiqui, N. I., Nessa, A., & Hossain, M. A. (2010). Regular physical exercise: way to healthy life. *Mymensingh Medical Journal: MMJ*, 19(1), 154-158. <https://europepmc.org/article/med/20046192>

Staying Active – The Nutrition Source. (t.y.). Geliş tarihi 20 Eylül 2024, gönderen <https://nutritionsource.hsph.harvard.edu/staying-active/>

Strahler, J., Hermann, A., Walter, B., & Stark, R. (2018). Orthorexia nervosa: A behavioral complex or a psychological condition? *Journal of Behavioral Addictions*, 7(4), 1143. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.129>

Strahler, J., & Stark, R. (2020). Perspective: Classifying Orthorexia Nervosa as a New Mental Illness—Much Discussion, Little Evidence. *Advances in Nutrition*, 11(4), 784-789. <https://doi.org/10.1093/ADVANCES/NMAA012>

Styk, W., Gortat, M., Samardakiewicz-Kirol, E., Zmorzynski, S., & Samardakiewicz, M. (2024). Measuring Pathological and Nonpathological Orthorexic

Behavior: Validation of the Teruel Orthorexia Scale (TOS) among Polish Adults. *Nutrients*, 16(5), 638. <https://doi.org/10.3390/NU16050638>

Surala, O., Malczewska-Lenczowska, J., Sadowska, D., Grabowska, I., & Bialecka-Dębek, A. (2020). Traits of orthorexia nervosa and the determinants of these behaviors in elite athletes. *Nutrients*, 12(9), 1-11. <https://doi.org/10.3390/nu12092683>

Şenay, B. (2022). *Factors affecting the adherence of nutrition and dietetics students to the Mediterranean diet: A cross-sectional study* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı.

TEMED. (2024, Kasım). *Obezite tanı ve tedavi kılavuzu*. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Erişim 19.04.2025, <https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/obezitetanitedavikilavuzu-2024.pdf>

Tchounwou, P. B., Yu, Z., & Muehleman, V. (2023). *Eating Disorders and Metabolic Diseases*. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032446>

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014). *Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi* (2. baskı). Sağlık Bakanlığı Yayın No: 940. Erişim 23.09.2024, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Rehberler/Turkiye_Fiziksel_Aktivite_Rehberi.pdf

Tian, J., Smith, K. J., Cleland, V., Gall, S., Dwyer, T. ve Venn, A. J. (2020). *Partnering and parenting transitions in Australian men and women: Associations with changes in weight, domain-specific physical activity and sedentary behaviours*. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17, 87. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00989-6>

Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899-911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)

Tremelling, K., Sandon, L., Vega, G. L., & McAdams, C. J. (2017). Orthorexia nervosa and eating disorder symptoms in dietitians in the United States. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117(10), 1612. <https://doi.org/10.1016/J.JAND.2017.05.001>

Turner, P. G., & Lefevre, C. E. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 22(2), 277. <https://doi.org/10.1007/S40519-017-0364-2>

TÜİK (2022). *Türkiye sağlık araştırması 2022*. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>

TÜİK (2024, 15 Mayıs). *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim 07.04.2025, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Aile-2023-53784>

TÜİK (2025a, 6 Mart). *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim 09.04.2025, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2024-54076#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=Adrese%20Dayal%C4%B1%20N%C3%BCfus%20Kay%C4%B1t%20Sistemi,02'sini%20ise%20erkekler%20olu%C5%9Fturdu.>

TÜİK (2025b, 6 Şubat). *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim 09.04.2025, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2024-53783>

TÜİK (2025c, 24 Şubat). *Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi Sonuçları*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim 09.04.2025, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Evlenme-ve-Bosanma-Istatistikleri-2024-54194>

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2025). *Sağlık istatistikleri yılığı 2023*. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Erişim 10.04.2025, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf>

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2019). *Türkiye beslenme ve sağlık araştırması (TBSA)*. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiye_Beslenme_ve_Saglik_Arastirmasi_TBSA_2017.pdf

Uzunosmanoğlu, İ. (2022). *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi asistan hekimlerinin sağlıklı yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi* [Yayımlanmamış tıpta

uzmanlık tezi]. Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara.

Ünal, G., & Özenoğlu, A. (2024). Association of Mediterranean diet with sleep quality, depression, anxiety, stress, and body mass index in university students: A cross-sectional study. *Nutrition and Health*. <https://doi.org/10.1177/02601060231207666>,

Vachhani, H., Ribeiro, B. D. S., & Schey, R. (2020). Rumination Syndrome: Recognition and Treatment. *Current Treatment Options in Gastroenterology 2020 18:1*, 18(1), 60-68. <https://doi.org/10.1007/S11938-020-00272-4>

Visioli, F., Marangoni, F., Poli, A., Ghiselli, A., & Martini, D. (2022). Nutrition and health or nutrients and health? *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 73(2), 141-148. <https://doi.org/10.1080/09637486.2021.1937958>

Walker-Swanton, F. E., Hay, P., & Conti, J. E. (2020). Perceived need for treatment associated with orthorexia nervosa symptoms. *Eating Behaviors*, 38, 101415. <https://doi.org/10.1016/J.EATBEH.2020.101415>

Whitton, C., Wong, Y. H. M. ve van Dam, R. M. (2021). *Longitudinal associations of marital, parenting, and employment transitions with weight gain in a multi-ethnic Asian population aged 21 years and above*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 8115. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158115>

WHO. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Erişim 15.08.2024, <https://www.who.int/about/governance/constitution>

WHO. (2008, Aralık). *Waist circumference and waist-hip ratio: Report of a WHO expert consultation*. World Health Organization. Erişim 19.04.2025, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44583/9789241501491_eng.pdf

WHO. (2010, 6 Mayıs). *A healthy lifestyle – WHO recommendations*. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>

WHO. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>

WHO. (2022). *Global Status Report on Physical Activity 2022*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363607/9789240059153-eng.pdf?sequence=1>

WHO. (2020a, 29 Nisan). *Healthy diet*. Erişim 14.08.2024, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

WHO. (2020b, 25 Kasım). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Erişim 15.08.2024, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

Xie, Y., Gu, Y., Li, Z., He, B., & Zhang, L. (2024). Effects of Different Exercises Combined with Different Dietary Interventions on Body Composition: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Nutrients*, *16*(17), 3007. <https://doi.org/10.3390/NU16173007/S1>

Yakın, E., Raynal, P., & Chabrol, H. (2022). Distinguishing between healthy and pathological orthorexia: a cluster analytic study. *Eating and Weight Disorders*, *27*(1), 325-334. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01178-5>

Yılmaz, E. (2018). *Sağlık çalışanlarının beslenme ve sağlık durumunun tespiti: Ankara ili örneği* [Yüksek lisans tezi]. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Ankara.

You, Y., Chen, Y., Fang, W., Li, X., Wang, R., Liu, J., & Ma, X. (2022). The association between sedentary behavior, exercise, and sleep disturbance: A mediation analysis of inflammatory biomarkers. *Frontiers in Immunology*, *13*, 1080782. <https://doi.org/10.3389/FIMMU.2022.1080782>

Yu, J. J., & Ye, J. chuan. (2023). Resilience is associated with physical activity and sedentary behaviour recommendations attainment in Chinese university students. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *51*, 101747. <https://doi.org/10.1016/J.CTCP.2023.101747>

Zickgraf, H. F., & Barrada, J. R. (2021). Orthorexia nervosa vs. healthy orthorexia: relationships with disordered eating, eating behavior, and healthy lifestyle choices. *Eating and Weight Disorders*, *27*(4), 1313. <https://doi.org/10.1007/S40519-021-01263-9>

Zohoori, F. V. (2020). Chapter 1: Nutrition and Diet. *Monographs in oral science*, 28, 1-13. <https://doi.org/10.1159/000455365>



FORMLAR

FORM-1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Açıklama

Bu bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi bünyesinde yer alan asistan hekimleri "Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinde Ortoreksiya Düzeyinin Fiziksel Aktivite, Akdeniz Diyeti Uyum ve Vücut Kompozisyonu İlişkisinin İncelenmesi" isimli araştırmaya davet etmek üzere hazırlanmıştır.

Sorumlu Araştırmacının adı, soyadı : Dr. Öğr. Üyesi Hülya HACİŞAHİNOĞULLARI

Araştırmayı yürütecek kuruluşun adı : İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç hastalıkları Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları BD.

Araştırmanın adı ve varsa versiyon numarası : Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinde Ortoreksiya Düzeyinin Fiziksel Aktivite, Akdeniz Diyeti Uyum ve Vücut Kompozisyonu İlişkisinin İncelenmesi

Birinci Bölüm: Araştırma Hakkında Bilgi

"Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinde Ortoreksiya Düzeyinin Fiziksel Aktivite, Akdeniz Diyeti Uyum ve Vücut Kompozisyonu İlişkisinin İncelenmesi" adını verdiğimiz çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla ve nasıl yapılacağını anlamanız ve katılıp katılmama doğrultusundaki kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Araştırma hakkında sözlü olarak size aktaracağım bilgiler yazılı olarak da size bir sonraki bölümde sunulacaktır. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu belgedeki son bölüm onay işlemleri ile ilgilidir. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz lütfen bu bölümü imzalayınız.

Ortoreksiyalı bireyler sağlıklı ve saf gıdalarla beslenmeye odaklanıp tükettikleri besinlerin kalitesiyle ilgilenirken, sağlıksız olduklarından korkarak besin gruplarını diyetlerinden tamamen çıkarabilir ya da aşırı kısıtlamalara gidebilirler. Ortoreksiya Nervoza ise bu takıntının daha şiddetli ve klinik olarak önemli bir biçimini temsil etmektedir. Yoğun kaygı bozukluğu ve günlük işlevsellikte bozulma ile karakterizedir. Ortoreksiyada özellikle diyetin sağlıklı olmasına yönelik takıntı "daha sağlıklı" olarak tanımlanabilen Akdeniz tipi diyetle karşı bir yönelim olup olmayacağı konusunda merak uyandırmıştır. Bedensel iyiliğin artırılması için fiziksel aktivite ve egzersizin rolü düşünüldüğünde ortoreksiyalı bireylerde bu açıdan da farklılar olabileceği düşünülmektedir. Fiziksel aktivite, iskelet kasları tarafından üretilen ve enerji harcamayı gerektiren herhangi bir bedensel hareket olarak tanımlanmaktadır. Egzersiz ise planlanmış, yapılandırılmış, tekrarlayan ve amaçlı olan fiziksel aktivitenin bir alt kategorisi olarak tanımlanmıştır. Diyet ve fiziksel aktivitenin vücut kompozisyonu (vücudun kas, yağ ve su vb. değerleri) üzerinde doğrudan etki olduğundan bu faktörün de incelenmesi gerekli görülmüştür. Bu nedenle çalışmanın temel amacı ortoreksiya skorunun fiziksel aktivite, Akdeniz diyet tipi uyum ve vücut kompozisyonu ile olan ilişkisini incelemektir.

Çalışma 22.01-31.12.2024 tarihleri arasında, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinde asistan hekimlik yapan gönüllü kişiler ile yürütülecektir. Araştırmada sosyodemografik özelliklerinizi ve beslenme alışkanlığınızı etkileyebilecek özelliklerimizle ilişkili soruları içeren Kişisel Bilgi Formunu, Teruel Ortoreksiya Ölçeği, Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Form anket verilerini doldurmanız istenecektir. Vücut kompozisyonu için Biyo-Elektrik Empedans Analizi (BIA) cihazı kullanılacaktır. Boyunuz, kilonuz ve bel çevreniz ölçülecektir. Verilerin toplanması 20 dakikanızı alacaktır. Bunun dışında başka hiçbir işlem uygulanmayacağından bir risk öngörülmektedir. Sizden istenen veri formlarında kimlik bilgileri istenmeyecektir. Verilerin birbiri ile eşleşebilmesi için sizden isim-soy ismin ilk 2 harfleri ve belirleyeceğimiz bir rumuz kullanılması istenmektedir.

FORM-1 (Devamı)

Veri formlarına erişim yalnızca çalışma ekibinde adı geçen araştırmacılara sağlanacaktır ve başka kişilerle paylaşılmayacaktır. Çalışmanın istatistiksel verilerinin alınması sırasında bireysel verilerinizin anonimliği korunacaktır. Bu araştırmaya katılmak için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Aynı şekilde siz de elde edilen verilerin sonuçlarından herhangi bir ticari kazanç beklemeyi de taahhüt etmektesiniz.

Eğer katılmayı reddederseniz bu durum tıbbi bakımınıza ve hekim ile olan ilişkinize de herhangi bir zarar getirmeyecektir. Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımızda; herhangi bir saatte, Dyt. Elif ÖZTÜRK (Cep numarası: _____) ya da Dr. Hülya Hacışahinoğulları (Cep numarası: _____) 'nı arayabilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilsiniz ve katılmayabilirsiniz.

İkinci Bölüm: Katılımcının Beyanı

“Doktor Hülya Hacışahinoğulları tarafından İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları BD.de “Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinde Ortoreksiya Düzeyinin Fiziksel Aktivite, Akdeniz Diyeti Uyumu ve Vücut Kompozisyonuyla İlişkisinin İncelenmesi” konuda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilendirmeden sonra böyle bir araştırmaya “gönüllü” olarak katılmak üzere davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin, gizlilik içinde, bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile korunacağı güvencesi verildi. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında da kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Tarafıma bir ücret ödenmeyecektir. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle olabilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak parasal bir yük altına da girmeyeceğim. Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dyt. Elif ÖZTÜRK (Cep numarası: _____) ya da Dr. Hülya Hacışahinoğulları (Cep numarası: _____) 'nı arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde gönüllü olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun bir örneğinin bana verileceğini de biliyorum.”

İmza ve ulaşım bilgileri

Gönüllü bilgileri

Adı-Soyadı:

Adres:

Telefon:

Tarih ve İmza:

Araştırmacının bilgileri

Adı-Soyadı:

Adres:

Telefon:|

FORM-1 (Devamı)

Tarih ve İmza:

Gerekliyse tanık bilgileri

Adı-Soyadı:

Adres:

Telefon:

Tarih ve İmza:

[Gönüllünün Sokuma yazma bilmediği, görme engeli bulunduğu vb. durumlarda gerekli olabilir]

FORM-2

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

TARİH:

A. Demografik-Sosyoekonomik Bilgiler

1. Adı ve Soyadının İlk İki Harfi: ... Rumuz:(Tanıtı üzerine yazılacak)
2. Cinsiyet: Kadın Erkek
3. Yaş:.....
4. Hastanede görev aldığınız bölümünüz:.....
5. Medeni Durum: Bekar Evli
6. Birlikte yaşadığı kişiler: Aile üyeleri/ Partner Yalnız
7. Çocuğunuz var mı? Var/ Kaç tane? (.....) Yok

B. Yaşam Tarzı Özellikleri

8. Fiziksel bir hastalığınız var mı? Evet Hayır
9. Fiziksel hastalığınız var ise ne olduğunu belirtiniz?.....
10. Diyet yapıyor musunuz? Evet Hayır
11. Diyet Yapmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı? Evet Hayır
12. Varsa ne olduğunu belirtiniz.....
13. Bilinen/daha önce tanı konulmuş psikiyatrik bir bozukluğunuz var mı? Evet Hayır
14. Bilinen/daha önce tanı konulmuş psikiyatrik bir bozukluğunuz var ise ne olduğunu belirtiniz?.....
15. Geçirilmiş bir operasyon öykünüz var mı? Evet Hayır
16. Varsa ne olduğunu belirtiniz.....

FORM-2 (Devamı)

17. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? Evet Hayır

18. Varsa hangileri olduğunu belirtiniz.....

19. Gıda takviyesi kullanıyor musunuz? Evet Hayır

20. Gıda takviyesini kullanıyorsanız ne olduğunu belirtiniz.

21. Diyetisyene gidiyor musunuz?

- Evet, gidiyorum.
- Hayır, daha önce hiç gitmedim.
- Hayır fakat daha önce gittim.

24. Ailede diyet yapan bireyler var mı? Evet Hayır

25. Varsa nedenini belirtiniz : Kişisel tercih Tıbbi tedavi

26. Sigara kullanıyor musunuz?

- Evet/ Kaç adet-paket/gün (.... adet /günpaket/gün)
- Hayır, hiç kullanmadım.
- Hayır fakat daha önce kullanıyordum.

27. Alkol tüketiyor musunuz?

- Evet
- Hayır, hiç tüketmedim.
- Hayır fakat daha önce tüketiyordum.

28. Alkol tüketiyorsanız haftada kaç gün içtiğinizi belirtiniz..... **gün/hafta**

29. Alkol tüketiyorsanız haftada kaç birim alkol içtiğinizi belirtiniz.....**birim/hafta**

[Bir birim içki= Bir 330 ml bira (%5 oranında alkol) =1 kadeh (140 ml %12 oranında alkol) şarap = 1 tek (40 ml %40 oranında) votka-viski-cin = 1 tek (40 ml %45) rakı]

FORM-2 (Devamı)

C. Teruel Ortoreksiya Ölçeği (TOÖ)

| Aşağıda, beslenme ile ilgili sahip olduğunuz fikir ve tutumlara ilişkin sorular yer almaktadır. Sağlıklı bir beslenme şekli izlemenin veya zararlı (yağ, tuz, koruyucu maddeler, insan yapımı katkı maddeleri) ve/ya zehirli (bitki veya böcek ilacına maruz kalmış sebze, et ürünleri) olduğunu düşündüğünüz gıdalar tüketmenin sizin için ne derece önemli olduğunu size uygun seçeneği işaretleyerek belirtiniz. | Hiç Katılmıyorum | Biraz Katılıyorum | Oldukça Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|---|------------------|-------------------|---------------------|------------------------|
| 1.Sağlıklı beslendiğim zamanlarda kendimi iyi hissedirim. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2.Olabildiğince sağlıklı beslenebilmek için yiyecek alışverişi, planlaması ve hazırlığı için çok zaman harcarım. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3.Beslenme şeklimin çoğu insandan daha sağlıklı olduğunu düşünüyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4.Sosyal ilişkilerim, sağlıklı beslenme konusundaki hassasiyetimden olumsuz etkilendi. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5.Sağlıklı beslenmeye olan ilgim, nasıl biri olduğum ve dünyayı nasıl algıladığımın önemli bir parçasıdır. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6.Sağlıklı olmayan lezzetli bir yemektense, çok lezzetli olmayan sağlıklı bir yemek yemeyi tercih ederim. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7.Çoğunlukla, sağlıklı olduğunu düşündüğüm şeyleri yerim. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8.Sağlıklı beslenme konusundaki endişelerim çok zamanımı alır. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9.Sağlıksız şeyler yeme ihtimalim beni endişelendirir. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10.Daha sağlıklı olduğunu düşündüğüm yiyecekler için daha fazla para harcamayı umursamam. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.Sağlıksız olduğunu düşündüğüm şeyler yediğimde bunalır ve/ya üzülürüm. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12.Çok miktarda sağlıksız yemektense az miktarda ama sağlıklı yemeği tercih ederim. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13.Sağlıklı beslenme konusunda benimle aynı fikirde olmayan insanlarla yemek yemekten kaçınırım. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14.Çevremdeki insanları benim gibi sağlıklı beslenmeleri için ikna etmeye çalışırım. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15.Bir şekilde, sağlıksız olduğunu düşündüğüm bir şey yersem, bunun için kendimi cezalandırırım. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16.Sağlıklı beslenme hakkındaki düşüncelerim başka şeylere odaklanmamı engeller. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Puanlar “0 = hiç katılmıyorum” ve “3 = kesinlikle katılıyorum” arasında değişmektedir.

FORM-2 (Devamı)

D. Akdeniz Diyeti Sağlık Ölçeği (MEDAS)

| | |
|--|--|
| Yemeklerde temel yağ olarak zeytinyağı kullanıyor musunuz? | Haftada en az 2 kez salata, sebze, et veya balık yemeklerinde kullanıyorsa 1 puan |
| Günde ne kadar zeytinyağı tüketiyorsunuz? (Kızartmalarda, salatalarda, ev dışında yenilen yemeklerde kullanılanlarda vb.) (1 yemek kaşığı=13.5 g*) | Günde 48 g'dan fazla tüketiyorsa 1 puan |
| Günde kaç porsiyon sebze tüketiyorsunuz? (1 porsiyon= 200 g) | Günde 2 porsiyon ve fazlası tüketiyorsa 1 puan |
| Günde kaç porsiyon meyve (taze sıkılmış meyve suları dahil) tüketiyorsunuz? (Toplam meyve porsiyonu= Total meyve g/80) (Taze meyve suyu porsiyonu= Her 100 ml** için 1 porsiyon) | Günde 3 porsiyon ve üzerinde tüketiyorsa 1 puan |
| Günde kaç porsiyon kırmızı et tüketiyorsunuz? | Günde 100 g altında tüketiyorsa 1 puan |
| Günde kaç porsiyon tereyağı veya margarin tüketiyorsunuz? (1 yemek kaşığı=12 g) | Günde 1 porsiyonun altında tüketiyorsa 1 puan |
| Günde ne kadar şekerli ya da tatlandırılmış içecekler tüketirsiniz? (1 porsiyon=100 ml) | Günde 1 porsiyonun altında tüketiyorsa 1 puan |
| Şarap içer misiniz? Haftada ne kadar tüketiyorsunuz? (1 kadeh= 125 ml) | Haftada 7 kadeh ve fazlası ise 1 puan |
| Haftada kaç porsiyon bakliyat tüketiyorsunuz? (1 porsiyon= 150 g) | Haftada 3 porsiyon ve fazlası ise 1 puan |
| Haftada kaç porsiyon balık / deniz ürünü tüketiyorsunuz? (1 porsiyon = 100-150 g balık veya 4-5 adet veya 200 g kabuklu deniz ürünleri) | Haftada 3 porsiyon ve fazlası ise 1 puan |
| Haftada kaç kez işlenmiş tatlı ya da hamur işi (ev yapımı olmayan) tüketiyorsunuz? | Haftada <u>3'den</u> az ise 1 puan |
| Haftada kaç defa fındık (yer fıstığı dahil) tüketiyorsunuz? (1 porsiyon = 30 g) | Haftada 3 porsiyon ve fazlası ise 1 puan |
| Sığır eti, domuz eti, hamburger veya sosis yerine tavuk, hindi veya tavşan eti yemeyi mi tercih edersiniz? | Beyaz et tüketimi, kırmızı et tüketiminden gramaj olarak fazla ise 1 puan |
| Haftada kaç kere haşlanmış sebze, makarna, pilav veya diğer yemeklerinize domates, sarımsak, soğan veya pırasa soslu zeytinyağı kullanırsınız? | Haftada 2 defa ve daha fazla ise 1 puan ver |

*g: gram **ml: mililitre

FORM-2 (Devamı)

E. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) -Kısa Form

İnsanların günlük hayatlarının bir parçası olarak yaptıkları fiziksel aktivite tiplerini bulmayla ilgileniyoruz. Sorular son 7 gün içerisinde fiziksel olarak harcanan zamanla ilgili olarak sorulacaktır. Lütfen yaptığınız aktiviteleri düşünün; işte, evde, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığınız spor, egzersiz veya eğlence aktiviteleri.

Son 7 günde yaptığınız şiddetli aktiviteleri düşünün. Şiddetli fiziksel aktiviteler zor fiziksel efor yapıldığını ve nefes almanın normalden çok daha fazla olduğu aktiviteleri ifade eder. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika yaptığınız bu aktiviteleri düşünün.

1. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

- Haftada ___gün
- Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (3.soruya gidin.)

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

- Günde ___ saat
- Günde ___ dakika
- Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

3. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? Yürüme hariç.

- Haftada ___gün
- Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → (5.soruya gidin.)

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

- Günde ___ saat
- Günde ___ dakika
- Bilmiyorum/Emin değilim

FORM-2 (Devamı)

Geçen 7 günde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığımız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

- Haftada ___ gün
- Yürümedim. → (7.soruya gidin.)

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

- Günde ___ saat
- Günde ___ dakika
- Bilmiyorum/Emin değilim

Son soru, geçen 7 günde hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Geçen 7 gün içerisinde, günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

- Günde ___ saat
- Günde ___ dakika
- Bilmiyorum/Emin değilim

F. BİYO-ELEKTRİK EMPEDANS ANALİZİ CİHAZI (TANİTA) VERİSİ:

1. Boy uzunluğu (m):
2. Vücut Ağırlığı (kg):
3. Bel çevresi (cm):
4. Vücut kas kütlesi ve yüzdesi:
5. Vücut yağ kütlesi ve yüzdesi:
6. Vücut yağsız kütle:
7. İç yağlanma:
8. Diğer:

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNDE ORTOREKSİYA DÜZEYİNİN FİZİKSEL AKTİVİTE, AKDENİZ DİYETİ UYUMU VE VÜCUT KOMPOZİSYONU İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

| | | | |
|-------------------|---------------------|-------------|------------------|
| % 14 | % 11 | % 10 | % 6 |
| BENZERLİK ENDEKSİ | İNTERNET KAYNAKLARI | YAYINLAR | ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ |

BİRİNCİL KAYNAKLAR

| | | |
|----------|---|-------------|
| 1 | acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı | % 1 |
| 2 | acikerisim.karabuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı | % 1 |
| 3 | dspace.baskent.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 4 | Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 5 | Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 6 | Süsal, Melike. "Vestibüler Migren Hastalarında Duyu İşlevlerinin Denge Üzerine Etkisinin Belirlenmesi", Dokuz Eylul Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın | <% 1 |
| 7 | Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi Öğrenci Ödevi | <% 1 |