

**T.C.  
ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**SPOR SALONUNDA SPOR YAPAN BİREYLERDE YEME FARKINDALIĞI  
İLE ORTOREKSİYA NERVOZA BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
İNCELENMESİ**

**TEZİ YAZAN  
Elif Gökçe ÜSTÜNDAĞ**

**Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi İbrahim İNAN**

**Jüri Üyesi: Prof. Dr. Bekir Aydın LEVENT**

**Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Soner ÇAKMAK (Çukurova Üniversitesi)**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MERSİN / OCAK 2020**

## ONAY

T.C.  
**ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE;**

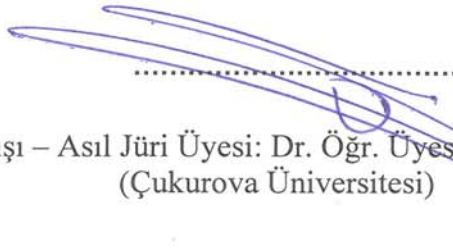
201710074 numaralı öğrencimiz olan **Elif Gökçe Üstündağ** tarafından hazırlanan “**SPOR SALONUNDA SPOR YAPAN BİREYLERDE YEME FARKINDALIĞI İLE ORTOREKSİYA NERVOZA BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**” başlıklı bu tez çalışması jürimiz tarafından **oy birliği** ile **PSİKOLOJİ** Ana Bilim Dalında **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.



Üniv. İçi Asıl Üye – (Tez Danışmanı)– Jüri Başkanı.: Dr. Öğr. Üyesi İbrahim İnan  
(Danışman)



Üniv. İçi – Asıl Jüri Üyesi: Prof. Dr. Bekir Aydın Levent



Üniv. Dışı – Asıl Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Soner Çakmak  
(Çukurova Üniversitesi)

**Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim elemanlarına ait olduklarını onaylarım.**

22/01/2019



Doç. Dr. Murat KOÇ  
Enstitü Müdürü



**NOT: Bu tezde kullanılan ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu’ndaki hükümlere tabidir.**

## ETİK BEYANI

Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

22 / 01 / 2019

Elif Gökçe Üstündağ

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın oluşturulmasında her adımında emeği geçen, değerli bilgilerini ve zamanını benimle paylaşan, tez sürecinde ne zaman ihtiyacım olsa ulaşıp rahatça iletişim kurabildiğim, saygıdeğer danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi İbrahim İnan 'a teşekkür ediyor ve şükranlarımı sunuyorum.

Çalışmanın düzenlenme aşamasında değerli görüşlerini benimle paylaşan, yardımcı olan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Bekir Aydın Levent'e ve Dr. Öğr. Üyesi Soner Çakmak'a teşekkür ederim.

Yol arkadaşım Tuba Takkin'e bu yolda hep yanımda olduğu için teşekkür ediyorum.

Tüm eğitim hayatım boyunca maddi manevi desteğini benden esirgemeyen annem ve babama teşekkür ediyorum.

22.01.2020  
Elif Gökçe ÜSTÜNDAĞ

## ÖZET

### SPOR SALONUNDA SPOR YAPAN BİREYLERDE YEME FARKINDALIĞI İLE ORTOREKSİYA NERVOZA BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Elif Gökçe ÜSTÜNDAĞ

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Ana Bilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi İbrahim İNAN

Ocak 2020, 135 sayfa

Bu araştırma, spor salonunda spor yapan bireylerde Yeme Farkındalığı ile Ortoreksiya Nervoza Belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemek üzere yürütülmüştür.

Yeme farkındalığı kazanan bireylerde otomatik yeme etkisi azalır ve açlık-tokluk sinyallerine göre beslenilir, böylece vücut ağırlık kontrol edilerek sağlıklı yaşam sürdürülebilmektedir. Düzenli fiziksel aktivite, yeterli ve dengeli beslenme insan sağlığı için önemli etkenlerden ikisidir. Spor yapan bireylerde sağlıklı beslenmeye olan ilgi ve dikkat fazladır. Spor yapan kişiler, Ortoreksiya Nervoza riski taşıyan gruplardan biridir. Bu nedenle araştırmanın örneklemini spor salonu olarak seçilmiştir. Araştırmanın örneklemini Adana Bilfen Sports Plaza'da 18 yaş üstü 350 spor salonunda spor yapan ve 60 spor yapmayan kişilerden oluşturulmuştur. Araştırmaya katılan kişilere kişisel bilgi formu, Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 (YFÖ-30) ve ORTO-15 (Ortoreksiya Nervoza Belirtileri Ölçeği) ölçeği uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan kişilerde spor yapan katılımcıların Ortoreksiya Nervoza belirtileri ölçeği (ORTO-15) puanı  $2,38 \pm 0,37$ ; spor yapmayan katılımcıların Ortoreksiya Nervoza belirtileri ölçeği (ORTO-15) puanı  $2,41 \pm 0,40$ 'tır. Spor yapan katılımcıların Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) puanı  $3,42 \pm 0,50$ ; spor yapmayan katılımcıların Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) puanı  $3,36 \pm 0,43$  olarak saptanmıştır.

Spor yapan katılımcıların yaşı ile besin seçimi ve yeme tutumu arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir ( $r=0,22$ ;  $p<0,05$ ). Spor yapan katılımcıların sağlıklı beslenmeye ilişkin endişeler ile farkındalık ( $r=-0,24$ ;  $p<0,05$ ) ve yeme disiplini ( $r=-0,35$ ;  $p<0,05$ ) arasında negatif yönlü; sağlıklı beslenmeye ilişkin endişeler ile bilinçli beslenme ( $r=0,15$ ;  $p<0,05$ ) arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit

edilmiştir. Spor yapan katılımcıların besin seçimi ve yeme tutumu puanları ile düşünmeden yeme ( $r=-0,24$ ;  $p<0,05$ ), duygusal yeme ( $r=-0,22$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Spor yapan katılımcıların besin seçimi ve değeri puanları ile düşünmeden yeme ( $r=0,11$ ;  $p<0,05$ ) ve enterferans (dış etmenlerden etkilenme) ( $r=0,13$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Besin seçimi ve değeri puanları ile yeme disiplini ( $r=-0,20$ ;  $p<0,05$ ), bilinçli beslenme ( $r=-0,25$ ;  $p<0,05$ ), yeme farkındalığı ( $r=-0,12$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Spor yapan katılımcıların ORTO-15 ölçeği puanları ile duygusal yeme ( $r=-0,16$ ;  $p<0,05$ ), yeme disiplini ( $r=-0,15$ ;  $p<0,05$ ) ve bilinçli beslenme ( $r=-0,31$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Spor yapmayan katılımcıların yaşı ile düşünmeden yeme davranışları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir ( $r=-0,30$ ;  $p<0,05$ ). Spor yapmayan katılımcıların kilosu ile bilinçli beslenme ( $r=-0,15$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Spor yapmayan katılımcıların sağlıklı beslenmeye ilişkin endişeler puanları ile farkındalık ( $r=0,31$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Spor yapmayan katılımcıların besin seçimi ve yeme tutumu puanları ile farkındalık ( $r=0,25$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Spor yapmayan katılımcıların besin seçimi ve değeri puanları ile düşünmeden yeme ( $r=0,26$ ;  $p<0,05$ ), farkındalık ( $r=0,40$ ;  $p<0,05$ ) ve enterferans (dış etmenlerden etkilenme) ( $r=0,30$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Besin seçimi ve değeri puanları ile yeme kontrolsüzlüğü ( $r=-0,25$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Spor yapmayan katılımcıların ORTO-15 ölçeği puanları ile farkındalık ( $r=0,39$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Spor yapma durumunun ORTO-15 ve alt boyut puanlarını; YFÖ-30 Ölçeği ve düşünmeden yeme, duygusal yeme, bilinçli beslenme, enterferans alt boyutları puanlarını etkilemediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir. Spor yapmayan bireylerin ORTO-15 ve YFÖ-30 ölçeklerine göre Ortoreksiya Nervoza ve Yeme Farkındalığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $r=0$ ;  $p>0,05$ ). Sonuç olarak spor yapan bireylerin ORTO-15 ve YFÖ-30 sonuçlarının birbirini etkilemediğine ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Spor, beslenme, farkındalık, yeme farkındalığı, ortoreksiya nervoza.

**ABSTRACT****INVESTIGATION OF THE MINDFULNESS EATING AND  
ORTHOREXIA NERVOSA SYMPTOMS  
AMONG THOSE WHO SPORT IN GYM****Elif Gökçe ÜSTÜNDAĞ****Master Thesis, Department of Psychology****Danışman: Dr. Öğr. Üyesi İbrahim İNAN****January 2020, 135 pages**

This research is done to examine mindfulness eating and symptoms of Orthorexia Nervosa on those who sport in gym.

Since the automatic eating effect will decrease in individuals who gain awareness of eating, healthy life and body weight control can be achieved with disregard of body cravings. Regular physical activity, adequate and balanced nutrition are two important factors for human health. In sports individuals, attention and attention to healthy eating is high. For this reason, the sample of the study was chosen as a gym. The sample of the study consisted of 350 individuals over age of 18 who did sports in Adana Bilfen Sports Plaza. A questionnaire including personal information form, ‘‘Mindful Eating Scale (MES-30)’’ and ‘‘ORTO-15 (Orthorexia Nervosa Symptoms Scale)’’ were applied to the participants.

Who go to the gym regularly; there is a positive and significant relation was found between age and food selection and eating attitude ( $r=0,22$ ;  $p<0,05$ ). There is a negative relationship between concerns about healthy eating and mindfulness ( $r=-0,24$ ;  $p<0,05$ ) and eating discipline ( $r=-0,35$ ;  $p<0,05$ ). There is a positive and significant relationship between concerns about healthy eating and conscious eating ( $r=0,15$ ;  $p<0,05$ ). There is a negative relationship between nutritional selection, eating attitude scores and eating without thinking ( $r=-0,24$ ;  $p<0,05$ ), emotional eating scores ( $r=-0,22$ ;  $p<0,05$ ). There is a positive correlation between nutritional selection value scores and interference ( $r=0,13$ ;  $p<0,05$ ), eating without thinking ( $r=0,11$ ;  $p<0,05$ ). There is a negative relationship between food selection and value scores and eating discipline ( $r=-0,20$ ;  $p<0,05$ ), conscious nutrition ( $r=-0,25$ ;  $p<0,05$ ) and mindfulness eating scores ( $r=-$

0,12;  $p < 0,05$ ). There is a negative relationship between ORTO-15 scale scores and emotional eating ( $r = -0,16$ ;  $p < 0,05$ ), eating discipline ( $r = -0,15$ ;  $p < 0,05$ ) and conscious nutrition scores ( $r = -0,31$ ;  $p < 0,05$ ).

Who doesn't go to gym; there is a negative and significant relationship between age and thinking without thinking ( $r = -0,30$ ;  $p < 0,05$ ). There is a negative relationship between weight and conscious nutrition points ( $r = -0,15$ ;  $p < 0,05$ ). There is a positive relationship between mindfulness and concerns about healthy eating ( $r = 0,31$ ;  $p < 0,05$ ). There is a positive correlation between food selection and eating attitude scores and mindfulness scores ( $r = 0,25$ ;  $p < 0,05$ ). There is a positive correlation between food selection and eating without thinking ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,05$ ), mindfulness ( $r = 0,40$ ;  $p < 0,05$ ) and interference scores ( $r = 0,30$ ;  $p < 0,05$ ). There is a negative correlation between food selection and value scores and eating uncontrolled scores ( $r = -0,25$ ;  $p < 0,05$ ). There is a positive correlation between ORTO-15 scale scores and mindfulness scores ( $r = 0,39$ ;  $p < 0,05$ ).

Orthorexia nervosa symptoms scale (ORTO-15) score of the participants was  $2.38 \pm 0.37$ ; Orthorexia Nervosa Symptoms Scale (ORTO-15) score of the participants who do not do sports is  $2.41 \pm 0.40$ . Mindful Eating Scale (MES-30) scores of the participants were  $3.42 \pm 0.50$ ; Mindful Eating Scale (MES-30) score of the participants who did not do sports was  $3.36 \pm 0.43$ . ORTO-15 and sub-dimension scores of the status of doing sports; It was found that MES-30 Scale and thoughtless eating, emotional eating, conscious eating and interference sub-dimensions did not affect the scores ( $p > 0.05$ ). No statistically significant relationship was found between Orthorexia Nervosa and Mindful Eating according to ORTO-15 and MES-30 scales of non-sports individuals ( $r = 0$ ;  $p > 0.05$ ). As a result, it was found that ORTO-15 and MES-30 results did not affect each other.

**Keywords:** Sport, nutrition, mindfulness eating, orthorexia nervosa.



## İÇİNDEKİLER

<b>KAPAK</b> .....	<b>i</b>
<b>ONAY</b> .....	<b>ii</b>
<b>ETİK BEYANI</b> .....	<b>iii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>ix</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>xiii</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>xiv</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>xvi</b>
<b>EKLER LİSTESİ</b> .....	<b>xvii</b>

### BÖLÜM I

#### 1.GİRİŞ

1.1.Araştırmanın Arka Planı.....	4
1.2.Araştırmanın Amacı .....	6
1.3.Araştırmanın Problemi .....	6
1.4.Araştırmanın Önemi .....	6
1.5.Araştırmanın Hipotezleri .....	7
1.6.Araştırmanın Sayıltıları .....	8
1.7.Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları.....	8
1.8.Tanımlar .....	8

### BÖLÜM II

#### 2.KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Spor Salonu .....	10
2.1.1. Sporun Tanımı.....	10
2.1.2. Sporun Önemi Ve Amacı .....	11
2.1.3. Spor Salonu .....	11
2.1.4. Spor ve beslenme.....	13

2.2. Farkındalık.....	14
2.2.1. Kuramsal Temelleri Açısından Bilinçli Farkındalık .....	16
2.2.1.1.Psikodinamik Kuram.....	17
2.2.1.2.Bilişsel-Davranışçı Kuram .....	17
2.2.1.3.Gestalt Kuramı .....	18
2.2.1.4.Varoluşçu Kuram .....	18
2.2.1.5.İnsancıl Kuram .....	19
2.2.2. Yeme Farkındalığı(Dikkatli Yeme).....	19
2.2.3. Açlık .....	25
2.2.3.1. Fiziksel Açlık .....	25
2.2.3.1.1.Aç beyin.....	26
2.2.3.2.Hedonik açlık(Hazsal).....	27
2.2.3.3.Görsel Açlık .....	27
2.2.3.3.1.Gıdanın Görsel İşlenmesinde Altında Yatan Sinir Alt Tabakaları .....	28
2.2.3.3.2.Psikoloji / fizyolojideki gıda imajlarının etkisi.....	28
2.2.3.3.3.Sanal Dünya.....	29
2.2.3.4.Duygusal Açlık.....	29
2.2.3.4.1.Duygusal Yeme Mekanizmaları .....	30
2.2.3.4.2.Telafi Edici Yeme Davranışları Ve Duygusal Yeme.....	31
2.2.3.4.3.Beden İmajı İle İlgili Endişeler.....	32
2.2.4. Obezite.....	32
2.2.4.1. Obezite Ve Farkındalık .....	34
2.3.Yeme Bozukluklarının Tanı Ve Sınıflandırılması.....	35
2.3.1.Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM- V)'nda Yeme Bozuklukları.....	35
2.3.1.1. Anoreksiya Nervoza.....	36
2.3.1.1.1. DSM-IV'te Anoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri.....	36
2.3.2. Bulimiya Nervoza.....	36
2.3.2.1. DSM-IV'te Bulimiya Nervoza Tanı Kriterleri.....	36
2.3.3. Anoreksiya Nervoza ve Bulimia Nervoza Benzer Yön ve Farklılıkları.....	37
2.3.4. Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu .....	39
2.3.5. Ortoreksiya Nervoza.....	39
2.3.5.1. Ortoreksiya Nervoza'nın Sınıflandırılması .....	40

2.3.5.2. Ortoreksiya Nervoza belirtileri.....	42
2.3.5.3. Ortoreksiya Nervoza'nın Gelişimini Etkileyen Çevresel Faktörler...	44

## BÖLÜM III

### 3.YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı .....	45
3.2. Araştırmanın Modeli .....	45
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	47
3.4. Araştırmanın Yapılışı (Prosedür) .....	47
3.5. Veri Toplama Araçları .....	47
3.5.1. Anket Formu .....	48
3.5.2. ORTO-15 Ölçeği.....	49
3.5.3. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30).....	51
3.6. Verilerin Analizi .....	52

## BÖLÜM IV

### 4.BULGULAR

4.1. Betimsel Bulgular .....	53
4.2. ORTO-15 Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	57
4.3. Yeme Farkındalığı Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular.....	65
4.4. Değişkenler Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular .....	78

## BÖLÜM V

### 5.TARTIŞMA VE YORUM

5.1. Ortoreksiya Nervoza.....	84
5.2. Yeme Farkındalığı.....	86
5.3. Spor Yapan-Yapmayanları (Kontrol-Deney Grubu) Karşılaştırma .....	88
5.4. ORTO-15 ve YFÖ-30 Korelasyon .....	89

## BÖLÜM VI

<b>6.SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	
6.1. Sonuç .....	91
6.2. Öneriler.....	93
<b>7.KAYNAKÇA.....</b>	<b>95</b>
<b>8.EKLER .....</b>	<b>111</b>
<b>9.ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>118</b>



**KISALTMALAR**

<b>ON</b>	: Ortoreksiya Nervoza
<b>AN</b>	: Anoreksiya Nervoza
<b>BN</b>	: Bulimia Nervoza
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>BKİ</b>	: Beden Kitle İndeksi
<b>VKİ</b>	: Vücut Kitle İndeksi
<b>PYY</b>	: Peptide YY
<b>GLP</b>	: Glucagon-like peptide-1
<b>CCK</b>	: Kolesistokinin
<b>OFC</b>	: Orbital Frontal Korteks
<b>IE</b>	: Emosyonel Yeme
<b>TYB</b>	: Tıkanırmasına Yeme Bozukluğu
<b>YFÖ</b>	: Yeme Farkındalığı Ölçeği
<b>PET</b>	: Pozitron Emisyon Tomografi
<b>LDL</b>	: Low Density Lipoprotein
<b>ACT</b>	: Kabul Etme ve Taahhüt Terapisi
<b>DBT</b>	: Diyalektik Davranış Terapisi
<b>MBSR</b>	: Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma
<b>MBCT</b>	: Bilinçli-Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi
<b>DSM</b>	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

## TABLOLAR LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b>	Dokuz Seanslı Farkındalık Temelli Yeme Farkındalığı Eğitimi (MB-EAT) Programından Bir Farkındalık Müdahalesiyle Örneği.....	24
<b>Tablo 2.</b>	BKI'ye Göre Obezite Sınıflandırması .....	33
<b>Tablo 3.</b>	Evren Bilindiğinde Kuramsal Örneklem Büyüklükleri .....	47
<b>Tablo 4.</b>	ORTO-15 Puanlama.....	50
<b>Tablo 5.</b>	Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	54
<b>Tablo 6.</b>	Spor Yapan Katılımcılarda Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler.....	55
<b>Tablo 7.</b>	Spor Yapmayan Katılımcılarda Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler.....	56
<b>Tablo 8.</b>	ORTO-15 Puanlarının Spor Yapan ve Yapmayan Gruplara Göre Karşılaştırılması .....	58
<b>Tablo 9.</b>	Spor Yapan Katılımcıların ORTO-15 Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması .....	58
<b>Tablo 10.</b>	Spor Yapmayan Katılımcıların ORTO-15 Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması .....	58
<b>Tablo 11.</b>	Spor Yapan Katılımcıların ORTO-15 Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması .....	59
<b>Tablo 12.</b>	Spor Yapmayan Katılımcıların ORTO-15 Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması .....	60
<b>Tablo 13.</b>	Spor Yapan Katılımcıların ORTO-15 Puanlarının Boy Gruplarına Göre Karşılaştırılması .....	61
<b>Tablo 14.</b>	Spor Yapmayan Katılımcıların ORTO-15 Puanlarının Boy Gruplarına Göre Karşılaştırılması .....	61
<b>Tablo 15.</b>	Spor Yapan Katılımcıların ORTO-15 Puanlarının Beden Kitle İndeksine Göre Karşılaştırılması.....	62
<b>Tablo 16.</b>	Spor Yapmayan Katılımcıların ORTO-15 Puanlarının Beden Kitle İndeksine Göre Karşılaştırılması.....	63
<b>Tablo 17.</b>	Spor Yapan Katılımcıların ORTO-15 Puanlarının Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması .....	64
<b>Tablo 18.</b>	Spor Yapmayan Katılımcıların ORTO-15 Puanlarının Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	65
<b>Tablo 19.</b>	Spor Yapan Katılımcıların Yeme Farkındalığı Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması .....	66

<b>Tablo 20.</b> Spor Yapmayan Katılımcıların Yeme Farkındalığı Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	67
<b>Tablo 21.</b> Spor Yapan Katılımcıların Yeme Farkındalığı Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	68
<b>Tablo 22.</b> Spor Yapmayan Katılımcıların Yeme Farkındalığı Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	69
<b>Tablo 23.</b> Spor Yapan Katılımcıların Yeme Farkındalığı Puanlarının Boy Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	71
<b>Tablo 24.</b> Spor Yapmayan Katılımcıların Yeme Farkındalığı Puanlarının Boy Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	72
<b>Tablo 25.</b> Spor Yapan Katılımcıların Yeme Farkındalığı Puanlarının Beden Kitle İndeksine Göre Karşılaştırılması.....	74
<b>Tablo 26.</b> Spor Yapmayan Katılımcıların Yeme Farkındalığı Puanlarının Beden Kitle İndeksine Göre Karşılaştırılması.....	75
<b>Tablo 27.</b> Spor Yapan Katılımcıların Yeme Farkındalığı Puanlarının Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	77
<b>Tablo 28.</b> Spor Yapmayan Katılımcıların Yeme Farkındalığı Puanlarının Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	78
<b>Tablo 29.</b> Spor Yapan Katılımcılarda Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları .....	81
<b>Tablo 30.</b> Spor Yapmayan Katılımcılarda Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları .....	83

**ŞEKİLLER LİSTESİ**

<b>Şekil 1.</b> Araştırmanın modeli.....	46
--	----





**EKLER LİSTESİ**

<b>8.1.</b> Ek 1. Anket Formu .....	111
<b>8.2.</b> Ek 2. ORTO-15 Testi .....	112
<b>8.3.</b> Ek 3. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30).....	113
<b>8.4.</b> Ek 4. Etik Kurul Onay Formu .....	115
<b>8.5.</b> Ek 5 Anket İzin Belgesi.....	116
<b>8.6.</b> Ek 6.Spor Salonu Anket İzini.....	117



## BÖLÜM I

### 1.GİRİŞ

Fiziksel aktivitenin düzeyini belirleyen başlıca demografik değişkenler yaş, cinsiyet ve sosyo-ekonomik durumdur. Yaşın artmasıyla fiziksel aktivite düzeyinde azalma gözlenmektedir (Trost ve ark, 2002). Fiziksel aktiviteye katılmada birçok etken sonucu erkekler kadınlara göre daha avantajlıdır (Dishman ve Sallis, 1994). Örneğin; bakıma muhtaç küçük çocuğun bakımını annesinin üstlenmesi gibi durumlar kadınların fiziksel aktivite düzeyinde etkileyici faktörlerdendir (Vrazel ve ark, 2008). Spor salonlarında sunulan hizmetin ücretli olması sebebiyle, düşük ekonomik düzey fiziksel aktiviteyi negatif etkileyebilmektedir (Salmon ve ark, 2000).

Fiziksel aktiviteyi etkileyen başlıca bireysel faktörler ise motivasyon, vücut ağırlığı, sağlık, diyet, stres ile fiziksel ve psikolojik yorgunluktur. Bu faktörlerin aynı zamanda başlangıç seviyesi ve profesyonel düzeyde spor dallarıyla uğraşan sporcuların başarısında da etkilidir. Kişiyi fiziksel aktivite yapmaya ve devam etmeye teşvik eden en önemli etken motivasyondur. Kişi amacına varırken fiziksel aktiviteyi araç olarak kullanıyorsa fiziksel aktiviteye katılımını arttırmaktadır (Kaynar, 2018; Frederick ve Ryan, 1993). Vücut ağırlığının fiziksel aktivite düzeyine etkisi incelediğinde düşük vücut ağırlığına sahip bireylerin fiziksel aktivite konusunda daha aktif oldukları saptanmıştır (Dannenberg ve ark, 1989; King ve Tribble, 1991).

Fiziksel aktivite demografik değişkenler ve kişisel farklardan etkilenebilir, amaçsız yapılan fiziksel aktivite genelde sürdürülebilir değildir. Düşük ağırlığa sahip bireyler gibi hedefine yakın olan kişiler genelde spor yapmaktadır. Ancak yüksek kilodaki bireyler hem motivasyon eksikliği hem de toplum içine çıkmaktan kaçınma gibi durumlar nedeniyle fiziksel aktiviteden kaçınıyor olabilirler.

Ortoreksiya kelimesi Yunanca “orthos” (doğru, uygun), “orexia” (iştah) sözcüklerinin bir araya gelmesiyle ilk defa Dr. S. Bratman tarafından tanımlanmıştır (Oğur, 2015). Moroze ve arkadaşları Ortoreksiya Nervoza (ON) için ilk tanı ölçütlerini yayınlamışlardır. Daha sonra Dunn ve Bratman dünyadaki diğer uzmanların fikrini değerlendirip bu ölçütler üzerinde değişiklik yapmak istemişlerdir. Çalışmalarda sağlıklı bir sonuca ulaşılmasa da tanı ölçütlerinin oluşturulmasında mühim bir adım olduğu ve yapılması gereken çalışmalar olduğuna dikkat çekilmiştir (Acar, 2016). Son yıllarda sıkça rastladığımız sağlıklı beslenme takıntısı, Ortoreksiya Nervoza kısa zamanda tanı kriterleri atanmalı ve literatüre girmelidir.

Ortoreksiya Nervoza (ON) dinsel, felsefik geleneklere ve eğilimlere güçlü bağı olmayan davranışsal kişilik bozuklukları şeklinde ifade edilebilir. Bratman bilimsel olmayan bir dergide ON'yi tanımladığında, bu belirtilerden şikayeti olan birçok kişi ona ulaşmıştır. Ulaşan kişiler Anoreksiya Nervoza (AN) ve Bulimiya Nervoza'daki (BN) gibi kilo verme çabalarının olmadığını, sadece kusursuz diyet uygulamayı amaçladıklarını belirtmişlerdir. Daha sonra bu kavram internette popülerlik kazanmıştır. Bratman iletişimde olduğu ON'ye sahip olduğunu düşündüğü bir kadın hastanın açlık nedeniyle kalp krizi geçirerek yaşamını yitirdiğini bildirmiştir. Hastanın periyodik olarak kilo kaybetme gayreti olmasa da AN olduğunu düşünmüş, fakat naturel, temiz, sağlıklı olma isteğinin baskın olduğunu ifade etmiştir. Bu olgular sonucu Bratman tarafından "*Health Food Junkies*" kitabı ve "[www.orthorexia.com](http://www.orthorexia.com)" sitesi oluşturulmuştur. Avrupa ve Amerika'da seminerlere çağrılmış, bilgilendirici konuşmalar yapmıştır (Bratman, 2005).

Ortoreksikler, sağlığı korumak ve iyileştirmek amacıyla sağlıklı yemeyi takıntı haline getirmişlerdir. Bratman, "*Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*" isimli kitabında ON'yi; insanların diyetlerini, faziletli, temiz ve hatta ruhani hissetmek için bir yol olarak gördükleri bir hastalık olarak ifade etmiştir (Sinton, 2005). Ortoreksiya kavramı, AN ile benzerlik göstermektedir. Birey sağlığı için ne kadar iyi diyet yapıyorsa kendini o kadar erdemli hissetmektedir. ON için henüz klinik kılavuz bulunmadığından doktorların tanı kriterlerine göre teşhis koyabilecekleri bir hal olarak görülmemektedir. Diyet arınmasının en uç örneği olarak kabul edilmiştir. "Zihinsel Bozuklukların Tanı Kitabı"nda (DSM-IV) henüz tanımlanmasa da DSM tanısı konulması için çalışmalar mevcuttur. ON'ye sahip bireyler "kusursuz" diyetlerinde hata yaptıkları zaman daha sıkı diyeti ve açlığı içeren uç sınırdaki davranışlarda bulunabilirler (Billings, T, 2005). Hayatsal değerlerin yeme fiiline bağlanması ON'yi bir bozukluk olarak tanımlamaya zemin hazırlamaktadır. Çok iyi bilinen iki yeme bozukluğu olan AN ve BN ile ortak özellikler bulundurmaktadır, fakat AN ve BN yiyeceğin miktarına odaklanır, ON'ler yiyeceğin kalitesini önemserler. Üç grup da hayatlarında besinlere uç noktalarda önem vermektedirler (Donini, 2004).

Spor yapan kişiler, Ortoreksiya Nervoza riski taşıyan gruplardan biridir (Matera-Brytek, 2012). Spor yapan bireyler vücut kompozisyonuna önem verdiklerinden beslenme onlar için çok önemlidir. Beslenmeye çok ilgili olmaları onları içerik irdelemeye, etiket okumaya, bilinçlenmeye itmektedir. Dolayısıyla sporla uğraşan bireylerin temiz içerikli beslenmeye ilgileri genel olarak fazladır.

Nakledilebilir Süngerimsi Beyin hastalıkları(deli dana), bozuk tavuk etleri, cıva oranı yüksek balık gibi besinlerle zehirlenme gibi olayların günümüzde sık rastlanması bireylerin, besinleri yalnızca “sağlığı” temel alarak değerlendirmelerini böylece tüm besin sınıflarını dışlayan sıkı diyetler yapmalarını beraberinde getirebilmektedir. Bu nedenle vücut için en gerekli besin öğelerinde yetersizlik, sosyal ve özel ilişkilerde değişim gözlenebilmektedir (Donini, 2004; Bratman, 2000). ON amacı iyi görünse de bu beslenme stili bireyin sıhhatini tehlikeye sokan malnutrisyon ve yeme bozukluklarına neden olabilir (Arusoğlu, 2006).

“Mindfulness” sözcüğünün tam karşılığı olan “Bilinçli Farkındalık” kavramı “şu ana kayıtsız, şartsız, bilinçli olarak dikkatini vermeyi amaçlayan farkındalık” olarak ifade edilmiştir. Son zamanlarda farkındalık meditasyonunun (uygulamalarının) beyin ve bilişsel işlevsellik üzerindeki etkilerine olan ilginin arttığı görülmektedir. Farkındalık meditasyon stillerinin ortak amacı kişinin duygu, düşünce ve vücut durumları yanı sıra dikkat, öz-düzenleme yönünde bir ölçüt ve gözlemci duruşu benimsenmesidir (Bishop, 2004). Bu nedenle davranış kontrolünü iyileştirmek ve dürtü doğrultusunda hareket etmekten kurtulma yönünde fayda sağladığı düşünülmektedir. Bir dizi çalışmada, farkındalık seviyelerinin, dürtüsellik düzeyleri ile ters orantılı olduğu bulunmuştur (De Wit, 2009; Lattimore, 2011; Peters, 2011; Murphy, 2012). “Bilinçli Farkındalık” yeme davranışlarına uyarlandığı zaman “Farkına Vararak Yeme” ya da “Yeme Farkındalığı” olarak ifade edilebilir (Bishop, 2004). Farkındalıkla yeme (mindfulness eating) (tüketeceğimiz besine dikkat ederek, bilerek, anında karar verme), bireylerin yemeğe duydukları duygusal farkındalığa ve yemeğe dair deneyimlerine odaklanan bir yaklaşımdır. Farkındalıkla yemede hedef, kişilerin buldukları ana odaklanarak yeme tecrübelerini fark etmelerini sağlamak ve davranış değişikliği oluşturmaktır (Bishop, 2004). Farkındalık sayesinde bireyler bilinçsizce ve kontrolsüzce yeme davranışından kurtulacak ve dolayısıyla gereksiz besin tüketimi, kilo alımı önlenmiş olacaktır.

Duygusal yeme, “kaygı ya da sinirlilik gibi olumsuz duygulara cevap olarak aşırı yemek yeme eğilimi” olarak tanımlanmaktadır (Van Strien, 2007). Bu davranış ilgi çekicidir çünkü duygusal beslenme, fazla kilo ve obezite gibi kilo kaygıları ile tutarlı bir şekilde ilişkilidir (Koenders, 2011; Ozier, 2008). Ek olarak, fazla kilolu bireylerin olumsuz duygulara yanıt olarak daha az etkili başa çıkma becerileri sergiledikleri ve duygusal olarak daha sık yemelerine yol açtığı bulunmuştur. Kilo kaybı ile ilgili zorluklar da duygusal beslenme ile ilişkilendirilmiştir. Duygusal beslenme, olumsuz duygulara yanıt olarak yeme eylemidir ve genellikle aşırı kilolu / şişmanlığı olan

bireylerin yanı sıra normal kilolu olanlarda da gözlenir (Elfhag, 2005; Kemp, 2013; Konttinen, 2010; Powell, 2017; Ricca, 2009). Yeme farkındalığı ile duygusal yemenin önüne geçmek mümkündür. Çünkü yeme farkındalığıyla kişi neyden, ne kadar, ne zaman yiyeceğine duygusal değil fiziksel olarak karar verme yetisi kazanacaktır.

### 1.1.Araştırmanın Arka Planı

Gelişmiş ülkelerden başlayarak egzersize olan ilginin artısındaki nedeni biyolojik, psikolojik ve sosyal bir dengeleme ihtiyacı şeklinde açıklamak mümkündür. Sporla uğraşan kişiler, beden ve ruh sağlığını geliştirmeyi, özgüven kazanmayı ve en verimli performansı elde etmeyi hedeflemektedir (Özdağ, 1991). Son zamanlarda spor insan hayatının bir parçası olmayı başarmıştır, insanın hayat boyu sağlıklı, başarılı, mutlu, motivasyonunun yüksek olmasında katkı sağlamaktadır (Amman, 2005). Yapılan çalışmalarda, bireyin vücudundan memnun olması, fiziksel görüntüsüne karşı endişeleri gibi bedenle ilgili psikolojik hususlar ve bunların fiziksel faaliyetle ilişkisi araştırmacılar tarafından sıklıkla ele alınmaktadır (Mülazımoğlu Ballı ve Aşçı, 2006). Fiziksel görüntüden hoşnut olmamak fiziksel aktiviteyi arttıran olumlu bir faktördür. Ancak bireyin vücudundan memnun olmaması, fiziksel görüntüsü nedeniyle karşılaşılabileceği olumsuz tepkiler fiziksel aktiviteye katılmama nedeni olabilir (Mülazımoğlu Ballı, Kirazcı ve Aşçı, 2006).

Fiziksel görünüme olan hassasiyet beraberinde sağlıklı yaşam ve beslenme ile aşırı ilgilenmeyi getirmektedir. Bazı kişiler takıntı derecesinde yediği şeyleri, yaktığı kaloriyi takip eder. Birey yediği şeylerin tabağına gelene kadarki süreciyle fazlaca ilgilenebilir ve bu durum zamanla takıntı haline gelebilir.

Ortoreksiya Nervoza (ON) ile alakalı davranışlar doğru sayıldığından toplumda görülme sıklığı sağlıklı şekilde saptanamamıştır. Obezitenin son zamanlarda daha çok görülmesiyle sağlık çalışanlarının sağlıklı beslenmeyi idealize etmeleri dikkat çekmektedir. ON'nin yaygınlığı medyanın sağlıklı beslenme ürünlerini sunması, sağlıksız ürünlerin zararlarının anlatılması ile artmıştır (Arusoğlu, 2006). Sağlıklı beslenme; patolojik olmasa da bu düşünceye gereğinden fazla yoğunlaşılması ve günlük işleri aksatır hale gelmesi davranış ve kişilik bozukluğu şeklini alabilir (Donini ve ark. 2004). Donini ve ark. ON tanı kriteri geliştirmek amacıyla 525 katılımcı ile çalışmışlardır. Katılımcıların obsesyonları, fobileri, besin seçimleri incelenmiştir. Fobi ve obsesyonları ölçmede Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) kullanılmıştır. Sonuç olarak %25'lik kısımda yer alanlar "sağlık fanatikleri" şeklinde

ifade edilmiştir. Bu yüzdellik kısımda yer alma durumunu ve MMPI’da belirledikleri puan aralığını ON tanı koymada ölçüt olarak belirlemişlerdir. Çalışmalarında %6,9’luk kısmın tanıma uyduğu, yüksek eğitilmiş birey ve kadınlarda ortoreksik belirtilerin oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ülkemizde Bosi ve ark. tarafından ORTO-15 ile 318 katılımcıdan oluşan tamamlayıcı araştırmada, Donini ve ark. kullandığı puan aralığı baz alınmıştır. Katılımcıların %45,5’inin aşırı hassas yeme alışkanlığına sahip olduğu belirtilmiştir (Bosi, 2006). Vakaların 9/10’dan çoğu 25 yaşın altındaki kişilerdir, kadınlarda erkeklere oranla 5-20 kat fazladır. Kadınların yeme bozukluklarına yatkınlıklarının erkeklerden fazla olmasının nedeni zayıflığa ve diyet yapmaya daha ilgili olmaları, dış görünüşleriyle daha fazla ilgilenmeleridir. Mesleki olarak bedenleriyle ön planda olan dansçı, manken, jimnastikçilerde ON’ye daha sık rastlanır. Yapılan çalışmalarda bu kişilerde ON diğer yeme bozukluklarından daha çok görülmektedir (Arusoğlu, 2006). Genelde vücudunu kullanarak iş yapan kişilerde diyet yapma girişimleri ile sağlıklı beslenme zorunda olmaları, vücut formlarını korumak istemeleri gibi nedenlerle ortoreksik belirtilere daha sık rastlanıyor olabilir.

Bilinçli farkındalıkta birey o anda dışarıdan gelen uyarıcıları duyu organları aracılığıyla algılar ve gerçeklikle bağ kurmayı sağlar, bu bağ sayesinde kişi anı yaşayabilir (Brown ve Ryan, 2003). Bilinçli farkındalık uygulamalarıyla zihin ana davet edildiği zaman şimdiki anın farkında olmayı zaman içinde alışkanlık edinir. Dikkatini tekrar tekrar şimdiki ana odaklayıp o anda kalmak, içsel ve dışsal olarak bütünlük sağlayabilmek ve şimdide olmak önemlidir (Daphne, 2011). Yeme farkındalığı yeme bozukluklarına yönelik bir önlem olarak geliştirilmiştir. Yeme farkındalığının otomatik tepkiler üzerinde düzenleyici etkisi vardır. Farkındalık sayesinde yeme davranışı üzerinde duygusal faktörlerin etkisi ve böylece gereksiz besin tüketimi azalacaktır. Otomatik yeme duygusal tetikleyiciler sonucu sıklıkla görülen bir durumdur. Yeme farkındalığının amacı vücuda alınan her besinin her bir lokmada, ilk kez ısırırçasına tadına varmaktır. Bireyin tüm duyularını kullanması bireyi tatmin ederek (her yönden bireyi doyurarak) tokluğun farkına varılması yeme farkındalığının sağlanması için önemlidir. Bireyin açlık-tokluğunu saptaması, açsa ne tür açlık yaşadığını fark edip bu doğrultuda beslenmesi, ne zaman yemeye başlayıp ne zaman durması gerektiğini bilmesi gerekir. Bireyin tükettiği besinin farkında olması, daha sağlıklı seçimler yapmasını sağlayacaktır (Beshara, 2013; Framson, 2009). Yeme farkındalığı sayesinde birey sezgisel yeme yetisini tekrar kazanarak, vücudunun verdiği sinyaller

doğrultusunda ihtiyacı kadarını tüketecektir. Böylece kişi ihtiyacından az yemeyerek malnutrisyonu, çok yemeyerek obeziteyi önlemiş olacaktır.

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

İlk kez Steve Bratman tarafından 1997’de tanımlanan ve en son açıklanan The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-V) kriterlerine göre henüz yeme bozukluğu sınıflamasında yer almayan Ortoreksiya Nervoza son dönemde önemi artan bir konudur.

Bu araştırma, spor salonunda spor yapan ve yapmayan bireylerde Yeme Farkındalığı ile Ortoreksiya Nervoza Belirtileri arasında ilişkiyi saptamak amacıyla yapılmıştır.

## **1.3.Araştırmanın Problemi**

“Spor salonunda spor yapan ve yapmayan bireylerde bazı demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, boy, kilo, meslek) bakımından Yeme Farkındalığı ile Ortoreksiya Nervoza belirtileri arasında ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmıştır.

## **1.4.Araştırmanın Önemi**

Yeme bozuklukları, sağlık ve psikosozal işlevlerdeki önemli bozulmalara ve mortaliteye neden olan ciddi zihinsel bozukluklardır (Striegel Weissman, Rosselli, 2017). Günümüzde yeme bozuklukları sadece sosyoekonomik ve kültürel yönden yüksek düzeydeki kişilerde değil toplumun her kesiminde görülmeye başlamıştır (Semiz, Kavakcı, Yağız, Yontar, Kuğu, 2013).

Bilim insanlarının öne sürdüğü sınıflandırılmaya henüz dahil olmamış ancak günlük hayatta hayat kalitesini etkileyen yeme bozukluklarından Ortoreksiya Nervoza günlük hayatta, sosyal medyada sıkça karşımıza çıkmaya başlamıştır. Organik beslenmeye olan özeni durumu, hijyen takıntısı ve sosyal medyada dikkat çekmek için alınan tavırlar kişiye Ortoreksiya Nervoza belirtilerini beraberinde getirebilmektedir. Bilinçli ve temiz beslenmenin dozunu aşarak bu bozukluğa yakalanan insanlar beslenmede zorluklar yaşamaya başlamaktadır. Bu tür kişilerin genellikle tek yönlü beslenme sonucu malnutrisyonla karşı karşıya kalabildiği bilinmektedir (Arusoğlu, 2008).

İnsan doğduğu andan itibaren sezgisel hareket eder ve beslenmesi de bu şekildedir. Yeme farkındalığında odak nokta bedenın ihtiyaçlarını dinleme, acıkınca yeme, doyunca bırakma üzerinedir. Ancak bebeklikte ebeveynlerin zorla yedirme tutumu, çocuklukta ‘’tabağını bitirmezsen arkandan ağlar’’ tarzı yönlendirmeleri sonucu bireyin açlık-tokluk mekanizması bozulur. Böylece, yeme farkındalığının temel prensibi kaybolmuş olur.

Spor salonunda spor yapan bireylerde yeme farkındalığı ile Ortoreksiya Nervoza belirtileri arasındaki ilişkinin incelenerek elde edilecek sonuçlar ile spor salonunda spor yapan bireylerin toplumsal farkındalığının arttırılmasına katkısı olacağı öngörülmektedir.

Bu araştırma son zamanlarda günlük hayatta adı sıkça duyulan Yeme Farkındalığı ve Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) kavramlarını ilişkilendirmek adına yapılan bir çalışma olması niteliği ile bundan sonra yapılacak akademik çalışmalar için literatüre katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

### **1.5.Araştırmanın Hipotezleri**

- H1: Spor salonunda spor yapan bireylerde Ortoreksiya Nervoza Belirtileri ile Yeme Farkındalığı belirtileri arasında bir ilişki vardır.
- H2: Spor salonunda spor yapan bireylerde sağlıklı beslenmeye ilişkin endişeler ile farkındalık ve yeme disiplini arasında bir ilişki vardır.
- H3: Spor salonunda spor yapan bireylerde sağlıklı beslenmeye ilişkin endişeler ile bilinçli beslenme arasında bir ilişki vardır.
- H4: Spor salonunda spor yapan bireylerde besin seçimi ve yeme tutumu davranışları ile düşünmeden yeme, duygusal yeme arasında bir ilişki vardır.
- H5: Spor salonunda spor yapan bireylerde besin seçimi ve yeme tutumu davranış puanları ile yeme farkındalığı arasında bir ilişki vardır.
- H6: Spor salonunda spor yapan bireylerde besin seçimi ve değeri ile düşünmeden yeme ve enterferans (dış etmenlerden etkilenme) arasında bir ilişki vardır.
- H7: Spor salonunda spor yapan bireylerde besin seçimi ve değeri ile yeme disiplini, bilinçli beslenme yeme farkındalığı arasında bir ilişki vardır.
- H8: Spor salonunda spor yapan bireylerde ORTO-15 ölçeği puanları ile duygusal yeme, yeme disiplini ve bilinçli beslenme arasında bir ilişki vardır.
- H9: Spor salonunda spor yapmayan bireylerde Ortoreksiya Nervoza Belirtileri ile Yeme Farkındalığı belirtileri arasında bir ilişki vardır.



- H10: Spor salonunda spor yapmayan bireylerde sağlıklı beslenmeye ilişkin endişeler, besin seçimi ile yaş arasında bir ilişki vardır.
- H11: Spor salonunda spor yapmayan bireylerde sağlıklı beslenmeye ilişkin endişeler ile BKİ(Beden Kitle İndeksi) arasında bir ilişki vardır.
- H12: Spor yapmayan katılımcıların enterferans (dış etmenlerden etkilenme) puanlarının cinsiyet arasında bir ilişki vardır.
- H13: Spor salonunda spor yapmayan bireylerde ORTO-15 ölçeği puanları ile farkındalık arasında bir ilişki vardır.

### 1.6.Araştırmanın Sayıtları

Bu araştırmada katılımcıların kişisel bilgi formu ve ölçekleri samimi bir şekilde cevapladıkları varsayılmıştır.

ORTO-15 ölçeğinin ortoreksiya belirtilerini, YFÖ-30 ölçeğinin yeme farkındalığını doğru şekilde ölçeceği varsayılmıştır.

Çalışmamızda örneklemin evreni temsil edeceği varsayılmıştır.

### 1.7.Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları

Bu araştırmada kullanılan verilerin 2019 yılı bahar döneminde Adana ili Çukurova ilçesinde faaliyet gösteren spor salonlarına gelen bireylerden oluşmaktadır.

ORTO-15 ölçeği ve YFÖ-30 ölçeğinin belirledikleri niteliklerle sınırlıdır.

### 1.8.Tanımlar

**Spor:** Sistem-Program-Organizasyon- Rekor sözcüklerinin baş harflerinin birleşmesiyle meydana gelen spor, insanın bedensel-zihinsel kabiliyetlerinin koordine şekilde sağlıklı, dengeli şekilde geliştirmek için yarış biçiminde yapılan faaliyetlerdir. Asırlardır sporun amacı daha yüksek, güçlü, hızlı olabilmektir. Bireyin kendini veya rakibini geçmeyi amaçlayan, belirli prensipleri olan, kişisel ya da takım içinde icra edilen fiziksel aktivitelerdir (Şeker, 2018).

**Farkındalık:** Bilinçli farkındalık dilimizde kelime anlamı “derin farkındalık hali” olarak dile getirilmektedir. “Kökene Budizme dayanan bilinçli farkındalık yargılamadan, yalnızca şu an ne olduğuna odaklanma” olarak açıklanmaktadır (Brown ve Ryan, 2003).

**Yeme farkındalığı:** “Bilinçli Farkındalık” yeme davranışlarına uyarlandığı zaman “Farkına Vararak Yeme” ya da “Yeme Farkındalığı” olarak ifade edilebilir (Bishop, 2004).

**Sezgisel yeme (IE):** Genel olarak dışsal veya duygusal işaretler yerine fizyolojik açlık ve doyumluk sinyallerine cevap olarak yemek yeme olarak tanımlanır.

**Ortoreksiya Nervoza:** Bratman 1997’de bazı hastalarında gözlemlediği sağlıklı beslenme konusundaki saplantı durumunu tanımlamak için “Ortoreksiya Nervoza” terimini kullanmıştır. Bu terim Yunanca’da gerçek, sıkı, doğru anlamına gelen “ortho”dan ve açlık anlamına gelen “orexis” kelimelerinden oluşmaktadır. Ortoreksiya ise “doğru beslenme” anlamına gelmektedir. Bratman’ın düşüncesine göre ON, sağlığa uygun besin tüketme ile ilgili patolojik bir saplantıdır ve amacı sağlığı korumak ve geliştirmektir (Gezer, 2013).

**Anoreksiya Nervoza (AN):** Adolesan dönem ve genç yetişkinlikte başlayan bireyin sağlığını riske atacak derecede yememesi ve kilo kaybetmek için direnmesi şeklinde görülen bozukluktur (Tahiroğlu, 2005).

**Bulimiya Nervoza (BN):** Bireyde yemek yeme mekanizasının kontrolünü kaybettiği, tıkanırcasına yeme dönemleri ve telafi edici davranışların (zorla istifra, bilinçsizce laksatif ve diüretik kullanımı, aşırı fiziksel aktivite yapma) üç ay içinde, haftada en az bir kere olmasıyla karakterize olan yeme bozukluğu türüdür (APA, 2013).

## BÖLÜM II

### 2.KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

#### 2.1. Spor Salonu

##### 2.1.1. Sporun Tanımı

Günümüzde spor, ekonomik getirisi olan, ülkeler arasında rekabet ve sosyalleşme ortamı sağlayan ortak faaliyetlerdir. Fırsat buldukça spor yapan kişilerin yapmayanlara göre daha sağlıklı, hareketli ve bilinçli olduğu bilinmektedir, buna göre sporun yaygınlaştırılması genel toplum sağlığının artması ve korunmasında etkilidir.

Doğar sporu: “Organizmanın bütünlüğü ilkesine dayalı olarak tüm kişiliğin eğitimi, genel eğitiminin tamamlayıcısı ve onun ayrılmaz bir parçası olup, amacı insanların fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal gelişmelerine katkıda bulunmaktadır.” şeklinde tanımlamıştır (Duran, 2013).

Özbydar sporu: “Az ya da çok dakiklik, incelik isteyen beden hareketlerinin doğrudan kendisinden zevk alırken eğlendiren hatta dinlendiren ve genellikle bazı kurallara uyularak yapılan bir eylemdir. Yarışma tarzında olabilir de olmayabilir de. Yarışma tarzında olursa, ilgiyi ve performansı artırıcı bir motivasyon da söz konusudur.” şeklinde ifade etmiştir (Özbydar, 1983).

Fişek: “Spor, insanın doğayla savaşırken kazandığı ana becerileri ve geliştirdiği araçlı, araçsız savaşım yöntemlerini, boş zamanındaki artışa bağlı olarak, tek tek ya da topluca, barışçı biçimde ve benzetim yoluyla, oyun, oyalanma ve işten uzaklaşma için kullanmasına dayalı estetik, teknik, fizik, yarışmacı ve toplumsal bir süreçtir.” tanımını kullanmıştır (Fişek, 1980).

Spor yapmada hedef; sedanter yaşamın getirdiği organik, psikolojik ve fiziksel bozuklukları engellemek ya da etkisini azaltmak, fizyolojik kapasiteyi arttırmak ve böylece uzun yıllar boyu sağlığı koruyabilmektir (Fişek, 1998).

Kişilerin kendi fiziksel görüntüleri hakkında olduğunu düşündükleri başkalarının negatif düşünceleri, toplumun idealize ettiği dış görünüşün neden olduğu baskılar onların fiziksel gelişimini sağlayarak kendi fiziksel görünüşleri hakkındaki olumsuz düşüncelerini azaltacak olan fiziksel aktivitelerden uzaklaşmalarına neden olabilmektedir (Brunet ve Sabiston, 2009). Motivasyon kişinin fiziksel aktiviteye başlamasını ve devam etmesini sağlayan en önemli bireysel etkidir (Kaynar, 2018;

Frederick ve Ryan, 1993). Birey fiziksel aktiviteyi hedefine ulaşmada bir araç olarak görüyor ise fiziksel aktiviteye yönelimi de artmaktadır.

### 2.1.2. Sporun Önemi Ve Amacı

Fiziksel aktiviteyle sağlık arasında yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır (Stoptoe vd, 1997; Boutelle, 2000). Fiziksel aktivite düzeyiyle hayat kalitesi, ruhsal sağlığın korunması ve iyileştirilmesi doğru orantılıdır. Fiziksel aktivitesi düşük olanlara yüksek olanlara göre daha kötü hayat kalitesine sahiptir (Schmitz, 2004). İçsel kontrol, kondisyonel verimlilik, sosyal destek ile algılanan hayat kalitesi de doğru orantılıdır. İnsanlar, depresyonda veya stresliyken hayatı algılama biçimleri iyi bir psikolojik hale göre daha olumsuz olmaktadır (Abbey ve Andrew, 1984).

Yapılan düzenli sporun sosyal ve fizyolojik alanlarda faydalarından bir kısmı şunlardır;

- a. Solunum, kalp, dolaşım ve sindirim fonksiyonlarında iyileşme,
- b. Bağ doku gibi hareket sistemi ile ilgili vücut bölümlerinde esneklik ve sağlamlık,
- c. Düşük dinlenik nabız ve kan basıncı,
- d. Kan değerlerinden lipid, kolesterol ve LDL (Low Density Lipoprotein) düşürme, sağlıklı değerlere ulaşma,
- e. İdeal kiloya yaklaşma,
- f. Duruş bozukluklarında iyileşme,
- g. Psikolojik iyilik, özgüvende yükselme, sosyal ilişkilerde gelişme,
- h. Mesleki alanda kişiye başarı sağlamaktır (Zorba, 2004).

### 2.1.3. Spor Salonu

Günümüzde spor faaliyetleri, günümüz yaşam koşullarının da biçimlendirmesiyle, denetimi kolay, süreli, sınırlı, ekonomik boyutu olan kapalı mekanlara süslü bir biçimde yerleştirilmiştir. Sporun endüstrileşmesini sağlayan ve yaygın kullanılan adı ile “fitness merkezi”, vücut yapma-şekillendirme amaçlı spor salonlarının en sık bulunduğu konumlar; alışveriş merkezleri ya da statü belirleyen mekanlardır. Spor salonları sürekli sirkülasyon ile çalışır, hızlı kullanım, kampanya ve başkaları da yapıyor düşüncesi ile bir gruba aidiyet hissiyle motivasyon sağlayan sporun farklı branşlarının tüketilebilmesi için kurulmuştur. Kitle iletişim araçlarında

(televizyon, sosyal medya) da sürekli sporla ilgili temaların ilgi çekmesi sonucu tanınırlığı artmıştır (Solmaz ve Aydın, 2012).

Sosyal medya kullanımıyla özel hayatı paylaşmanın artmasının da sporda motivasyonu arttırdığı düşünülmektedir. Bu şekilde insanlar, spora ilgili olmasa da popüler kültürün getirisi olarak çevresine sağlığına önem veren, sportif imajı çizme fırsatı bulmaktadır.

Fiziksel aktivitenin önemi kavrandıkça fiziksel aktivite fırsatı sağlayan spor salonlarının üye sayıları ve yoğunlukları artmaktadır. Bu gidişat spor salonu işletmecilerini geliştirmeleri takip etmeye, güncellemeye itmektedir (Zopiatis ve ark, 2017). Spor salonu sahiplerinin işletmelerinde fiziksel aktiviteyi etkileyen verileri iyi değerlendirmesi gerekir. Böylece spor salonlarını kullanan kişilerin farklı düzeydeki motivasyonlarını hızlı ve doğru şekilde çözerek rekabet avantajı sağlayabilirler (Bodet, 2006; Rohm ve ark, 2006; Afthinos ve ark, 2005). Her geçen gün teknolojinin gelişimi ve beklentilerin artması, spor salonlarında yenilikleri kaçınılmaz kılmaktadır. Bu yenilikleri yakalayan spor merkezleri başarıyı rahatlıkla yakalayacaktır.

Spor salonlarının çevresel faktörler içerisinde mekân ve erişim kolaylığı önemlidir. Eve, işe yakınlığı, uygun ücretli olması fiziksel aktiviteye başlama ve devamlılıkta önemli rol oynamaktadır. (Ataçocuğu ve Zelyurt, 2016). Spor salonlarında fiziksel aktivite kültürü yoğun olarak 19. yüzyılın sonlarına doğru modern toplumun oluşması ile başlamıştır ve gün geçtikçe gelişmektedir (Andreasson ve Johansson, 2014). Spor salonlarının dinamik olarak gelişim göstermesinde en önemli etken spor aletlerinin gereksinimler doğrultusunda sürekli geliştirilmesidir (Paoli ve Bianco, 2015). Bu gelişimin sağlanmasında en büyük etken spor salonu işletmecilerinin elde ettiği kazançlardır (Andreasson ve Johansson, 2014). Genelde insanlar evlerine yakın spor salonlarına devamlılığı sağlayabilmektedir, ulaşımı uzak ve zor olan salonlar ilk etapta hevesle gidilse de ilerleyen zamanlarda seyrek gidilir ve verilen paranın boşa gitmesi göz ardı edilerek spor salonuna gitmek bırakılır.

Fiziksel aktivitenin sağlıkla ilişkisi son on yılda sıkça ifade edilmektedir. Başta kalp ve damar hastalıkları olmak üzere sağlık sorunlarının fiziksel aktiviteyle önlenilebileceği veya tedavi edilebileceği birçok çalışmada saptanmıştır. Ayrıca fiziksel aktivite stres sebepli hastalıkları iyileştirip kişilerin daha sağlıklı düşünebilmesini sağlamaktadır (Gauvin ve ark, 1996). İnsanlar fiziksel aktivitenin önemi hakkında aydınlandıkça ve bilinçlendikçe modern topluma fiziksel aktivite imkanı sunan spor salonlarının üye sayıları ve yoğunlukları da artmıştır (Ferrand ve ark, 2010).

#### 2.1.4. Spor ve beslenme

Besin, vücudun yaşam süresince kullandığı yakıttır. Beslenme; büyüme, gelişme, hayatın devamı ve sağlığın korunabilmesi için besin kaynaklarının kullanılmasıdır (Günay, 1998). İnsanın temel gereksinimlerinden olan beslenme insanın sağlığını etkileyen önemli etkenlerdendir. Yeterli ve dengeli beslenme; insanların büyümesi, gelişmesi, yaşamı devam ettirebilmesi için ihtiyacı olan besinleri kişiye uygun porsiyonlarda, besin değerlerini kaybetmeden, sağlığı bozmadan, en ekonomik şekilde alma ve vücutta kullanma olarak da tanımlanır (Baysal, 1990). Düzenli fiziksel aktivite, yeterli ve dengeli beslenme insan sağlığı için önemli etkenlerden ikisidir. Çok hızlı ilerleyen bilim ve teknoloji insanların fiziksel aktivite düzeyini azaltıp beslenme alışkanlıklarını kötü etkilemektedir (Asma, 1987). Spor tarihi tarandığında, insanların asırlarca yarar sağlamak için kendilerini daha hızlı, güçlü, dayanıklı kılacağını düşündükleri bazı yiyecekleri kullandıkları görülmektedir (Güneş ve ark, 1999). Spor bilimlerinin önemli destekleyicilerinden olan beslenme, sporcunun spor performansını ve genel sağlığını etkilediği için dikkate alınması gereken önemli bir konudur (Paker, 1995).

Spor ve beslenme birbirinden ayrılmaz bir bütündür. Biri olmazsa diğeri eksik kalır. Örneğin sadece diyet yapılarak kilo verilirken plato dönemi denilen vücudun alıştığı diyet düzenine direnç gösterdiği dönemler spor, fiziksel aktivite eklemek veya mevcut fiziksel aktivite düzeyini arttırmak direnci kırıp kilo vermede önemlidir.

Sporda hedeflenen başarıya ulaşmak için bilinçli beslenme olmazsa olmazdır. Derece alan sporcuların kondisyonu incelendiği zaman, bireysel beslenme tarzlarının olduğu görülmüştür. Beslenmenin iyi programlanmadığı sporlarda beklenen verim alınmaz (Üstdal ve Köker, 1991). Literatürde sporcuların vücut ağırlıklarını düşürme, dinç hissetme, vücut geliştirme ve yorgunluğun etkilerini azaltmak için çeşitli beslenme yöntemlerini kullanmaktadırlar (Seyhan, 2018b). Vücudun enerji dolu olması ve fiziksel aktivite ile arasındaki ilişki sağlık riski açısından da gözlemlenmektedir. Örneğin; sigara içme sonucu sağlık problemleri yaşayan insanların fiziksel aktiviteye başlamada daha az istekli oldukları saptanmıştır (Hooper ve Veneziano, 1995). Beden ölçülerini kontrol altına almaya yönelik uygulanan diyet ile fiziksel aktivite arasında önemli bir ilişki vardır. Fiziksel aktivite yapan kişilerin yapmayanlara göre diyet hedeflerine daha çok yaklaştıkları gözlenmiştir. Örneğin uygulanan diyetin bir parçası olarak daha az yağlı yemeklere yönelme gözlemlenmiştir (Seyhan, 2018a; Blair ve ark, 1981). Bu durum

yapılan sporda sarfedilen çabayı göz ardı etmeme, dolayısıyla sağlığa daha çok dikkat etme sonucu olabilir.

## 2.2. Farkındalık

Bilinçli farkındalıkta “dikkat etmek” ilk şarttır, yalnızca samimi bir niyet, zihnin gözlemci olması, kabul ve şefkati temel alan bir tutumla bilinçli farkındalık sağlanır. Bilinçli farkındalık sağlanırken kişi kendi duygu, düşüncelerine, dış uyaranlara karışmaz. Bu durum farkındalık sürecinin bir parçasıdır ve amaç yönlendirmek değil kendi zihnini gözlemlemektedir. Bilinçli farkındalık kişilere dirençli duygu ve düşünceleri doğru ve dengeli şekilde benimsemeyi sağlayan bağlantısız farkındalıktır (Ogel, 2012). Üstesinden gelinemeyen duygu ve düşüncelerle fazlasıyla özdeşleşilir, zihinsel olarak engellemek kolay olmayabilir. Bilinçli farkındalık, beyni düşünce üreten bir fabrika gibi algılar. Bu görüşe göre zihnin ürünü olan her düşünceye kesin gerçeklik anlamı yüklemek doğru olmaz, ürünü içselleştirmeden, yargılamadan kalıcı olmadığını kavramak kişinin psikolojik iyiliği açısından yararlı olacaktır (Çelikler, 2017).

Massachusetts Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki Farkındalık Tabanlı Stres Azaltma programının orijinal geliştiricisi Jon Kabat-Zinn “farkındalık (mindfulness)”ı “bilerek, şu anda ve yargılayıcı olmayan bir biçimde özel bir dikkat gösterilmesi” olarak tanımlanmıştır (Joseph, 2017). Bireyler bilinçsiz şekilde içinde buldukları anın farkında olmayıp “umursamazlık (mindlessness)” durumunda olabilirler. Zihinleri geçmiş veya gelecek hakkında düşüncelerle fazlaca ilgili olabilir bu da ana odaklanmalarını önleyebilir (Germer, Siegel ve Fulton, 2016).

Farkındalık dikkatin şu ana odaklanarak, anlık tecrübelerin gözlenip yargılanmadan kabul edilmesine dayanır. Çıkış noktası Doğu'nun kişisel gelişim tekniklerine dayanan farkındalık, Batı'da psikoterapi yaklaşımlarında otuz yılı aşkındır kullanılmaktadır. Farkındalık Temelli Terapilerin işleyişi üst biliş, içsel maruz bırakma, duygulanım ve dikkat düzenlemeyi içermektedir. Farkındalığı üst bilişsel bilgi işleme oluşumu şeklinde inceleyen görüşlerde farkındalığın bilişsel uzaklaşma yöntemiyle işlevsiz üst bilişsel inançların etkisinin azaldığı saptanmıştır (Teasdale, 1999; Wells, 2002).

Bilinçli farkındalığın 3 ana unsuru vardır. Birincisi, şu ana odaklı bilinçli olma durumudur (Erik, 2011). Şu an buraya kök salıp kendini geçmiş ve gelecekle ilgili hayallere ve düşüncelere kaptırmadan, “var olma” hali şu anda kendini gösterir (Svagito, 2009). İkincisi, dikkati hem içsel hem dışsal alanda muhafaza edebilmektir

(Kirk Warren, 2003). Bunu sağlamak için nefes, beden algısı, duyguları ve düşünceleri gözlemlerken dışsal iletilerin de farkında olmak gerekir. Üçüncü unsur, açıklık ile kabullenmektir. Bir tecrübeyi, alışkanlıklar etkisinden kurtularak düzeltmekle uğraşmadan, yargılamadan, tamamen olduğu gibi kabul etmektir. Bunun için birey hayatıyla ilgili ideallerinden ve inançlarından özgürleşmelidir. Bu sayede, yaşanan şu ana “evet” denildiği zaman, içinde bulunulan durumun getirdiği duyguları anlamak ve tanımak için imkan doğacaktır. Bilinçli farkındalık uygulamalarında baştan beri hedefin bir noktaya gelmeye çalışmak ya da bir şeyleri değiştirmek olmadığı vurgulanır (Zinn, 1991).

Germer bilinçli farkındalık uygulamalarının 3 temel bileşenini şöyle özetler:

1. **Dur:** İlk olarak üzerinde çalışılan eylem ne ise onu yavaşlatmak, durdurmak farkındalığa zemin hazırlar. Örneğin, yürürken yavaşlamak, yanından geçerken etrafındaki nesnelere daha iyi fark etmeyi kolaylaştırır. Hararetli bir tartışmada durup derin nefes almak, dikkati bu nefese vermek ana odaklanıp daha bilinçli hareket etmeyi sağlar.
2. **Gözlemle:** Gözlemlemek, o an yaşanan tecrübeyle yakın temas kurmaktır. Birey o an ne hissediyorsa farkına varmak için odağını nefesine, bedensel dönütlerine vermeli o anki hüznün, korku, öfke, mutluluk gibi duygularını anlayabilmelidir.
3. **Geri dön:** Birey odağının saptığını anladığında, yavaş yavaş odağına geri dönmelidir (Gerner, 2009).

Germer, Siegel ve Fulton (2016) bilinçli farkındalığa ait tecrübesel özellikleri sekiz ana başlıkta toplamıştır:

1. **Kavramsal olmaması (nonconceptual):** Bilinçli farkındalık kişinin zihinsel aşamalara uğramadan meydana gelen farkındalıktır.
2. **Şimdi odaklı olması (present-centered):** Bilinçli farkındalık geçmişe ya da geleceğe değil şu ana odaklanmayı temel alır.
3. **Yargılayıcı olmaması (nonjudgemental):** Beklentiye girmek bilinçli farkındalığın kendiliğinden süregelmesini önleyecektir, bu yüzden hayatı geçmişten ya da yarından herhangi bir beklentiye girmeden yaşamak gerekir.



4. **Amaçlı olması (intentional):** Bilinçli farkındalık uygulamalarının ana unsurlarından biri yönlendirilmiş dikkattir. Kişinin odağını şu ana çekmesi zamanla beklenen bir farkındalık kazancıdır.
5. **Katılımcının gözlemi (participant observation):** Farkındalık uygulamalarını yapan kişi, olayın içinden kendini gözler. Bilinçli farkındalık kişinin bedenini ve zihnini daha iyi gözlemleyip yakından inceleyebileceği şimdiki ana yönelik bir hissedilebileceği ve temasa geçebileceği, şimdiki zamana dönük bir tutumdur.
6. **Sözel olmaması (nonverbal):** Farkındalık tecrübesi kelimeler dile dökülmeden önce zihinde oluşur. Farkındalık sayesinde kişi zihni duygularına, düşüncelerine, kişilere, olaylara, durumlara otomatik olarak farkındalığı gelişmiş tutumla bakmaya başlar.
7. **Keşfe dayalı olması (exploratory):** Bilinçli farkındalık kişinin ömrünce gelişip değişen yapıda bir yaklaşımdır. Bu yüzden algılanan kısmın hep daha çoğunu keşfetmek amaçlanır.
8. **Özgürleştirici olması (liberating):** Geçmişteki tecrübelerin ve gelecek kaygısı yükünden silkenip ana odaklanma amaçlanmaktadır (Germer, Siegel ve Fulton, 2016).

### 2.2.1. Kuramsal Temelleri Açısından Bilinçli Farkındalık

Farkındalık temelli terapilerde, bilişsel davranışçı yaklaşımdaki değişim mekanizmalarından dikkat düzenleme, üstbiliş, maruz bırakma kullanılmaktadır (Çatak ve Ögel, 2010). Hayes, Strosahl ve Wilson farkındalık (kabul, içgörü ve farkındalık ile ilgili kavramsal araçların kullanıldığı) temelli terapileri bilişsel davranışçı terapilerin “üçüncü dalgası” olarak tanımlamaktadırlar (Hayes ve ark, 1999). Üçüncü kuşak terapilerin temelinde kişinin içsel tecrübeleri ile alakalı farkındalık kazanması bulunmaktadır (Herbert ve Forman, 2011).

Bilinçli farkındalık uygulamalarında kişi koltuğa rahat biçimde oturur, dikkatini nefes alıp vermesine verir. Bu esnada kişi içinde bulunduğu o anı algılamayı, ana odaklanmayı amaçlar. Bu egzersiz bilinçli farkındalık eğitiminin temelini oluşturur ve kişi öz denetimini, farkındalığını arttırmayı, stresini azaltmayı hedefler. (Schonert-Reichl ve Lawlor, 2010). Kişiler egzersizlerle edinilen tecrübeleri yaşamlarına uygulayarak olumlu düşünme ve negatif duygulardan uzaklaşmak için teşvik eder

(Plews-Ogan, Owens, Goodman, Wolfe ve Schorling, 2005). Bu uygulamalarla kişi, pozitif düşüncelere bürünerek hayatın stresinden uzaklaşmış olur.

### **2.2.1.1.Psikodinamik Kuram**

Bireyin kendi ve diğer insanların zihinsel durumuna ilişkin düşünme yeteneği bir bilinçli farkındalık becerisidir. Bilinçli farkındalığı psikodinamik psikoterapistler, davranışçılardan önce keşfetmişlerdir. Psikonaliz tarihsel olarak bilinçli farkındalık alıştırmalarıyla aynı özelliklere sahiptir. Her ikisinde iç yaşamı keşfetmeye yönelik müdahaleleri vardır ve farkındalık ve kabulün değişimin ön şartı olduğunu varsayarlar. İki yaklaşım da bilinçaltı aşamalarının önemini vurgularlar. Psikodinamik kurama göre kabul etme ve farkındalık, değişimin ön kuralıdır. Bireyin zihinsel hali üzerine düşünebilmesi bilinçli farkındalık yeteneğidir. Bilinçli farkındalık pratikleri bireye iç görü kazandırmayı, arttırmayı sağlar (Özyeşil, 2011).

### **2.2.1.2.Bilişsel-Davranışçı Kuram**

Bilinçli farkındalık ve bilişsel davranışçı kuramın ortak yanları vardır. Budizm uygulamalarından farkındalık kimliğimizi bulmak, dünyayı ve dünyadaki yerimizi nasıl algıladığımızı sorgulamakla alakalıdır. Bilişsel temelli kuramlar, algıladığımız dünyayı düşüncelerimizle meydana getirdiğimizi savunmaktadır. Bilişsel terapiler, Budizm'e benzer şekilde bireye düşüncelerinin nasıl oluştuğu, farklı düşünce ve beklentileriyle başa çıkabilme hakkında yön verir (Özyeşil, 2011).

Budizm ve bilişsel terapiler görüşlerini “dünyayı düşüncelerimizle oluştururuz” temeline dayandırır. Bireyler Budizm ve bilişsel terapiler sayesinde düşüncelerinin ne şekilde doğduğunu, düşünce ve dileklerinin ne getireceği hakkında sonuçlarını yordayıp kavrarlar. Bu sayede neden sonuç ilişkisi kurup istekleriyle başa çıkabilirler (Gilbert, 2005). Bilinçli farkındalık ve kabul temelli müdahaleler semptomlara yönelik kolay ve objektif yaklaşımla duygu, düşünce ve hissiyatın kalıcı olmayacağı hakkında görüş kazandırır (Baer, 2003; Campos, 2002; Roemer ve ark, 2002). Başlıca yaklaşımlar şu şekildedir;

1. Diyalektik Davranış Terapisi (DBT) (Linehan, 1993a, 1993b).
2. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma ( MBSR) (Kabat-Zinn, 2009).
3. Bilinçli-Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) bireye düşüncelerini gözlemlemeyi öğretir ve MBSR'nin (Bilinçlilik Temelli Stres Azaltma) bilişsel

terapi ve depresyon için kullanılan bir uygulamasıdır (Segal, Williams, Teasdale, 2002).

4. Kabul Ve Kararlılık Terapisi ( ACT) bireyi memnun olmadığı duygularını denetlemektense kabul etmeye yönelir (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999; Hayes, Strosahl ve Houts, 2005).

Bilişsel psikoloji düşündüğümüz hissettiğimiz ve yaptıklarımızın bilinçaltındaki gizil süreçlerin bir sonucu olduğunu savunan bir yaklaşımdır (Westen, 1999). Terapide hedef bireyde gelişip ortaya çıkmamış, otomatik, işlevsel olmayan düşünce kalıplarına ulaşmaktır (Friedman, Whisman, 2004; Palfai, Wagner, 2004).

### **2.2.1.3.Gestalt Kuramı**

Gestalt kuramının temel kavramlarından biri farkındalıktır. Farkındalık bireyin çevresiyle etkileşime geçtiği gibi kendisiyle de iletişimde olmasını gerektirir (Sharf, 2014). Gestalt terapilerinde bireyin farkındalığını yükseltmek temel hedeflerdendir. Yüksek farkındalık bireyi çevresiyle etkileşimde tutar ve bu sayede kişi kendi düşüncelerinin, duygularının, davranışlarının sorumluluğunu alarak sağlıklı tercihlerde bulunabilir (Mutlu-Tagay, 2010). Bilinçli farkındalık, diğer yaklaşımlardan farklı olarak, şu anda olan her şeyin tam olarak farkında olmayı içerir (Brown, Ryan, Creswell, 2007).

### **2.2.1.4.Varoluşçu Kuram**

Bu kuram; insan olmanın en temel özelliklerinden birinin kendi yaşamına anlam sağlama çabası ve değerli hissetme duygusu olduğunu savunur. Buna bağlı olarak birey olumsuz durumlar karşısında kaygı duymakta ve çatışma yaşamaktadır. Ölümü kabullenen ve farkındalığı olan birey yaşamı bütüncül olarak ele alır. Yaşamın kıymetini kavrayıp daha verimli biçimde yaşayabilir, kişi ölüm korkusunun da etkisiyle hayata daha sıkı olarak bağlanır (Demir, 2014).

Varoluşçu yaklaşım ölüm, özgürlük, yalıtım, anlamsızlık Budist felsefenin her gün tekrarlanmasını önerdiği “Beş Anımsama” ile ilişkilidir (Yalom, 2001; Hanh, 1998).

1. Doğamda yaş almak var ve yaşlanmaktan kaçmanın yolu yoktur.
2. Doğamda hasta olmak var ve hastalanmaktan kaçmanın yolu yoktur.

3. Doğamda ölmek var ve ölümden kaçmanın yolu yoktur.
4. Benim için değeri olan ve sevdiğim herkesin doğasında değişim vardır. Onlardan ayrılmaktan kaçmanın bir yolu yoktur.
5. Yaptıklarım benim tek gerçeğimdir ve yaptıklarımın sonuçlarından kaçamam.

Bu beş anımsama yaşlanma, hastalanma, terk edilme ve ölüme yönelik korkularımızı kabullenip onlarla barışmamızda önemlidir. Ayrıca bu anımsamalar, hayatın bize verdiği şimdi ve burada olan her şeyi içten takdir etmemizi sağlar (Hanh, 1998).

### **2.2.1.5.İnsancıl Kuram**

İnsancıl kuram insanın hayat kalitesi ve öz mutluluğuna değer vererek bireyi geçmişiyile değil o ana göre değerlendirir (Onur, 2018). Budizm inancındaki gibi bu kuram da insanın tabiatında olan cevherini verimli kullanması, geliştirmesi üzerinde durmaktadır. Bunun yanında dikkati ana vererek farkındalıkla yaşamayı, tercihlerin mesuliyetini almayı, kaygıyı azaltmayı, önlemeyi öğrenme gerekliliğini vurgular (Shahrokh ve Hales, 2003).

Bilinçli farkındalık uygulamalarının amacı hastalık, yaşlılık ve ölüm gibi varoluşsal durumlar hakkında problemleri azaltmaktır. Bilinçli farkındalığın; varoluşçu, yapısal yaklaşımları kapsayan insancıl psikoterapi ile pek çok ortak yönü vardır (Schneider, Leitner, 2002). Rogers'a göre kapasitesini tam anlamıyla kullanabilen kişiler farkındalıklarını yaşantılarında serbest bırakmaktadır (Brown ve ark, 2007).

### **2.2.2. Yeme Farkındalığı(Dikkatli Yeme)**

“Mindfulness” sözcüğünün tam karşılığı olan “Bilinçli Farkındalık” kavramı “şu ana kayıtsız şartsız bilinçli olarak dikkatini vermeyi içeren bir farkındalık” olarak ifade edilmiştir. “Bilinçli Farkındalık” yeme davranışlarına uyarlandığı zaman “Farkına Vararak Yeme” ya da “Yeme Farkındalığı” olarak ifade edilebilir (Bishop, 2004). Farkındalık bireyin alışkanlık tepkilerinden ve düşünce, duygu ve davranışlarla ilgili kalıplarından ayrılmasına fırsat verip öz benlik duygusunu ortaya çıkarır (Dalen, 2015) .

Bireylere yeme farkındalığı kazandırıldıkça duygu durumlarının farkına varıp bununla başa çıkma düzeyinin arttığı saptanmıştır. Yeme farkındalığı kavramı, yeme

davranışını tanımlayıp düzenlemek amacıyla farkındalıktan uyarlanarak oluşturulmuştur (Hammond, 2007).

Farkındalıkla yeme (mindfulness eating) (tüketeyeceğimiz besine dikkat ederek, bilerek, anında karar verme), bireylerin yemeğe duydukları duygusal farkındalığa ve yemeğe dair deneyimlerine odaklanan bir yaklaşımdır. Farkındalıkla yeme bilinçli yemek seçimleri yapmayı, fiziksel ve psikolojik açlık-doygunluk sinyallerini dinleyip farkındalık geliştirmeyi (Dalen, 2010) ve bu şekilde sağlıklı beslenmeyi sağlar (Miller ve ark, 2014). Yemek yerken şu anın farkında olmak, yemeğin duyu üzerindeki etkisine dikkat etmek, fiziksel ve duygusal duyuları not etmek ile kavramsallaşmıştır (Hendrickson, 2013; Kristeller, 2014).

Açlık-doygunluk sinyallerini dinleyebilmek, fazla ya da eksik beslenmeyi önleyerek kişiyi malnutrisyon ya da obeziteden korur. Eğer bu açlık-doygunluk mekanizmasının kontrolü kaybolursa bu durum yeme bozukluklarına yol açabilir.

Farkındalık temelli yeme modellerin temel prensibi, düzensiz davranış biçimlerinin (uyumsuz beslenme kalıpları vb.), olumsuz içsel tecrübelerden kaçınma girişimleriyle ilgili olmasıdır. Yapılan araştırmalarca aşırı kilolu bireylerde deneysel bir kaçınma modeli olduğu gösterilmektedir. Bu bireyler stres faktörlerine sürekli maruz kalma durumunda, pasif başa çıkma stratejileri kullanma eğilimi gösterirler ve sıklıkla strese yanıt olarak yemeğe başvururlar. Duygusal ve dürtüsel yeme alışkanlıkları arasındaki bağlantıların arttırılması farkındalıkla yemenin önemli bir bileşenidir (Dalen, 2015). Vücuttan gelen duygusal ve dürtüsel iletileri ayırt etmek ve buna göre yeme davranışında bulunmak gerekir.

Gıda alımına ilişkin hem davranışsal hem de bilişsel alışkanlıklar, uzun yıllar boyunca gelişmekte ve gün geçtikçe otomatikleşmekte olan alışkanlıklara ve besin seçimlerine neden olmaktadır. Aşırı kilolu ve obez bireylerde yaygın olarak kullanılan işlevsel olmayan düşüncelerle ilgili olarak, farkındalık, daha işlevsel düşünceler ve sağlıklı psikoloji için önemli bir araç olmuştur (Keng, 2011). Yeme farkındalığı yüksek olan insanların olmayanlara göre daha uygun beslenme durumlarına sahip oldukları gözlenmiştir (Camillleri, 2015).

Farkındalıkla yeme üzerine yapılan çalışmaların odağı, yemeğin ve psikolojik stresin duygusal belirleyicileri olmuştur. Yeme Farkındalığı yaklaşımı, otomatik ve alışılmış kalıplar için farkındalığı arttırır ve uzun vadeli değişiklikleri teşvik ettiği için kalıcı şekilde etkili olabilir (Fulwiler, 2015).

Besin tüketirken farkındalık seviyesini değiştirmek sonraki tüketim sırasında besin alımını etkileyen yeme bölümü için hafıza kodlamasında değişikliğe neden olabilir. Dikkat dağınıkken, farkındalık sağlanamamışken besin tüketildiğinde (örneğin telefonla ilgilenmek, gazete okumak) bu durum daha önceki yeme bölümüne zayıf bir bellekle kaydolur. Sonraki öğünde hissedilen açlık ve tüketilen besin artar. Bu duruma karşın tüketilen besine karşı farkındalık sağlandığında yeme bölümü belleği artmakta ve atıştırma azalmaktadır (Higgs ve Woodward, 2009). Mittal ve arkadaşlarının çalışmasında dikkatleri dağınık şekilde besin tüketen kişiler tükettikleri porsiyon miktarının farkına varamamıştır. Farkındalık sağlanan gruptakilere göre tükettiklerinden daha az yediklerini hatırlamışlardır (Mittal ve ark, 2011).

Yeme davranışının otomatikleşmesi, öğün saati geldi diye yemek yenilmesi, televizyon gibi dikkat dağıtıcılara odaklanarak lokmaların seriye bağlanması yeme bozukluklarına, fazla kiloya ve obeziteye zemin hazırlamaktadır.

Farkındalık uygulamaları ana odaklanarak şu anda nefes alarak, etkin şekilde ana katılarak gözlemi içerir (Hofmann ve ark, 2010). Dikkatli bir şekilde farkında olmak, yeme bozuklukları ve yiyecek isteklerinin kontrolünde faydalı olmuştur (Wanden-Berghe ve ark, 2011; Alberts ve ark, 2010).

Farkındalıkla yemede kurallar yoktur, kişinin kendi tecrübeleri esastır, çünkü herkesin aynı yiyeceğe aynı yaklaşması mümkün değildir. Burada istenen kişinin deneyimlerinin farkında olup ana odaklanmasıdır. Öneriler ise “Yemek yerken TV izlemeyin.”, “Porsiyonlara dikkat edin.”, “32 kez çiğneyip yutun.” ve “Yemek yerken oturun.” gibi yemeye odaklanma üzerinedir (Joseph, 2017).

Aşağıda Farkındalıkla yeme ve yaşama ile ilgili tutumlar vardır:

**Yargılamadan(Nonjudging):** Bu deneyimle karşılaşılan ilk şey, tüketilen besinin sevilip sevilmediğinin sorgulanması. Yargıların farkındalığı, dikkatin kritik bir unsurudur.

**Sabır:** Farkındalıkla yemede sabırlı olmak önemlidir. Ana odaklanabilmek, çiğneme hızını yavaşlatmak, her lokmanın tadına varmak, yemek yiyor olduğunun bilincinde olmak için sabırlı olmak gerekir.

**Acemi yaklaşım:** Deneyimleri ilk kez ediniyormuşcasına davranmak (bir bebeğin yeni bir tadı alması, bir nesneyi hissetmesi, onu koklaması ve dinlemesi gibi).

**Güven:** Kişinin besin tüketirken ne hissettiğini ve farklı yiyeceklere verdiği yanıtları fark ve takdir ederek, kendini daha fazla kabul etmesi ve böylece kendine daha fazla güvenmesini sağlar.

**Çabasız (Nonstriving):** Bu kilo kaybı amacıyla çabalama ile ilgili olan “diyet düşüncesi”nin tersidir. Belirli bir sonuç almak amaçlandığından, bir tüketici olarak kişinin o anda olması ve deneyiminin tamamen takdir edilmesine izin verilir. Bir şeyin gerçekleşmesi için çaba gösterilmesi gerekmez.

**Kabul:** Ne olursa olsun kişinin şu anda tüm varlığı ile bulunması ve deneyimlerini kabul etmesi farkındalık sürecinin temelidir (Kabat-Zinn, 2001).

**Salıverme(Letting go):** Farkındalıkla yeme çikolata yenmek istendiğinde yerine kuru üzüm yeme gibi geçmiş beklentileri bırakmayı içerir. Yeni deneyimlere açık olmayı gerektirir (Joseph, 2017).

Farkındalıkla yeme, uygulayıcıların yargılayıcı olmayan ve kendi kendini kabul eden bir şekilde kim olduklarını anlamalarını destekler. Ne ve ne zaman yemek yiyeceğine ilişkin kurallarla kısıtlanmak yerine, kendi kararlarına güvenmelerini teşvik eder. Farkındalık, uygulayıcıları her anı tam olarak yaşamaya ve yaşamlarını olduğu gibi takdir etmeye sevk eder (Olson, 2015).

Farkındalıkla yeme, her bir ısırıkta farkında olmakla ilgilidir. Yiyecek hakkındaki düşünceler ilk ısırıktan son ısırığın yutulmasına kadar devam etmeli, araya başka düşünceler girmemelidir (Joseph, 2017). Bunu başarmak, yenilen besinin kişiye ne getireceğinin farkında olmasını, böylece bilinçli ve dozunda beslenmesini sağlayacaktır.

Aşağıdaki önerilerden bazıları, dikkatli bir şekilde yemek yemeyi öğretme yöntemlerinde yararlı olacaktır:

- Bir şeyi otomatik olarak tüketmeden önce, ne hissettiğinize dikkat etmek için bir dakikanızı ayırın. Stresli, sıkılmış, kızgın ya da üzgün müsünüz? Yalnız mısınız? Yoksa gerçekten fiziksel olarak aç mısınız? Tepkiselliğinize dikkat edin ve seçim yapın.
- İsteğiniz açlıkla ilgili değilse, ihtiyacınız için daha uygun başka bir şey yapın.
- Diğer dikkat dağıtıcıları uzaklaştırın ve yemeğinize odaklanın.
- Bir yemeği nasıl tecrübe ettiğinize ek olarak, bu yemeğin size gelmesi için neler olması gerektiğini düşünün. Büyüme sürecine ve üretimine kim dahil oldu? Malzemeleri yetiştirmek için kullandığı güneşi ve toprağı göz önünde

bulundurun ve kendisinden dünyanın nereden geldiğini kendinize sorun. Tabağınıza getirmek için harcadığınız her şeyi takdir edin.

- e. Her bir ısırmadan sonra, nasıl hissettiğinizi görmek için vücudunuzu dinleyin. Yetti mi? Daha fazlasına ihtiyacınız var mı? Durma zamanı geldi mi? O zaman seçtiğiniz şeye devam edin (Joseph, 2017).

Farkındalık eğitiminin veya şu andaki yargılayıcı olmayan farkındalığın geliştirilmesinin, duygusal reaktiviteyi arttırdığı ve stresi azalttığı ve diğer sağlık davranışlarını geliştirdiği gösterilmiştir.

**Farkındalık Tabanlı Stres Azaltma (MBSR)** programı, şu anda ABD genelinde 500'den fazla sitede sunulan 8 haftalık ve kolay erişilebilir bir kurstur. Dikkat eğitimi, duygusal yemenin azaltılması için etkili bir müdahaledir. MBSR, stres ve duygularla ilgili yemeğe ve dolaylı olarak kilo vermeye yönelik düşük maliyetli bir strateji sunabilir (Joseph, 2017).

**MEI dikkatli yeme müdahaleleri (MEI):** İlk oturumda, farkındalığı geliştirmek ve hayata daha fazla şükran duymak için kısa uygulamalar, dikkat ve stres yönetimi stratejileri üzerinde durulmaktadır. Gelecek üç seansta katılımcılar, ne yediklerini, açlık hissini yeniden öğrenmeyi ve uygun yemek porsiyonlarını değerlendirmek için bedenini dinlemeyi, yemek ve hazırlayıcılarına minnet duymayı içeren yeme farkındalığı ilkelerini öğrenmektedirler. Yemeğe, yemeğin rengine, koku ve aromasına dikkat etmeleri, küçük ısırıklarla yavaş yavaş yemeleri, her lokmanın tadına varmaları ve midenin dolgunluk hissine dikkat etmeleri gerekir. Ayrıca katılımcılara otomatik yemekten sakınma, yüksek kalorili, lezzetli yiyecekler karşısında kendilerini daha iyi kontrol etmeleri ve bilinçli alışveriş becerileri öğretilmektedir. Her oturumda, farkında olma ve farkındalıkla yemeyle ilgili küçük anekdotlar bilimsel bir bakış açısı ile sunulmaktadır.

Bu yaklaşımın diyetler gibi besin öğeleri, değerleri ve kalori ile alakası yoktur. Diyetler belli sonuçlar elde etmek için (kilo kaybı-kazanımı, hastalıkları düzenleme) neyden ne kadar tüketmek gerektiğine dayanır. Diyetler kısa süreli çözümlerdir genelde başarısızlıkla sonuçlanır (Joseph, 2017). Yakın zamanda davranış değişikliği olmadan uygulanan diyetin uzun sürede işe yaramadığı kabul edilmiştir. Farkındalık yemeğe olan genel yaklaşımı değiştirmede gereken koşulları karşılamış ve yemeğe olan yaklaşımın odağı haline gelmiştir (Joseph, 2017).



Tablo 1.

*Dokuz Seanslı Farkındalık Temelli Yeme Farkındalığı Eğitimi (MB-EAT) Programından Bir Farkındalık Müdahalesiyle Örneği*

Seans 1	Öz-düzenleme modeline giriş, üzüm alıştırmaları, grupta uygulama ile farkındalık meditasyonuna giriş
Seans 2	Kısa meditasyon (tüm seanslarda devam eder), yeme farkındalığı; egzersiz (peynir ve kraker); yeme farkındalığı kavramı, vücut taraması kavramı
Seans 3	Aşırı yeme tetikleyicileri ve meditasyonu, yeme farkındalığı alıştırmaları (kek gibi tatlı, yüksek yağlı yiyecekler)
Seans 4	Açlık ipuçları - fizyolojik / duygusal, açlık meditasyonu, yeme alıştırmaları, dikkatli yiyecek seçimleri, iyileşme, kendinle ilgilenme
Seans 5	Tat doyum sinyalleri - tipleri ve seviyeleri, tat doyum meditasyonu, oturarak yoga
Seans 6	Doğunluk sinyalleri - tipleri ve seviyeleri, doğunluk meditasyonu, rastgele yemek
Seans 7	Affetmek - bağışlama meditasyonu
Seans 8	İçsel bilgelik - bilgelik meditasyonu, yürüyüş meditasyonu
Seans 9	Başkalarını fark ettin mi? Buradan nereye gidiyorsun?

Kaynak: Warren, Smith, Ashwell, 2017, " A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms", Nutrition research reviews, sayı 30 s. 272.

Geleneksel kilo verme programlarında kalori azaltma öğretilir, büyük ölçüde açlık ve tokluk ile ilgili vücut sinyalleri görmezden gelinir. Duygusal beslenme ve diyet arasındaki ortak yön, iç ve dış ipuçlarını önemsemeyen veya bastırılmış cevaplarla olan ilişkisidir. Buna karşılık, farkındalıkla yemede, bireyler doğal açlık-tokluk sinyallerini değerlendirerek vücut-zihin dengesini sağlayarak daha sağlıklı bir yaşam sürer. Fiziksel ve duygusal tetikleyiciler üzerinde farkındalık sağlayarak bireyler ne zaman ve ne kadar yemek yiyebileceklerini bilme yeteneklerine güvenebilirler (Dalen, 2015).

Yeme farkındalığı uygulamalarının zayıflama diyetlerine entegre edilmesi, hem kişilerin sezgisel beslenme yeteneğini yeniden kazandıracak hem de diyeti sürdürülebilir hale getirip daha kolay yol alınmasını sağlayacaktır.

### 2.2.3. Açlık

#### 2.2.3.1. Fiziksel Açlık

Vücutta depolanan enerjinin azalması yeme isteğini arttırarak homeostatik dengeyi sağlar (Lutter, 2009). Kandaki glikozun azalması, serbest yağ asitlerinin artması açlık hissi sağlar. Vücudun plazma glikozu 70-110 mg/dL seviyesinde olmalıdır. Açlıkta karaciğerde glikojenolizis, lipid ve proteinden glikoz sentezi sağlanır. Tokluk hissi vücudun ihtiyacı olan enerjiyi karşılama sonucu insülin salınımı, leptin, ghrelin, kan glikoz düzeyinin etkisiyle oluşur. Besin tüketimi sonrasında izleyen sekiz saat sonrası fiziksel açlıktır. Beyaz yağ dokusunda sentezlenen leptin ve mide kaynaklı ghrelin hormonları açlık-tokluk mekanizmasını düzenleyen önemli hormonlardır. Leptin, kan-beyin bariyerini geçerek hipotalamusta reseptörlerine bağlanır, sinyallerin aktive edilmesiyle besin alımı baskılanır ve enerji harcaması artar. Ghrelin ise leptine ters etki gösteren mide kaynaklı bir peptittir (Tüfekçi Alphan, 2007).

PYY (3-36), doyumluk hissi sağlayarak besin tüketiminin durmasını sağlayan bir hormondur. Besin tüketiminden 15 dk sonra PYY (3-36) düzeyi yükselir, 90 dk içinde pik yapar. 6 saat bu düzeylerde seyredir. PYY(3-36) artışı alınan besinlerle doğru orantılıdır (De Silva, 2012). Orta vadeli doyumluk, GLP-1, kolesistokinin (CCK) ve PYY gibi bağırsak peptidi hormonları tarafından metabolik olarak kontrol edilir, bunların gastrointestinal kanaldan geçmesi ve yiyecek alımını durdurucu etkisi yanında yemek işleme rolleri vardır (Yeo, 2012; Van Kleef, 2012).

Tüketilen besin miktarı ilgili geri bildirim sağlayan mide ve bağırsaklar, esneme / uzaklaşma ve ayrıca ozmotik yükün fiziksel sinyalleri yoluyla sindirim sonrası bilgi sağlar. Tokluk hissi, alınan besinin sindirimi, emilme sinyallerinin azalması, açlığın bir sonraki beslenme partını başlatmasına kadar sürer (Yeo, 2012; Van Kleef,2012).

Sezgisel yeme (IE) olarak adlandırılan bir tür adaptif davranış, genel olarak dışsal ve / veya duygusal işaretler yerine fizyolojik açlık ve doyumluk sinyallerine cevap olarak yemek yeme olarak tanımlanır. Sanayileşmiş toplumlarda, artan gıda çekiciliği, artan enerji yoğunluğu ve porsiyon büyüklükleri, yaşamın başında ebeveynlerce kazandırılan yeme alışkanlığı, (Birch, 2003) ve çok sayıda enerji kısıtlayıcı diyetler vücutta biyolojik mekanizmayı bozabilir (Géraldine, 2016).

Diyet, bilinçli gıda kısıtlamaları uzun vadede gıda tüketiminin artışına sebep olabilmektedir (Barte ve ark, 2010; Field ve ark, 2004 ; Polivy ve Herman, 1985 ; Ward ve Mann, 2000). Diyetin 5 yıllık periyotta kilo artışına neden olabileceği (Neumark-Sztainer ve ark. 2006 ) ve yemeğe cevaben dikkat ve ödülünden sorumlu beyin bölgelerinin aktivasyonunu arttığı gösterilmiştir (Stice ve ark, 2013). Sonuç olarak, sezgisel yeme (IE) olarak adlandırılan diyet dışı bir yaklaşım geliştirilmiştir (Tribole ve Resch, 2012).

IE, duygusal veya harici olarak tetiklenen yemenin aksine, açlık ve tokluk ipuçlarına göre yemeyi teşvik eder. Odağı vücut ağırlığından alır, “yasak” veya “kötü” gıdalar fikrini bırakmaya teşvik eder ve ne zaman hangi yiyeceğin istendiği konusunda yemeğe koşulsuz izin verir (Tribole ve Resch, 2012 ; Tylka ve Van Diest, 2013). Yasaksız diyet, diyet uygulayıcıları için daha cazip bir yoldur ve sezgisel beslenme yöntemi fazla kilolu bireylerde sağlığı geri kazanmada önemli bir yoldur.

#### **2.2.3.1.1.Aç beyin**

Ünlü İngiliz bilim adamı JZ Young “Beyin ve ağız her ikisinin de vücudun aynı ucunda olması önemli bir ipucudur.” ve “Hiçbir hayvan yiyeceksiz yaşayamaz. O zaman yiyecek, beynin organizasyonunu belirlemede en önemli etkiye sahiptir.” şeklinde beslenmenin beyin için önemini vurgulamıştır (Spence, Okajima, David, Petit, Michel, 2016). Bazı çalışmalar beynin, hayvanlarda bağırsakların besin alımını kontrol etme aracı olarak geliştiğini ve böylece hayatta kalma ve üreme şanslarını arttırdıklarını öne sürmüştür (Allman, 2000). Ayrıca beynin hangi besinlerin vücuda alınacağı, hangi zararlı (örneğin, zehirli) gıdalardan kaçınacağını belirleyip kortikal gelişimi yönlendirmede önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir (Piqueras-Fiszman, Kraus ve Spence, 2014).

Beyin, %25’lik kan akışı oranıyla vücudun en fazla enerji kullanan organıdır. Beynin, gelişmekte olan organizmada tüketilen enerjinin üçte ikisini emdiği yenidoğan insanda bu oranın daha yüksek olduğu saptanmıştır. İnsan beyni evrimsel olarak, hayatını devam ettirebilmek için tüketeceği yiyecekleri görmekten keyif almayı öğrenmiştir (ödül sistemiyle). Ayrıca fizyolojik tepkiler (acıma vb.) de vücudumuzu bu yiyecekleri almaya hazırlamaktadır (Wenk, 2015 , Wrangham, 2010).

Son zamanlarda sanal gıdalara düzenli olarak maruz kalmak ve buna bağlı sinirsel, fizyolojik ve davranışsal tepkiler dizisi fizyolojik açlığımızı olumsuz

etkileyebilir. Bu durum dijital çağda gıda medyasının giderek daha başarılı hale gelmesinin bir sonucudur.

### **2.2.3.2.Hedonik açlık(Hazsal)**

Limbik sistem, davranışı, duyguyu düzenler ve hazsal algıyı kontrol eder. Mezolimbik dopaminerjik nöronların, tüketilen besinlerin ödül ve bağımlılığında önemli etkisi vardır. Çalışmalar sonucu duygusal yemenin yanında besin tüketiminin motivasyonel boyutunda dopaminin etkisi kanıtlanmıştır. Tüketilen besinle algılanan ödül, bireyin beyninde kortikal ve limbik alanları aktive ederek nükleus akkümbeşte dopamin artışını sağlamıştır (Abay, 2001). Wang ve arkadaşları aşırı yemenin nedenini düşen dopamin düzeylerini normal düzeye çıkarma amacıyla yaptığını yorumlamışlardır (Cota, 2006).

Hedonik yeme, hazsal (zevk için) yeme olarak ifade edilebilir. Yemek yiyip doyunluğa ulaşmanın ardından çok sevilen bir besini, “Tokum ama yerim.” şeklinde geri çevirmeme hedonik beslenmeye örnektir. Hedonik açlık, bireyi yüksek kalorili, lezzetli besinleri tüketmeye yöneltir (Lutter, 2009). Artık hedonik(hazsal) beyin sistemlerinin, enerji dengesini düzenleyen hipotalamik sistemleri geçersiz kılabileceği ve yüksek karbonhidrat ve yağlı gıdaların çeşitliliğinin bu sistemler için güçlü uyarıcı olduğu bilinmektedir (Hussain, 2013). Yüksek enerjili, düşük besin içeriğine sahip yiyeceklerden mümkün olduğunca uzak durmak hipotalamik sistemlerin çalışma düzenini bozmamayı, böylece vücudun normal rutinde sezgisel beslenmeye devam edebilmeyi sağlar.

### **2.2.3.3.Görsel Açlık**

“Görsel açlık”, insanın gıda görüntülerine maruz kalmasının bir sonucu olarak ortaya çıkan sinirsel, fizyolojik ve davranışsal tepkiler dizisi, doğal görüntü arzusu veya dürtü olarak tanımlanabilir. Sanal gıdalara düzenli olarak maruz kalmak, gıda görmeye bağlantılı sinirsel, fizyolojik ve davranışsal tepkiler nedeniyle fizyolojik açlığımızı gereğinden fazla artırıyor olabilir (Spence ve ark, 2016).

Beynin temel görevlerinden biri, besin bulmayı ve beslenmeyi kolaylaştırmaktır (Laska, Freist ve Krause, 2007 ). Trikromatik (renkli) görmenin başlangıçta primatlarda koyu yeşil orman kanopisinde enerji bakımından zengin (ve muhtemelen kırmızı) meyvelerin seçilmesini kolaylaştıran bir adaptasyon olarak gelişmiş olabileceği öne sürülmüştür (Regan ve arkadaşları, 2001 , Sumner ve Mollon, 2000 ).

Besleyici gıda kaynakları bulmak, insanın var olması ve yaşamın sürdürülebilmesi amacıyla gerekli fizyolojik döngünün, dikkat, zevk ve ödüllendirme sistemlerinin sağlanması için önemlidir (Kringelbach ve diğerleri, 2012). Öyleyse, görsel çekiciliğin, yiyeceğin ortaya çıkardığı genel hazzın üzerinde önemli bir etkiye sahip olması şaşırtıcı değildir (Hurling ve Shepherd, 2003). Bu da görsel olarak zengin besinlere tok olursa bile hayır diyememeyi açıklayabilir.

### **2.2.3.3.1.Gıdanın Görsel İşlenmesinde Altında Yatan Sinir Alt Tabakaları**

Wang ve arkadaşları tarafından yapılan PET çalışmasında iştah açıcı besin görülmesi ve koku duyulması ile beyinde %24'lük beyin aktive artışı gözlenmiştir (Wang ve arkadaşları, 2004).

Obez bireylerde, uzun süreli açlıkta (oruç gibi) ödül beklentisiyle ilişkili olduğu bilinen alanlarda sinirsel aktivasyonun arttığı gözlenmiştir. Bu durum açlık durumunun, beyin yiyeceklere karşı ödül tepkisi üzerinde önemli bir etki yarattığını göstermektedir. Petit ve ark. çalışmasında katılımcılar besin fotoğraflarını gördüklerinde alabilecekleri zevkleri düşünürken ve yemek yediklerinde, BKİ'si (Beden Kitle İndeksi) yüksek olan bireylerin ilgili beyin alanlarında daha fazla aktivasyon görüldüğünü bildirmişlerdir (Petit ve ark, 2014). BKİ'si yüksek olan kişiler daha düşük olanlara göre sağlık yararlarını düşünürken aynı görüntüleri gördüklerinde, aynı beyin alanlarında daha az aktivite gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar, BKİ'si daha yüksek olan bireylerin sağlık yararlarını reddetme eğiliminde olduklarını göstermektedir (Spence ve Piqueras-Fiszman, 2014).

### **2.2.3.3.2.Psikoloji / fizyolojideki gıda imajlarının etkisi**

Yiyecek görüntüleri sadece dikkat alanlarındaki önemli değişikliklerin yanı sıra beyin ağındaki sinirsel aktiveyi etkileyerek tükürük salgılamasına yol açabilir. Katılımcılara yüksek kalorili besinler ve düşük kalorili besinlerin görsellerin gösterildiği bir çalışmada, yüksek kalorili besinlerin düşük kalorili yiyecek görüntülerine göre beyin bölgelerinde elektriksel aktivitelerden yola çıkarak tadının önemli ölçüde daha çok haz verdiği değerlendirilmiştir (Spence, 2011).

Yüksek kalorili yiyeceklerin düşük kalorili sağlıklı yiyeceklere göre çok daha lezzetli şekilde hazırlanması, içinde bağımlılık yaratıcı maddelerin bulunması ve bunun daha önce deneyimlenerek yüksek kalorili yiyeceklerin genelde daha lezzetli olduğunun bilinmesi bunun nedenlerinden olabilir.

### 2.2.3.3.3.Sanal Dünya

Son zamanlarda yemek kitapları, sosyal medya sayfaları yüksek çözünürlüklü çekici görüntülü besinlerle karşımıza çıkıyor (Spence ve Piqueras-Fiszman, 2014). Yıllar geçtikçe, kameraların çözünürlüğü ve renk kalitesi sürekli gelişmekte ve böylece çekilen fotoğraflar daha çekici, estetik bir hal almaktadır. Yüksek enerjili besinlerin fotoğraflarının yayınlandığı sosyal medya hesapları, alternatif bir zevk kaynağı sunarken, aynı zamanda dolaylı olarak aşırı tüketim ve hazzı teşvik eder. Passamonti ve arkadaşları, “*İştah açıcı yiyeceklerin görülmesi gibi harici yiyecek ipuçları tokken bile yemek yeme isteğini uyandırabilir.*” ifadesini kullanmıştır (Passamonti ve ark, 2009). Bir yemeğin sunum şekli insanın lezzet algısı üzerinde ve sonraki öğünlerde besin seçiminde etkilidir (Deroy ve ark, 2014).

Genel olarak toplumda, insanların restoranlarda sipariş ettikleri yemeğin fotoğrafını çekme isteği ve yemek için zevkli sunumlar yapmak isteyen şeflerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır. İnsanların iştah açıcı yiyeceklerin sanal görüntülerine bakarak, tüketilen gerçek yiyeceklere göre daha fazla zaman harcadıkları anlaşılmaktadır. Çoğu kişi sorgusuzca ekranları (TV, akıllı telefon) izlerken besin tükettiğinde, dikkatini tokluk hissine odaklamadan yediği için daha fazla kalorili yiyecek almış olurlar. Yemek yerken sanal yiyeceği görme keyfi, bir anlamda gerçek yiyeceği görme zevkinin yerini almıştır (Spence ve ark, 2016). Bu durum tersine de kullanılabilir. Örneğin; küçük çocukların sebzeleri sevmesi, bu sebzelerin resimlerine maruz bırakılarak arttırılabilir (Houston-Price ve arkadaşları, 2009). Bu sayede sağlıklı beslenme alışkanlıkları küçük yaşta kazanıldığından yetişkin dönemde sağlıklı yaşamı hayat tarzı haline getirmek zor olmaz.

Son zamanlarda daha önce hiç olmadığı kadar fazla televizyon yemek programı izlendiği belirtilmiştir (Spence ve ark, 2016). Bireylerde BKİ ve tv izleme saati arasında doğru orantılı ilişki bulunmuştur (Boulos ve ark, 2012).

### 2.2.3.4.Duygusal Açlık

Bireylerin içinde buldukları duygu durumları besin tüketimini etkileyebilmektedir. Duygusal (emosyonel) Yeme terimi 1950’de Bayles ve Ebaugh tarafından ortaya atılmıştır (Bayles, 1950). Duygusal yeme “Yeme davranışı, anksiyete, depresyon, öfke ve yalnızlık gibi negatif duygulara karşı verilen bir cevaptır.” olarak tanımlanmıştır (Garaulet, 2012). Kilo kaybı odaklı yeme kısıtlamalarının başarılı olabilmesi, duyguların kontrolüne bağlıdır. Hangi duyguların etkisinde yemek yendiği

saptanması, duygusal yemeyi kontrol altına almada etkilidir (Canetti, 2002; Meyer, 2010; Gianini, 2013).

#### 2.2.3.4.1. Duygusal Yeme Mekanizmaları

Stres, olumsuz duygular, kişinin diyet uygularken yiyecek alımını kısıtlamaları bakımından kendini kontrol etmesini engelleyebilir. Vücut, uygulanan gıda kısıtlamasını gerçek gıda kıtlığından ayırt edemez ve açlık modundaymış gibi davranır. Metabolizma hızı yavaşlar, açlık ve iştah artar (Goldsmith, 2009). Bu özellikle stres zamanlarında geçerli olabilir. Bu nedenle diyet, duygusal yemeye karşı artan eğilim için bir risk faktörü olarak kabul edilir. Diyet yapanların açlık hislerine karşı sürekli mücadelesinin (açlık ve tokluk sinyalleriyle hareket) bir başka sonucu da duygusal yemenin gelişimi için ek bir risk faktörü oluşturmasıdır. Fizyolojik stres reaksiyonları beslenmeye bağlı doyma ile ilişkili içsel hisleri taklit eder (Herman, 1975; Herman, 1980).

Duygusal beslenme diyetten bağımsız olarak da gerçekleşebilir. Zayıf interoseptif (iç algı) farkındalığın, açlık ve tokluk durumlarının karışıklığı ve duygularla ilişkili fizyolojik semptomların, aleksitimi (duygusal sağırlık) veya zayıf duygu düzenleme stratejilerinin bir sonucu olabilir (Bruch, 1973). Alternatif olarak, duygusal beslenme, HPA (hipotalamik hipofiz adrenal) ekseninin (strese verilen tipik yüksek kortizol tepkisi yerine körleşmiş) ters stres tepkisi ile de ilişkilendirilmiştir (Dalman, 2009).

Duygusal yeme, dış yeme (çekici dış etkenler; koku, görüntü gibi) ile birlikte ortaya çıkma eğilimindedir. Sürekli diyet yapan kadınlarda yapılan bir beyin görüntüleme çalışmasında, Orbital Frontal Korteks'te (OFC) aktivite artmıştır, iştah açıcı yiyecek işaretleri ödül değerindeki artışla ilişkilendirilmiştir. Daha sonraki bir çalışmada, bu artışın 6 ay sonra kilo alımını öngördüğü bulunmuştur (Wagner, 2012).

Dış yeme ve duygusal yeme arasında önemli farklardan biri, dış yemede, duygusal aşırı yemenin aksine, evrimsel uyum cevabı olarak kabul edilmiş olmasıdır. Evrimin, insanların gıda mevcut olduğunda, gıda sıkıntısı dönemlerinde hayatta kalmalarını sağlayan genetik adaptasyonları desteklediği ileri sürülmektedir (Van Strien, 2009).

Birçok kişi duygusal beslenmelerine rağmen normal kilosunu korur. Telafi edici davranışlar, bu duygusal yiyicilerde kilo almamayı açıklayabilir (Geliebter, 2003). Yapılan çalışmalar, egzersizin duygusal yiyicilerde kilo korumasına katkıda

bulduğunu göstermiştir (Feller, 2015). Ancak bu tür çalışmaların kantitatif tasarımı, bu bireyleri egzersiz yapmaya neyin motive ettiği ve egzersizin doğrudan işe yarayıp yaramadığını saptamaya izin vermemiştir. Telafi edici yeme davranışları ayrıca duygusal yeme ve kilo vermeye ilişkin olabilir. Örneğin, iç açlık ve tokluk işaretlerini izleme yeteneği, yeme davranışlarının düzenlenmesi ve gıda tüketiminin azaltılmasında da rol oynamıştır. Bununla birlikte, normal kilolu duygusal yiyicilerin, yemek yemelerini ve kilolarını düzenlemek için bu ipuçlarına dayanabileceği özel yollar bilinmemektedir (Hayes, 2012; Goossens, 2007).

Düzenli fiziksel aktiviteye katılmanın, kilo alımına karşı koruduğu, ayrıca depresyon ve duygusal etkilere yol açabilecek diğer olumsuz etki biçimlerini azalttığı gösterilmiştir. Daha sonra yapılan boyutsal çalışmalar, duygusal yiyiciler için fiziksel aktivitenin önemini göstermiştir (Vuori, 2001). Fiziksel aktivitenin duygusal beslenme ile zaman içindeki kilo alımı arasındaki ilişkinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Dohle ve arkadaşları benzer şekilde, daha sık egzersiz yapan duygusal yiyicilerin BKI'lerinin 1 yıl boyunca daha az egzersiz yapanlara göre daha düşük olduğunu bulmuşlardır (Dohle, 2014). Fiziksel aktivite aşırı yemek yemeyi telafi etmeye yardımcı olabilir ve böylece duygusal yiyicilerde tipik olarak gözlemlenen kilo alımını önlemeye yardımcı olabilir.

#### **2.2.3.4.2. Telafi Edici Yeme Davranışları Ve Duygusal Yeme**

Duygusal yemek yeme, içsel açlık ve tokluk sinyallerinin farkındalığının azalması ile ilişkilendirilmiştir, çünkü stres kişinin içsel ipuçlarının farkında olma yeteneğini değiştirir (Tan, 2014; Goossens, 2006). Ayrıca, Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu yaşayan bireylerin duygusal yemeğe girdiklerini, çünkü yiyecek tüketimini bastıramadıklarını belirtmişlerdir. Bununla birlikte, duygusal beslenen normal kilolu bireylerin, olumsuz duygulara yanıt olarak aşırı kilolu veya obeziteye sahip bireylerden daha az yiyecek tükettikleri bulunmuştur (Geliebter, 2006). Bu nedenle normal kilolu bireylerin stres altında bile iç açlık ve tokluk işaretlerinin daha fazla farkında olmaları mümkündür.

Diğer telafi edici beslenme davranışları, yeme bozuklukları ve düzensiz yeme davranışlarıyla ilişkilidir. Örneğin, oruç tutmak, beden memnuniyetsizliği, ince ideallerin içselleştirilmesi ve kısıtlı yemeğin bir getirisidir (Lepage, 2008). Arınma, Bulimia ve Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu gibi yeme bozuklukları ile de ilişkilidir (Roberto, 2010).



### 2.2.3.4.3. Beden İmajı İle İlgili Endişeler

Olumsuz beden imgesi duygusal beslenme ile ilişkilendirilmiştir. Ek olarak, kişinin vücudundan hoşnutsuzluk, kilo vermek istemekle de ilgilidir. Tersine, vücut imajı ve yeme alışkanlıkları ile daha az ilgilenen bireylerin duygusal yeme ile meşgul olma olasılıkları daha düşük olabilir (Quick, 2014). Beden imajında daha fazla esnekliğe sahip bireylerin duygusal yeme ile ilişkili olan yemek yemekten daha az etkilenmeleri beklenmektedir (Duarte, 2015).

Bireyin hem duygusal hem de bilişsel bileşenleri içeren psikolojik özellikleri, yalnızca aşırı kilolu ve şişman kişilerde değil, aynı zamanda normal kilolu kişilerde de yeme alışkanlıklarını ve kilo kontrolünü etkileyebilir. Örneğin, bazı kişilerin potansiyel olarak kilo alımına neden olabilecek olumsuz duygulara cevaben aşırı yemesi muhtemeldir (Sung, 2009).

“*Zihin, Beden, Besin*”, IE öğretme ve Kabul Etme ve Taahhüt Terapisi (ACT) becerilerinin bütünleşmesidir. ACT müdahaleleri, kişinin şu anki deneyimini (örneğin; düşünceler, duygular, istek duyma, vücuttaki duyular) farkında olma ve kabul etme becerisi olan psikolojik esnekliği geliştirmeye odaklanırken, aynı zamanda birbirleriyle tutarlı olmasını sağlar (Hayes ve ark, 2006). ACT becerileri, IE müdahalesinin etkinliğini artırabilir; çünkü olumsuz iç deneyimleri tanıma ve kabul etme (bunlara tepki vermeden), duyguların yerine fiziksel ipuçlarına cevap olarak yemek yemeye ilgilidir.

### 2.2.4. Obezite

Obezite; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmıştır (Tedik, 2017). Erkeklerde vücut ağırlığının ortalama %15-20'sinin, kadınlarda %25-30'unun yağ dokusundan oluşması normal aralık kabul edilir. Yağ oranının kadınlarda %25, erkeklerde %30'un üstünde olması obezite hakkında ipucu verir (Özarmağan, 2008).

Beden Kitle İndeksi (BKİ, VKİ (Vücut Kitle İndeksi)), yetişkinlerde obezite ve kilo düzeyi sınıflandırması için kullanılan kilo-boy oranıdır. Bu orana, kişinin ağırlığının (kilogram cinsinden), boyunun karesine (metre cinsinden) bölünmesiyle ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) ulaşılır. DSÖ'nün BKİ üzerinden tanımlamasına göre BKİ'si 25-30 arası olanlar fazla kilolu, 30'a eşit ya da üzerinde olanlar ise obez olarak sınıflandırılır (Tedik, 2017).

Tablo 2.

*BKI'ye Göre Obezite Sınıflandırması*

Sınıflandırma	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )
	<b>Temel kesişim noktaları</b>
<b>Zayıf ( düşük ağırlıklı )</b>	<b>&lt; 18.50</b>
Aşırı düzeyde zayıflık	<16.00
Orta düzeyde zayıflık	16.00-16.99
Hafif düzeyde zayıflık	17.00-18.49
<b>Normal</b>	<b>18.50-24.99</b>
<b>Toplu, hafif şişman, fazla kilolu</b>	<b>≥25.00</b>
Şişmanlık öncesi (preobez)	25.00-29.99
<b>Şişman (Obez)</b>	<b>≥30.00</b>
Şişman I. derece	30.00-34.99
Şişman II. derece	35.00-39.99
Şişman III. derece	≥40.00

Kaynak: Tedik, 2017, Obezitenin Önlenmesinde ve Sağlıklı Yaşamın Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü, *Türk Diyab Obez*, sayı 2 s. 54-62.

Obezite ve fazla kilo yaşam süresinin kılmasına, metabolik hastalıkların artmasına neden olur. Son 10-15 yılda artarak ciddi ve sık rastlanan sağlık sorunu olan obezite, tıbbi komplikasyonlara bağılı erken ölümlere neden olmaktadır (Tedik, 2017). Fazla kilo ve obezitenin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli halk sağlığı tehdidi olduğu, genç ve gelecek nesiller için ciddi bir düzeye ulaştığı düşünülmektedir (Köksal, 2008).

Obezite tedavisinde tıbbi tedavi ve yaşam tarzı değişiklikleri uygulanmaktadır. Risksiz, ucuz tedavi yöntemi olarak yaşam tarzı değişiklikleri, ruhsal sağlığı ve yaşam niteliğini arttırmakta oldukça başarılıdır. Bu doğrultuda obezite tanısı konmamış, henüz fazla kilolu sınıftaki bireyler için önlem alınması halk sağlığını korumak açısından önemlidir.

Günümüzde, obezite artışının arkasında yatan en önemli nedenler; hormonal, metabolik, genetik, psikolojik etkenler, besinlere ulaşılabilirliğin, ekonomik alım seviyesinin artması, yeme stiline değışmesi, ambalajlı, hazır gıda tüketiminin artması, iş koşullarının ve eğlence alışkanlıklarının değışmesi, akıllı telefon, tabletlerle geçirilen zamanın artması buna bağılı fiziksel aktivitenin azalmasıdır (Ayyıldız, 2015). Bunun

yanında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyo-kültürel ve etmenler, gelir durumu, sigara-alkol kullanımı, kısa aralıklarla düşük kalorili diyet yapma, kullanılan bazı ilaçlar, doğum sayısı ve doğumlar arası süre gibi nedenler bulunur (Tedik, 2017).

Obezite halk arasında sadece fazla yemenin sonucu olarak değerlendirilse de altında yatan birçok sebep vardır ve çözüm bunları saptayıp bir bütün olarak ele alıp çözüme saklıdır.

#### 2.2.4.1. Obezite Ve Farkındalık

Çoğu insan diyet yapmak istemez, çünkü genellikle yemekle duygusal bir ilişki kurarlar. Farkındalıkla yeme avantajlıdır, çünkü hastalar için, kalori sayısına bağlı kalmadan, vücudun kabullenmesini artırarak daha gerçekçi, uygulanabilir ve sürdürülebilirdir. Çeşitli çalışmalar ve meta-analiz incelemeleri, yeme farkındalığının Beslenme ve Diyetetik Akademisi tarafından önerilen kalorileri saymaya gerek kalmadan kilo vermede ve korumada önemli bir araç olabileceğini göstermektedir (Salvo, 2018). Yeme farkındalığı uygulamalarının uygulanan diyetin bırakıldığında suçluluk hissini fark edilmesini sağlanması; yeme ataklarını ve öğün arası yeme epizodlarını engellediği saptanmıştır (Tapper, 2009).

Amacı diyetler gibi kilo vermek olmasa da farkındalıkla yeme stilini uygulayanların kilo vermesi yüksek ihtimaldir. *Mindful Restaurant Eating* uygulamasının kilo alımını önlemede ve günlük kalori ve yağ alımını azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Uygulamanın amacı kilo verme olmasa da katılımcıların çoğunluğu (% 69) çalışma sonucunda 6 haftada ortalama olarak 1,7 kg kaybettiği belirtilmiştir (Joseph, 2017).

Yeme farkındalığı, dikkatsizce ve otomatik olarak yemek, besin tüketimini uyaran uyarıcılara yanıtı engelleyebilir (Forman, Shaw, Goldstein, 2016). Otomatik yeme, duygusal, dürtüsel ve alışkanlıktan dolayı yemek yemeyi içerebilir (Mantzios, Wilson, 2015). Bireyin yeme farkındalığı kazanması, uyarılara ani ve düşünmeden tepki vermesini engelleyerek daha sağlıklı ve kontrollü bir beslenme periyodu sağlanabilir.

Obez bireyler için hedonik yemenin amaçlandığı farkındalık eğitimlerinin enerji kısıtlamasından daha etkili olacağı kanıtlanmıştır (Mason, 2015). Farkındalık eğitiminin sağlıklı besin seçiminde işe yaradığı ama porsiyon kontrolünü etkilemediği saptanmıştır (Marchiori, 2014). Buna rağmen yeme farkındalığı, daha sağlıklı beslenme davranışlarını teşvik edicidir, sağlıklı besin seçimi obeziteyle mücadelede önemli bir

adımdır. Bu yüzden obez veya fazla kilolu bireylere farkındalık kazandırmaya yönelik uygulamalar yararlı olacaktır.

Aşırı kilolu, obez bireylerde tedavinin üç temel anahtarı vardır bunlar;

1. Psikolojik strese verilen yanıtları kontrol etmek için olumlu bir başa çıkma becerisi olarak deneyimsel kabul,
2. Yiyecek ile ilgili duygusal ve fiziksel ipuçlarının farkındalığıyla kendini düzenleme,
3. Şefkat, kendini kabul ve vücut memnuniyetini geliştirmedir (Dalen, 2015).

### **2.3.Yeme Bozukluklarının Tanı Ve Sınıflandırılması**

Yeme bozukluklarının geçmişine bakıldığı zaman, çeşitli biçimlerde yeme bozukluklarının uzun yıllardır var olduğu görülür; fakat Anoreksiya Nervosa (AN) ve Bulimiya Nervozanın (BN) sınıflandırma sistemlerine resmi olarak yakın tarihlerde girmiştir. Bu bozukluklar bireyin beslenme alışkanlığı, kilosu, beden biçimi, görünümü ile alakalı düşünceler ve yeme davranışındaki olumsuz değişiklikler şeklinde kendini göstermektedir (Ünalın, 2009).

Yeme bozukluğuna sahip kişiler, vücudunu aslından daha kilolu ve biçimsiz görür, besin tüketimini çok aza indirir ve tüketimin ardından hızla kusar veya laksatife başvurur (Akgül, 2018). Yeme bozuklukları gün geçtikçe yayılmakta ve ciddi sonuçlar doğuran bir problem halini almaktadır. Son zamanlarda bu kadar yaygın görülmesinin nedeni değerlendirme araçlarında ve tanı koymada gelişme, hastalık hakkında farkındalığın artışı, tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ve modern kültürlerde zayıflık algısının değişmesidir. Yeme bozuklukları için risk etmenleri, düşük benlik saygısı, olumsuz beden imajı, obez olmaktan korkma, sürekli rejimde olma ve kilo vermeyi direten toplum baskısı olarak sıralanabilir (Akgül, 2018).

#### **2.3.1.Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM- V)'nda Yeme Bozuklukları**

Anoreksiya Nervosa (AN), Bulimiya Nervosa (BN), Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) ve Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları (BTA-YB) şeklinde sınıflandırılmaktadır.

### 2.3.1.1. Anoreksiya Nervosa

Anoreksiya Nervosa (AN), adolesan dönem ve genç yetişkinlikte başlayan bireyin sağlığını riske atacak derece yememesi ve kilo kaybı için direnmesi şeklinde görülen bozukluktur (Tahiroğlu, 2005). AN'de kişi aşırı zayıf ve incecik bedene sahip olma arzusundadır. Anoreksiya Nervosa, Beden Kitle İndeksinin normal aralığında olmayı reddetme, kilo almaktan korkma, beden algısında bozulma, amenore gibi belirtilere sahiptir.

#### 2.3.1.1.1. DSM-IV'te Anoreksiya Nervosa Tanı Kriterleri

1. Kilosunu yaş ve boy uzunluğuna göre normal aralıkta tutmayı reddetme,
2. Zayıf olmasına rağmen şişmanlamak ve kilo almaktan çok korkma,
3. Beden algısında bozukluk,
4. Amenore (ardı ardına en az 3 menstrual döngünün olmaması) (Köroğlu, 2001).

### 2.3.2. Bulimiya Nervosa

Bulimia Nervosa (BN), AN ile birlikte de kilolu bireylerde de görülebilir. BN, eskiden sadece tek seferde ve kısa periyotlarla vücuda alınan enerji ile belirlenirken şimdi yeme davranışı kontrol kaybı olup olmadığı baz alınmaktadır (Kabakçı, 2001).

Bireye BN tanısı konulması için kriterleri en az 3 ay süre ile ve en az haftada 2 kez tekrarlamış olmalıdır. Bu bozukluğun bulunduğu bireyin kendini tanımasında ve değerlendirmesinde, vücut şekli ve vücut ağırlığının önemli bir yer tuttuğu tespit edilmiştir (Yücel, 2009).

#### 2.3.2.1. DSM-IV'te Bulimiya Nervosa Tanı Kriterleri

1. Tekrarlayan tıkanırcasına yeme olayı,
2. Ağırlık alımını engellemek amacıyla tekrarlayan uygun olamayan davranışlar; laksatif, diüretik, lavman veya diğer ilaçların kötüye kullanımı kendini zorla istifra ettirme, aşırı egzersiz veya kendini aç bırakma,
3. Tıkanırcasına yeme veya uygunsuz dengeleyici davranışların ortalama üç ay içinde haftada en az 2 kez gerçekleşmesi,
4. Kendini değerlendirirken vücut şeklinden ve ağırlığından etkilenme durumu,
5. Vücut görüntüsünün AN'deki kadar bozulmamış olması (Köroğlu, 2001).

**Çıkartma olan tip:** BN'de birey düzenli olarak kendini istifra ettirir ya da diüretik, laksatif, lavman kullanır.

**Çıkartma olmayan tip:** BN'de durumunda kişi diğer uygunsuz dengeleyici davranışları uygulamakta, fakat istifra veya laksatif, diüretik veya lavman gibi yolları kullanmamaktadır (Köroğlu, 2001).

BN 1900'lerde tanı olarak sınıflandırılırsa da iki bin yıl önceye dair kaynaklarda yer almaktadır. BN'de tıka basa yeme dönemlerini seyreden (bu evrede tüketilen besinler üzerinde kontrol kalkmıştır, besinler kısa sürede tüketilir) bireyin neden olduğu istifra, bilinçsiz diüretik, laksatif kullanılması; asla besin tüketmeme ya da gereğinden fazla egzersiz yaparak dengeleme gibi uygun olmayan davranışlar gözlenir. Ek olarak benliklerini ve içgörülerini kaybederler ve vücut imajları yaşamlarının odak noktası olmuştur (Köroğlu, 2001).

### 2.3.3. Anoreksiya Nervoza ve Bulimia Nervoza Benzer Yön ve Farklılıkları

1970'li yıllarda vücut ağırlığı, sağlığı konusunda endişeleri araştırmak amaçlı yeme davranışı hakkında çalışmalara ilk defa başlanmıştır. Kilo kontrol, vücut imgesi, besin tüketimi ile ilgili tutumlar anormalleştikçe yeme bozukluğu oluşumu riski artmaktadır. AN, BN ve Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) temel yeme bozukluklarıdır. DSM AN, BN ve Başka Türü Tanımlanamayan Yeme Bozuklukları şeklinde üç aşamayı içermektedir. Sonraki aşamalarda TYB içermektedir. Yeme bozuklukları genelde madde kullanımı, anksiyete ve depresyonla beraber ortaya çıkmaktadır. Bu bozuklukların ilk oluşum aşaması farkındalık seviyesinin yükselmesi, bozukluğun başlangıcı, stresli yaşamdır. Yemek bozuklukları AN ve BN olarak iki temel gruba ayrılır. AN tanısı koyulması için DSM-IV 'te yer alan tanı kriterlerinde en az dört tanesini bulundurması gerekir (APA, 1994). Yeme davranış bozuklukları uzun geçmişe sahiptir fakat AN ve BN literatüre yakın zamanda girmiştir. Bunlar endüstri toplumlarına ait kabul edilse de şuan Batı tarafından idealleştirilmiş ve dayatılmış kadın modelinin hakim olduğu toplumlarda ortaya çıkmıştır ve hızla artmaktadır. Obsesif Kompulsif Bozukluğu tanılı bireylerin değişmez kurallarla fazla zaman kaybetmesi, günlük yaşamsal fonksiyonlarını etkilemesine neden olacağı belirtilmiştir. Bu fazla uğraşın yalnızca tüketilen besinin özelliği hakkında olduğu, yeme bozuklukları gibi ayrıca sınıflandırılması gerektiği belirtilmiştir (O'Brien, 2003).

Günlük yaşam, kültür, yeme ve davranış biçimi giderek değişmektedir. Günümüze dek dikkat edilmemiş bazı davranış biçimlerinin patolojik olup olmayacağı,

eğer patolojikse hangi tür olacağı hakkında araştırmalara ihtiyaç doğurmuştur (Soygüt, 2003).

Genelde AN erken ergenlik döneminde BN geç ergenlik döneminde ortaya çıkar. AN erken müdahale edilmezse iyileşme ihtimali düşüktür, BN Özel tedavilere %60 yanıt vermektedir. Bu tarz yeme bozuklukları, osteoporoz, malnütrisyon, mensturasyon döngüsü bozulması ve kan basıncındaki aşırı düşmeyle ilişkili kalp sorunları ile ilerleyen dönemlerde aniden gerçekleşen kalp durmasına neden olabilir. Batı'da yeme bozukluğu, ergenleri hedef alan kronik sağlık sorunlarından üçüncü sıradadır. Doğu'da daha az rastlanan bu bozukluklar tüm dünyayı etkisi altına almıştır (Nicholls, 2005).

Son zamanlarda ABD ve Avrupa'da yeme bozukluklarına ilgi ve araştırmalar artmıştır. Aile baskısına maruz kalma, kişilik bozuklukları, duygusal bozukluk, tacize uğrama, fazla besin tüketimi, gensele aktarım, çevresel ve biyolojik etkenler, zayıflık takıntısı bireyi yemek bozukluklarına sürüklemektedir. AN'nin dünyada genç kadın ve ergenlerde görülme oranı % 0.2-0.7, BN'nin % 1.0-2.5'dir (Soygüt, 2003). Amerika'da kadınlarda AN ve BN % 1-3 yemeye bağlı olarak görülen bozukluklardandır. Göze hoş görünme, güzellik ifadelerinin zamanla farklılaşması, zayıf olmanın fiziksel olarak güzellik olarak kabul edilmesi, yeme davranışına yansımıştır. Bu davranış değişikliğinin getirdiği bozukluklar tıbben tedavi edilebilir. Son zamanlarda önemi artan tedavi yöntemi tıbbi beslenmedir (Aslan, 2004). AN en yaygın Amerika, Kanada, Avusturalya, Japonya, Yeni Zelanda ve Güney Afrika'da görülmektedir. Yakın zamanda yeme bozukluğu davranışının obsesif bozukluk olduğu ifade edilmeye başlanmıştır. Williamson ve arkadaşları yeme bozuklukları ve obezitenin ilişkisi üzerine çalışmışlardır. Psikoterapötik tedavilerin yeme bozukluklarında etkisi olduğu ifade edilmektedir (Williamson, 2004).

AN'nin BN ve TYB'ye göre daha ciddi seyrettiği ve tedaviye daha geç cevap verdiği saptanmıştır. Bozukluk dönemi üzerinden 1-2 yıl geçse de remisyon, hastalığın ilerleyişi, semptomların değişme olasılığı vardır. Yeme bozukluğu olan bireylerde hastalığın seyri için psikiyatrik hastalık ilişkisi önemlidir. En sık görülen psikiyatrik bozukluklar anksiyete, obsesyon, depresyon ve kişilik bozukluklarıdır (Arusoğlu, 2006).

Güncel çalışmalar beyin görüntüleme çalışmaları, genetik faktörler üzerinde yoğunlaşmıştır. Gelecekteki on yıl bu tarzda çalışmaların gelişmesinin, yeme bozukluklarının tanınmasında yardımcı olması beklenmektedir. Whitaker yaptığı çalışmada BN'nin erkeklerde AN'ye göre daha çok görüldüğünü saptamıştır (Whitaker, 1989). Araştırmalar bu sıklığın %5-10 gibi az bir oranla erkeklerde görüldüğü

yönündedir. McClelland ve Crisp'in içinde bulunulan sosyal sınıfın yüksek olması anorektik olmayı desteklediği düşünülmüş ancak yapılan araştırmalarda sosyal sınıf düşük de olsa AN'ye rastlanabileceği bulunmuştur (Clelland, 2001). Çeşitli çalışmalar sonucu AN'nin beyaz ırk, orta ve yüksek sosyal sınıfa dahil 12-20 yaş arası genç kızlarda görülmesiyle sınırlı olmadığı saptanmıştır. Hastalığa yatkınlığın 7-26 yaş aralığına, siyahi ırka, İspanyollara, düşük sosyal sınıfa dahil bireylere kaydığı belirtilmiştir. Tsai'nin yeme bozukluğu prevalans saptama çalışmasında Batı ve Ortadoğu'yu karşılaştırmıştır (Tsai, 2000).

Japonya'da AN prevalansını % 0.025-0.030, BN prevalansını % 0.5-1.3 olarak bulmuştur. Yapılan diyetlerin ve beden hoşnutsuzluğunun Batı'ya yakın oranlarda olduğunu ifade etmiştir. Bu bozuklukların toplumdaki değişimle ilişkisi hakkında araştırmalara yoğunlaşmıştır. Bu bozukluklar son 30 yıl içinde sanayileşme ile doğru orantılı artmıştır. Sosyo-kültürel yapının bu bozukluklarda ciddi etkisi olduğu birçok çalışmada belirtilmiştir. Güncel bir konu olan ON'nin açıklanabilmesi için tanı kriterleri konan yeme bozuklukları ile ortak ve farklı yönlerinin saptanması gerektiği düşünülmektedir (Ansley, 2005).

#### **2.3.4. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu**

Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu, DSM-V kriterlerine göre yineleyici tıkanırcasına yeme dönemleri ile benzer koşullarda, benzer sürede insanların yiyebileceği miktarın çok daha fazlasını tükettiği gözlenir. Besin tüketimi kontrolünün kaybedilmesi eşlik etmektedir (Davison, 2004). Tıkanırcasına yeme bozukluğu olan bireyler çoğunlukla obezdir. Bu kategori, Anoreksiya ve Bulimiya Nervozadan daha yaygın bir kategori olarak görülmektedir (Davison, 2004).

#### **2.3.5. Ortoreksiya Nervoz**

Ortoreksiya Nervoz (ON), sağlıklı beslenmenin takıntı haline geldiği yeme bozukluğu olup bireyin yaşamına müdahil olan doğal besin tüketim takıntısıdır. (Houtkooper, 2000; Deering, 2001). Ortoreksiya Nervoz (ON), bireylerin sağlıklı beslenme konusunda aşırı derecede zihin yorması ve davranışlarının normal yaşantıyı aksatacak şekilde takıntılı olma durumudur (Arusoğlu, 2006). ON'de kişiler yalnızca çiğ sebze-meyve ve belirli renklere yiyecek tüketme çabasındadır. Bundan dolayı ON, bireyin sağlıklı beslenme konusunda obsesif olmasının yanında yalnızca belirli



yiyecekleri tüketme, belirli pişirme yöntemlerinin kullanılması anlamına gelmektedir (Gezer, 2013).

### 2.3.5.1. Ortoreksiya Nervozanın Sınıflandırılması

Son yıllarda gün geçtikçe popülerleşen diyet şekli “temiz beslenme”dir. Temiz yemek, doğru beslenme, kısıtlayıcı beslenme düzenleri ve sağlıksız veya saf olmayan kabul edilen yiyeceklerin sıkı şekilde önlenmesi üzerine odaklanan yeme davranışlarını ifade eder. Bu tür diyetlerin bazı örnekleri çiğ yemek, düşük paleo diyeti, karbonhidratlı yüksek yağ diyetidir. Bu diyetlerin çoğunluğu sağlıklı bir diyet için evrensel kurallara aykırıdır. Yapılan araştırmalar da bu kısıtlayıcı diyetlerin insanların sağlığına zararlı olabileceğini göstermektedir. Karbonhidratlar ve proteinler gibi bazı gıda gruplarının ihmal edilmesini içermesi sıklıkla olumsuz sağlık etkilerine (örneğin; vitamin, mineral eksiklikleri) neden olabilir. Ortoreksik bireyler diyetlerini sıklıkla çiğ sebzeler gibi “saf” ve “temiz” olduğuna inandıkları sınırlı sayıda gıdayla sınırlar. Aşırı kısıtlayıcı yeme davranışları zamanla artabilir ve genellikle “arındırıcı” olarak kabul edilen yoğunlaştırılmış “temizlenme”ler ile birlikte görülür (Bratman, 2005).

- Uzun süre boyunca görülüyor ise (1-2 hafta sağlıklı besin tüketme çabasının üzerinde olmadığı müddetçe bozukluk olarak adlandırılmaz),

-Bireyin hayatında işlevsel olumsuzluk meydana getiriyorsa, (hayatın stresini engellemek, olumsuz duyguları önlemek amacıyla besinleri düşünmek günün çoğunda aklını meşgul ediyorsa) ON şeklinde tanımlanabilir.

ON, denebilmesi için uzun süre görülmesi, yaşam stresini azaltmak amacıyla besinleri düşünmek, günün çoğunda onları düşünmek gibi olumsuz etkiler meydana getirmesi gerekir. DSM-IV ‘te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) , Bulimiya Nervoz (BN), Anoreksiya Nervoz (AN) ve sınıflandırılmayan diğer yeme davranış bozuklukları yer alır. Sınıflandırılmayan diğer yeme davranış bozuklukları AN ve BN dışındaki tüm yeme bozukluklarını içerir ama AN, BN gibi tanımları yoktur (Rome, 2012; Wheeler, 2005). Sınıflandırmada tanısal kriterleri yer almaması, literatürün kısıtlı oluşu ileride AN veya BN başlığı altında olabileceğini düşündürebilir. Ya da tam tersine herhangi bir sınıflandırmaya dahil edilmeyip bir bozukluk değil de sağlıklı yaşam getirisi olarak kabul edilebilir. Hala resmi olarak tıbbi bir olgu olarak kabul edilmemesinden dolayı “Ortoreksiya Nervoz” çoğu doktora göre gün geçtikçe yayılan bir sağlık durumudur (Bratman, 2005).

Uzman psikoterapist Kater, Bratman'ın tanıladığı doğrultuda ON'ye sahip hastaları olduğunu saptamıştır. Bu hastaların diğer yeme bozuklukları ile mücadele eden bireyler ile mükemmeliyetçiliğe olan genetik yatkınlık ve kontrol ihtiyacı gibi ortak eylemlerde bulunabileceklerini ifade etmiştir. Amerikan Diyetisyenler Derneği (ADA) dergisinde verdiği röportajda Kater, mükemmel diyet uygulama amacı güden hastalar ile bulimik veya anorektikler arasındaki en büyük farkın, bulimik veya anorektiklerin ağırlık kaybetme konusunda hırsları olduğunu ifade etmiştir. Kater, Bratman'ın tanımladığı terimin tanı sınıflamasında kendine özgü sınıflandırılacağı konusunda şüpheler taşımakta, eğer farklı bir sınıfa ait olması gereken bir bozukluk varsa bile, bunun tıkanırcasına yeme bozukluğu olması gerektiğini, ON için yeni bir sınıflandırmanın gerek olmadığını savunmaktadır (Bratman, 2005).

Sağlıklı olma amacıyla herhangi bir rejim uygulamak net olarak ON tanısı koymaya yeterli değildir. Ortoreksik olmak, diyetin hayatın odak noktası haline gelmesi; bu diyetin uygulanmama durumunun kendinden nefret etme ve suçluluk duyma şeklinde sonuçlanmasıdır (Billings, 2005).

Davranış genelde olumlu sayıldığı için Ortoreksiya yaygınlığı ile ilgili verilere seyrek rastlanılmaktadır. Obezitenin gün geçtikçe artması ile sağlık profesyonelleri ve toplumun sağlıklı beslenmeyi ideal olarak kabullenmeleri kuşku duyurmamaktadır. Birey saf rejim yapma düşüncesi ile hareket ediyorsa, bireylere verilen önem, uyguladıkları rejimin saflık seviyesiyle belirleniyor ise yapılan sağlıklı rejimden kuşku duyulabilir (Sinton, 2005).

Eğer beslenme düzeni tek yönlü ise beden kolaylıkla mineral, vitamin ve besin öğelerince yetersizlik yaşayabilir. Birçok diyet, sağlığın sürekliliğini sağlamak ve/veya hastalığı önlemek için kısmi ya da bütün besin gruplarını dışlayabilmektedir. Bu diyetler kısa süre uygulansa bile zarar verebilmektedir. Bir insanın uzun süreli kontrollü bir diyet uygulaması sonucu olumsuz fiziksel ve fizyolojik sonuçlar kaçınılmazdır (Mathieu, 2005). Ortorektikler, kusursuzluğa ulaşma hedeflerinden dolayı aşama aşama tüketimlerini kısırlar bu da beslenme yetersizliklerine yol açar. Ortorektikler genel olarak bir diyete sadık kalır ya da değişik diyetleri denerler. Sağlıklı diyet seçimi yapan her birey ortorektik diye nitelendirilemez (Bratman, 2000). Ortoreksiyayı tanımlayan sağlıklı besinlere karşı duyulan istek değil, obsesyonun niteliğidir. İlgi odağı ve dengedeki kayıp, hayatın merkezine yiyecekler ve beslenmeyi yerleştirmek demektir. Diyet, hayattan çaldığında bilinçli tercihtense, yeme bozukluğuna benzemeye başlamaktadır (Bratman, 2000). Eğer kompülsiyon tüketilecek besin seçeneklerini

etkiliyor ve kişiler diyetleri kişiliklerinden ön planda tutuyorsa, günün büyük zamanını yeme ile ilgili düşünceler kapladıysa, besin seçiminin zorlaştığı, yeme bozukluğunun varlığı anlamına gelmektedir (Bratman, 2000).

Mevcut araştırmalar, insanların sağlıklı beslenme ile ilgilenen bireylerin karışık görüşlerine sahip olduklarını göstermektedir. Bir yandan, az yağlı gıdaları tüketen bireyler, yüksek yağlı gıdaları tüketen bireylere göre, çekiciliği, vicdanı ve ahlaki ölçütlerine göre daha olumlu değerlendirilmektedir. Öte yandan, düşük yağlı beslenen bireyler, çok gergin, mutsuz, antisosyal ve öz merkezli olarak algılanmaktadır. Bu çalışmalar, sağlıklı beslenmeye yönelik tutumların belirsiz olduğunu ve en önemlisi, sağlıklı beslenmeye karışan bireyler için sosyal yansımalar olabileceğini vurgulamaktadır (Fries, 1993; Mooney, 1994; Stein, 1995). Bu tüketim klişelerinin ötesinde, insanların yeme bozukluğu olan bireylere karşı olumsuz tutumları olduğuna dair kanıtlar da vardır. İnsanlar yeme bozukluğunun ciddiyetini (bu rahatsızlıkları ne kadar üzücü ve iyileşmenin ne kadar zor olduğunu) önemsemiyorlar. Buna ek olarak hastalığın bireyin kontrolü altında olduğu konusunda bir inanç var. Bu önyargılı inanç damgalanmış bireyler için yeme bozuklukları ile ilgili yardım arama davranışlarında azalmaya neden olabilir (Zwickert, 2013, Mond, 2006, Wingfield,2011).

Hastalığı kabullenip içgörü kazanmak iyileşmede iyi bir adımdır. Ortoreksiya Nervoza başlı başına bir hastalıktır ve kısa sürede sınıflandırmaya dahil edilmesi, sağlıklı yaşam adı altında benimsenen sağlıksız hayat tarzını önlemede ortoreksik bireylerin bilinçlenmesi ve durumlarını ciddiye alması için faydalı olabilir.

### **2.3.5.2. Ortoreksiya Nervoza belirtileri**

ON'li kişiler tükettikleri besinlerin miktarına bakmaksızın niteliğini önemserler. Besinlerin hazırlık aşaması, pişirme şekli, pişirme araçlarının temizliği, arınmış olup olmadığı hakkında kaygılanmaktalar ve bilindik olmayan, onlara güvenilir gelmeyen yiyecekleri tüketmezler (Zamora, 2005). Ortorektik bireyler tüm yedikleri besinleri abartarak kontrol etme isteğindedir. ON bitkisel ve hayvansal zehir, yapay, kimyasal katkı maddeleri içermeyen yiyecekleri tüketmeye yönelik patolojik saplantıdır. Satın alırken ambalajlı ürünlerin içeriğini ayrıntıyla incelerler, besinlerin olabildiğince temiz, katkı maddesiz olmasına dikkat ederler (Donini, 2004). Bu nedenle daha çok çığ besinleri tüketmeyi seçerler. Sağlıklı yeme takıntısı, ortoreksikleri birçok besini yemekten alıkoyar, böylece AN'deki gibi kilo verirler. ON'da klinik çalışmalar fazla olmasa bile ortoreksiklerde AN'ye ek olarak gereksiz ve sağlığa zararlı besinlerin

vücuda girmemesi ve vücuda yalnızca yararlı besinlerin alınmasını düşündükleri gözlenmiştir. ON bireyler diyet, kilo kaybı, amenore bakımından AN'ye benzer fakat kalori hesabı yapmazlar yiyecekleri sadece sağlıklı mı değil mi şeklinde değerlendirirler (Bağcı Bosi, 2007). ON'ler pişirme yöntemi konusunda da takıntılıdır, alüminyum tencere, tava kullanmamaya özen gösterirler. İngiltere'de 60 bin kişni yeme bozukluğuna sahip olduğu, her geçen sene miktarın arttığı belirtilmektedir (Arusoğlu, 2006). Kendi gözleriyle hazırlama, pişirme aşamalarını görmedikleri yemekleri yiyemedikleri için dışarıda yemek yemek onlar için zorlayıcıdır.

Ortoreksik bireyler, yemek yeme biçimlerinin etik nedenlere işaret ederek erdemli ve sağlıklı olduklarını düşünürler ve yeme davranışlarının ahlaki üstünlüğü sembolize ettiğine inandıkları için diyet uygulamalarını gururla tartışabilirler. Buna karşılık, anoreksiyalı bireyler tipik olarak kısıtlı gıda alımlarını gizlemeye çalışır. Her ne kadar ON ve AN bazı özellikleri paylaşırsa da, dikkate değer farklılıklar da vardır. Özellikle, anoreksiyalı bireyler, kilo almaktan yoğun bir korku duyarlar ve sonuç olarak kilo verme girişimleriyle diyet alımlarını kısıtlarlar. Ortoreksikler genellikle sağlıklarını iyileştirmek ve "saf" hissetmek için yeme alışkanlıklarını değiştirirler (Dunn, 2016; Ramacciotti, 2011)

ON yemekle ilgili saplantılı düşünceler, kısıtlayıcı yeme davranışları ve kişinin özgüveninin diyet tercihlerine dayandığı inancı ile karakterizedir. ON geliştiren bireyler, başlarda sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemiş görünse de daha sonra sağlık, iş ve sosyal işleyişi bozan, gıda ile ilgili işlevsel olmayan, zorlayıcı inançlar ortaya çıkar. ON olan bireyler, hem yeme bozukluğu hem de obsesif-kompulsif bozukluk için özellikleri taşıyor görünmektedir (Tremelling, 2017).

ON tanılı bireylerin amaçları AN ve BN'deki gibi daha güzel görünmek olmasa da kusursuz diyet yapmak amacıyla sağlıklı yiyecekleri tüketme çabasındalardır. Bu kaygıları nedeniyle fazla kilo kaybederler ve malnutrisyona yakalanabilirler. AN ve BN'deki gibi yeme sonrası üzülmeye ya da aşırı zayıflık gibi olumlu olmayan duygu durumlarına rastlanmamaktadır (Arusoğlu, 2008). Ortoreksikler, Anoreksiya ve Bulimiya'daki gibi isteyerek kilo vermezler.

AN ve BN diğer ruhsal problemlerden daha yüksek ölüm oranına sahiptir. ON'de karbonhidrat, yağ gibi bazı besin gruplarından kaçınılması durumu da görülebilir. ON tehlikesi bir diyetin sürdürülmesinde olduğu gibi, bireyin yaşam kalitesi için zararlı olabilecek davranışlara yol açabilir, bireyin temel önceliği haline gelir ve hayatın diğer alanlarında ihmalle sonuçlanır. Bu, sosyal izolasyona ve bireyin sosyal

temaslarının bozulmasına yol açabilir. Böyle bir takıntının sosyal ve biyolojik sonuçları, yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltabilir (Syurina, 2018).

### 2.3.5.3. Ortoreksiya Nervoza'nın Gelişimini Etkileyen Çevresel Faktörler

ON'nin gelişimini etkileyen çevresel faktörlerle ilgili araştırmalar yetersizdir. Bu bilgi, tanı ve tedaviye yönelik araştırma ve uygulamanın kolaylaştırılmasının yanı sıra olgunun kökenlerinin ve potansiyel gelişiminin genel olarak daha iyi anlaşılması için faydalı olacaktır. Bugüne kadar yapılan yaygınlık çalışmaları, ON'nin çoğunlukla Batı ülkelerinde ortaya çıktığını göstermektedir. “Batı kültürünün” ve değerlerinin küreselleşme nedeniyle tüm dünyaya yayıldığını göz önünde bulundurarak, “Batı kültürünün” ON üzerindeki etkisine ilişkin farkındalık çok önemlidir. ON ve “Batı kültürü” arasındaki ilişki hakkında araştırma yapılmamasına rağmen, birkaç çalışma araştırma yapılması için bu konuya dikkat çekmiştir. Bazı araştırmacılar “Batı kültürünün” ON gelişiminde rol oynayan bir faktör olabileceğini öne sürecek kadar ilerleyebilmiştir. Örneğin, Donini ve ark, Batı toplumunun yarattığı ideallerin (Donini, 2004), ON'li bireylerin sağlıklı bir yaşam tarzı üzerinde sabitleme ve ince, kaslı vücutlara sahip olma ideallerini desteklediğini, medyanın temiz olmayan gıdalardan korkutmasının, insanlara sağlıklı ve “temiz” gıdalara daha fazla dikkat etmeleri için baskı yaptığını belirtmiştir (Eckersley, 2006; Hesse-Biber ve ark, 2006). Son yıllarda sosyal medyada dayatılan ve özendirilen sağlıklı yaşam, ideal vücuda ulaşma isteği ortoreksiyaya zemin hazırlayabilir.

Yeme bozukluklarının gelişmesinde yaşanan çevrenin zayıflığı yüceltmesi, yakınlarından ve sosyal medyadan zayıflama baskısı görülmesi etkilidir (Arusoğlu, 2006). Toplumun beklentilerine uyabilmek için insanlar ek masraf yaparak sağlıklı yiyecek seçimleri yapmak, kendi yemeklerini hazırlamak ve düzenli egzersiz yapmak zorunda hissetmektedirler. Aksine, sağlıksız ve düşük kaliteli yiyecekler daha ucuzdur ve kolay erişilebilirdir. Bir birey sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürebildiğinde toplum tarafından yüceltilir (Arusoğlu, 2006).

2017'de Instagram kullanımı ve ON arasındaki bağlantı üzerine yapılan bir araştırmada, Instagram'ın daha sık kullanılmasının, ON semptomları geliştirme riskini yükselttiği keşfedilmiştir. Ünlüler de dahil olmak üzere, başkalarının hayatlarını takip edebilmenin, bazı diyetlerin önemi ile ilgili inançların kazanılmasına katkıda bulunabilir. Literatüre göre bu sendromların genellikle sanayileşmiş toplumlarda ve “Batı kültürleri” etki alanında daha yaygındır (Tylor, 1958).

## BÖLÜM III

### 3.YÖNTEM

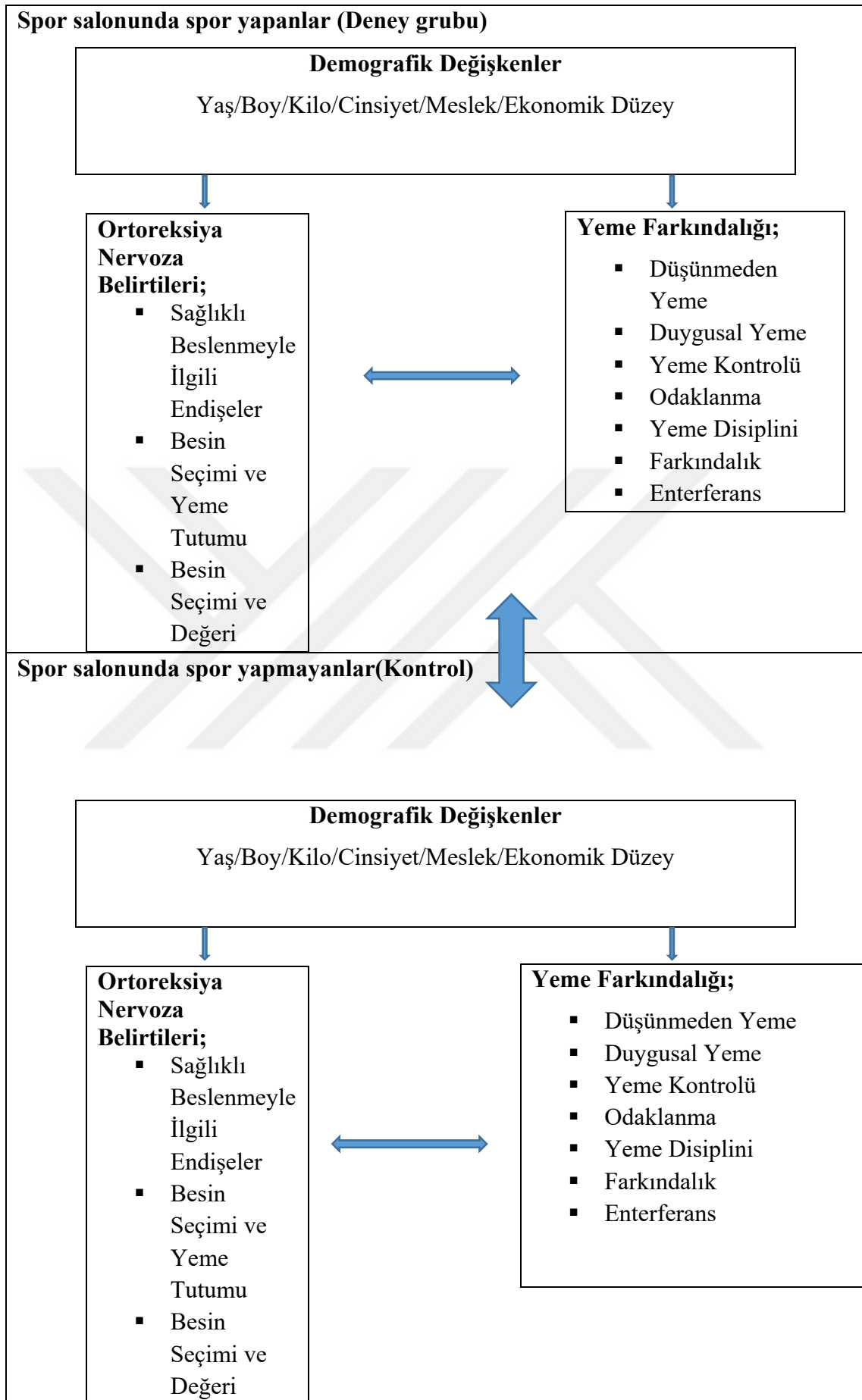
#### 3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı spor salonunda spor yapan ve yapmayan bireylerde Yeme Farkındalığı ile Ortoreksiya Nervoza Belirtileri arasında bir ilişki olup olmadığını incelemektir.

#### 3.2. Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada aynı anda farklı yaşlardaki birey gruplarının incelendiği kesitsel yöntem kullanılmıştır. Amaç taranan olgunun zaman içindeki değişimini değil, herhangi bir zamandaki durumunu saptamaktır.

Şekil 1’de demografik değişkenler (Yaş/Boy/Kilo/Cinsiyet/Meslek/Ekonomik Düzey) ile Ortoreksiya Nervoza ve Ortoreksiya Nervoza alt boyutları; Demografik değişkenler ile Yeme Farkındalığı ve Yeme Farkındalığı alt boyutları arasındaki ilişki yordanmıştır. Ortoreksiya Nervoza ve Ortoreksiya Nervoza alt boyutları (Sağlıklı Beslenmeyle İlgili Endişeler, Besin Seçimi ve Yeme Tutumu, Besin Seçimi ve Değeri) ile Yeme Farkındalığı ve Yeme Farkındalığı alt boyutları (Disinhibisyon, Duygusal Yeme, Yeme Kontrolü, Odaklanma, Yeme Disiplini, Farkındalık, Enterferans(Dış etmenler)) arasındaki ilişki yordanmıştır.



Şekil 1. Araştırmanın modeli

### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Spor salonuna 20 Mayıs 2019 tarihi itibarıyla kayıtlı üyelerin toplam sayısı 1200 kişidir. Dolayısıyla evren 1200 kişi olarak saptanmıştır. Çalışmanın örnekleme  $\pm 0.005$  örneklem büyüklüğü ile seçkisiz örneklem yöntemiyle 350 kişi olarak belirlenmiştir.

Spor yapmayan 60 kişilik kontrol grubu seçilmiş ve kendilerine de uygun örnekleme modeli kullanılarak ulaşılmıştır.

Tablo 3.

*Evren Bilindiğinde Kuramsal Örneklem Büyüklükleri*

Evren	%95 güvenle	%99 güvenle
50	44	50
100	79	99
200	132	196
500	217	476
1000	278	907
2000	322	1661
5000	357	3311
10000	370	4950

Kaynak: Erkuş A. 2005, *Bilimsel Araştırma Sarmalı*.

### 3.4. Araştırmanın Yapılışı (Prosedür)

Bu araştırma, Adana Mektebim Bilfen Sports Plaza'da spor salonundan yararlanmakta olan 18 yaş üstü 350 kişiyle Yeme Farkındalığı ile Ortoreksiya Nervoza Belirtileri arasında bir ilişki olup olmadığını incelemek amacıyla yürütülmüştür. Çalışma, Mektebim Bilfen Sports Plaza yetkilisinin, 15.05.2019 tarihli onayıyla 15.05.2019 - 12.07.2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Kasım ayında 60 kişilik spor yapmayan kontrol grubuna google anket formu ile ulaşılmıştır.

Veriler SPSS (Statistical Package Program for Social Science) programı ile analiz edilmiştir.

### 3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler sosyo-demografik özellikler, ORTO-15 ve YFÖ-30 ölçeklerinin yer aldığı anket formu aracılığı ile Adana Çukurova'da bulunan Bilfen Sports Plaza'da her bir katılımcıyla yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir. Kontrol grubunda ise uygun



örneklem yöntemiyle veri toplanmıştır. Görüşmelerde terimlerle ilgili ön bilgilendirme yapılmış, gönüllülük esas alınarak uygulama gerçekleştirilmiştir.

### 3.5.1. Anket Formu

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Veri toplama aracının ilk bölümünde katılımcıların cinsiyet, yaş, boy, kilo, beden kitle indeksi ve meslek bilgilerinden oluşan demografik bilgi formu yer almaktadır.

Anket formunun ikinci bölümünde Donini ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilen ve Arusoglu (2006) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılan Ortoreksiya Nervoza Belirtileri (ORTO-15) yer almaktadır. Bireylerin seçme, satın alma, hazırlama ve kendilerinin sağlıklı olarak nitelendirdikleri besinleri tüketme konularındaki obsesif davranışlarını ölçen testte dörtlü likert tipinde (hiçbir zaman, bazen, sık sık, her zaman) 15 madde yer almaktadır. Ölçek "Sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler", "besin seçimi ve yeme tutumu davranışları", "besin seçimi ve değeri" olmak üzere 3 boyuttan oluşmaktadır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,69 olarak tespit edilmiştir.

Anket formunun üçüncü bölümünde Framson ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilen ve Köse ve arkadaşları (2016) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılan Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 yer almaktadır. Ölçekte beşli likert tipinde (hiç, nadiren, bazen, sık sık, her zaman) 30 madde yer almaktadır. Ölçek "düşünmeden yeme, duygusal yeme, yeme kontrolü, farkındalık, yeme disiplini, bilinçli beslenme ve enterferans (dış etmenlerden etkilenme) olmak üzere 7 boyuttan oluşmaktadır. Çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,83 olarak tespit edilmiştir.

Test ölçümlerinin güvenilirliğini saptama yollarından biri, Cronbach'ın (1951) alfa katsayısı yöntemidir (Mehrens ve Lehmann, 1991; Linn ve Gronlund,2000). Alfa katsayısı, aşağıdaki formül yoluyla hesaplanmaktadır (Crocker ve Algina,1986; Worthen, White, Fan ve Sudweeks,1999). Cronbach's Alpha katsayısı birden fazla uygulamaya gerek kalmadan, ölçme aracıyla yapılan tek ölçümün, kendi içinde ne kadar tutarlı olduğunun göstergesidir. Maddelerin ağırlıklı olarak puanlandığı ya da dereceleme yöntemiyle puanlandığı durumlarda kullanılmaktadır (Can, 2013). 0 ile 1 arasında değerler alan Alfa katsayısı, bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Cronbach Alfa Katsayısı, ölçekte yer alan k tane sorunun homojen bir yapı oluşturup oluşturmadıklarını araştırır. Alfa Katsayısı, soruların birbirleriyle yakınlığını,

benzerliğini ortaya koyan bir katsayıdır. Sorular arasında negatif korelasyon varsa Cronbach Alfa Katsayısı da negatif çıkar. Bu durum, güvenilirlik modelinin bozulmasına neden olur.

Alfa katsayısının bulunabileceği aralıklar ve buna bağlı olarak da ölçeğin güvenilirlik durumu aşağıda verilmiştir;

- $0,0 \leq \alpha < 0,4$  ise ölçek güvenilir değildir,
- $0,4 \leq \alpha < 0,6$  ise ölçek düşük derecede güvenilirdir,
- $0,6 \leq \alpha < 0,9$  ise ölçek oldukça güvenilirdir,
- $0,9 \leq \alpha < 1,0$  ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (Özdamar, 1999; Tavşancıl, 2006).

Bu bilgiler doğrultusunda, Orto-15 ölçeğinin Cronbach Alpha katsayısı 0,69; YFÖ-30 Cronbach Alpha katsayısı 0,83 değerleri oldukça güvenilir değerdedir.

### 3.5.2. ORTO-15 Ölçeği

Donini 'nin ORTO-15 ölçeği, Bratman'in 10 soruluk Ortoreksiya kısa soru taslağı temel alınarak geliştirilmiştir. Bratman'in bazı soruları başka sorularla değiştirilmiştir. Son haliyle Donini tarafından Bratman'in taslağı uyarlanaran ORTO-15, ilk olarak İtalya'da Latinler için geliştirilen, Ortoreksiya Nervoza eğilimini değerlendirmek amacıyla düzenlenen 15 maddelik ölçektir (Donini, 2004).

Maddeler şimdiki zamanda, 4 dereceli formatta cevaplanacak biçimde yazılmıştır. "Çok sık" maddesi dahil edilmemiştir. Maddelerden 2, 5, 8 ve 9. maddeler (3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15 maddelerinin) tersine puanlanmaktadır. Ölçeğin kritik maddeleri 3, 5, 6, 7, 11, 13 ve 15'tir. Ölçekte, bireylerin kendilerini ne sıklıkla maddelerde tarif edildiği şekilde hissettiklerini "her zaman", "sık sık", "bazen" ve "hiçbir zaman" seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmeleri istenmektedir. Her madde 1, 2, 3 ve 4 puanlarından biriyle derecelendirilmektedir. Maddeler, bireylerin seçme, satın alma, hazırlama ve kendilerinin sağlıklı olarak nitelendirdikleri besinleri tüketme konularındaki obsesif davranışlarını araştırmaktadır. Bratman'in testinden bazı maddeler (1, 3, 7, 8, 9, 10) sözselsel açıdan değiştirilerek alınmıştır. Maddelerin bazıları, daha kesin, net yanıt alınması için Donini ve çalışma arkadaşları tarafından değiştirilmiştir ve kullanılabilir halini almıştır. Örneğin; Bratman testindeki 10. madde "Doğru beslendiğinizde tamamen kontrolde olduğunuzu mu hissedersiniz?" sorusu, olumlu cevabın verilmesini veya tam tersine olumsuz bir cevabı çağrıştırmaktadır.

Donini'nin bu soru üzerinde yaptığı değişiklik, "Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?" şeklindedir. Çünkü bu yolla daha az katı olan bu davranışa verilen yanıt "her zaman"dan "hiçbir zaman" a kadar değişebilmektedir. Donini'ye göre, bu tarzdaki değişimler verilen yanıtları daha doğru kılmaktadır. Anglo-saksonlarda uygulanan evet/hayır cevaplarındaki katılık, Latin örneğine göre Amerikan örneğinde olduğu gibi kullanışlı varsayılmamaktadır. Bu nedenle derecelendirme, sosyal olarak daha diyalektik ve bu nedenle davranışları "her zaman"dan "hiçbir zaman" a kadar değerlendirmek için daha geçerli olduğu düşünülmektedir. Ölçek hem duygusal hem rasyonel yandan değerlendirme sunmaktadır. Bunu sağlamak için bazı maddeler "kognitif-rasyonel alanı" (1, 5, 6, 11, 12, 14), bir bölümü "klinik alanı" (3, 7, 8, 9, 15), diğer kısmı da "duygusal alanı" (2, 4, 10, 13) incelemektedir (Donini, 2005). Arusoğlu'nun ORTO-15'i Türkçe'ye uyarlama çalışmasında 3 faktör belirlenmiştir. 1. Faktör (sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler); 1, 3, 4, 10, 11, 12 ve 13. soruları; 2. Faktör (besin seçimi ve yeme tutumu ve davranışlar) ; 2, 5, 8 ve 9. soruları ve 3. Faktör (besin seçimi ve değeri); 7, 14 ve 15. soruları içermektedir (Arusoğlu, 2006). Çalışmamızda ORTO-15 ölçeğinin ortalaması değerlendirilmiştir. Puan azaldıkça ortoreksik eğilim düzeyi artmaktadır.

Tablo 4.

*ORTO-15 Puanlama*

Sorular				
2,5,8,9	Her zaman:4	Sık sık:3	Bazen:2	Hiçbir zaman: 1
3-4-6-7-10-11-12-14-15	Her zaman:1	Sık sık:2	Bazen: 3	Hiçbir zaman: 4
1-13	Her zaman:2	Sık sık:4	Bazen:3	Hiçbir zaman:1

Kaynak: Arusoğlu, G. 2006, Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi, Orto-15 Ölçeğinin Uyarlanması, Yüksek Lisans Tezi, s. 39. Yazarın izniyle kullanılmıştır.

### 3.5.3. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)

Yeme Farkındalığı Ölçeği'ndeki 5 madde Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-28)'nden alınmış olup, geri kalan maddeler ise yine aynı ölçekten yola çıkarak Köse ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve toplam 30 soru olarak yeni ölçek oluşturulmuştur. Araştırmalarda likert-tipi ölçeklere yer verildiğinde Likert'in (1932) yaptığı gibi seçenek sayısı olarak genelde 5'li ölçek kullanılmaktadır. Bu yüzden uyarlanan yeni ölçekte 5'li likert skalası (1:hiç, 2:nadiren, 3:bazen, 4:sık sık, 5:her zaman) kullanılmıştır. Ölçeğin alt faktörlerine bakıldığında Disinhibisyon, Duygusal Yeme, Yeme Kontrolü, Odaklanma, Yeme Disiplini, Farkındalık ve Enterferans şeklinde 7 faktöre dağılmıştır (Köse, 2016).

Zengin bir kavram olan yeme farkındalığının; dürtüsel yeme, enterferans, disinhibisyon, kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme, farkındalıkla yeme, suçluluk, otomatik yeme, dışsal yeme gibi alt faktörleri vardır. Bu doğrultuda disinhibisyon, enterferans kavramları tanıma dahil olmuştur. Disinhibisyon idle hareket etmeyi (örn; dürtüsel yeme), riskli durumları ayırt edememe durumlarını içeren bilişsel kısıtlama eksikliğidir (Jordan, 2002). Bu durum hiperfajinin (aşırı yeme) ortaya çıkmasına neden olur. Enterferans yararlı bir iletişim iletisine olumsuz dış etkenlerin eklenerek iletinin etkinliğinin azalması şeklinde ifade edilebilir. Duygusal açlık esnasında çeldirici dış etkenlerin etkisini azaltır. Alt faktörlere odaklanmak sorunun köküne inmede yardımcı olabilir (Lathi, 2009; Anderson, 2016; Apolzan, 2016).

#### **Puanlama:**

Alt boyut ve madde sayısı: 7 alt boyut ve 30 madde

1. Düşünmeden Yeme (5 madde) : 4, 14, 17, 20, 26
2. Duygusal Yeme (5 madde): 21, 22, 23, 28, 30
3. Yeme Kontrolü (4 madde): 3, 6, 27, 29
4. Farkındalık (5 madde): 8, 9, 12, 13 15
5. Yeme Disiplini (4 madde): 1, 18, 24, 25
6. Bilinçli Beslenme (5 madde): 2, 7, 11, 16, 19
7. Enterferans (Dış etmenlerden etkilenme) (2 madde): 5, 10

**Ölçeğin bulunan ters maddeler:** Ölçekte 20 ters madde bulunmaktadır. 1, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24, 25 ve 27.sorular düz puanlandırılmaktadır. Geriye kalan sorular ters\* puanlandırılmaktadır. {\*Ters Puanlama (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)}

**Ölçeğin Değerlendirilmesi:** Ölçeğin her bir alt boyutundan alınan yüksek puan bireyin ilgili alt boyutun değerlendirdiği özelliğe sahip olduğunu göstermektedir. Ölçek ayrıca toplam yeme farkındalığı puanı vermektedir. Ölçek puanlanırken alt boyutların ve toplam puanın ortalaması alınmaktadır (Köse, 2016).

### **3.6.Verilerin Analizi**

Verilerin analizinde istatistiksel analiz yöntemi kullanılmıştır. Test ve alt test puanlarının normallik sınavında Çarpıklık (Skewness) katsayısı kullanılmıştır. Sürekli bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılım özelliğinde kullanılan çarpıklık katsayısının (Skewness)  $\pm 1$  sınırları içinde kalması puanların normal dağılımdan önemli bir sapma göstermediği şeklinde yorumlanabilir (Büyüköztürk, 2011, s.40). Her iki ölçek ve alt boyut puanlarının normal dağılım gösterdiği tespit edildiğinden puanların cinsiyete göre karşılaştırılmasında bağımsız iki örneklem t testinden; yaş, boy, beden kitle indeksi ve meslek değişkenlerine göre karşılaştırmalarda ANOVA testinden yararlanılmıştır. ANOVA testinde anlamlı farklılık görüldüğünde farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla LSD post hoc testi kullanılmıştır. ORTO-15 ölçeği ve alt boyut puanları ile yeme farkındalığı ölçek ve alt boyut puanları arasındaki ilişkide Pearson korelasyonu analizinden yararlanılmıştır. Analizlerde güven aralığı %95 (anlamlılık düzeyi  $0,05 p < 0,05$ ) olarak belirlenmiştir.

## BÖLÜM IV

### 4.BULGULAR

#### 4.1. Betimsel Bulgular

Tablo 5'te katılımcıların demografik özelliklerine göre frekans ve yüzde dağılımı gösterilmiştir. Bu araştırmaya katılan spor salonunda spor yapan 350 katılımcının %66,3'ü kadın, %33,7'si erkektir. Spor yapan katılımcıların yaş ortalaması  $34,25 \pm 10,55$  olarak tespit edilmiş olup %27,7'si 25 yaş ve altı, %19,7'si 26-30 yaş, %10,6'sı 31-35 yaş, %12'si 36-40 yaş, %10,6'sı 41-45 yaş, %19,4'ü 46 yaş ve üstüdür. Spor yapan katılımcıların boy ortalaması  $168,29 \pm 10,34$  olarak tespit edilmiş olup %20,9'u 160cm ve altı, %42,9'u 161-170cm, %27,4'ü 171-180cm, %8,9'u 181cm ve üstüdür. Beden kitle indeksine göre spor yapan katılımcıların %4,6'sı zayıf, %9,4'ü normal, %38,9'u fazla kilolu, %36,9'u obez (1. sınıf), %10,3'ü obez (2. sınıf) grubundadır. Spor yapan katılımcıların %24'ü sağlık personeli, %34,3'ü memur, %9,4'ü işçi, %16,6'sı serbest meslek sahibi, %15,7'si çalışmayan gruptur (emekli, öğrenci, ev hanımı).

Spor salonunda spor yapmayan 60 katılımcının %58,3'ü kadın, %41,7'si erkektir. Spor yapmayan katılımcıların yaş ortalaması  $34,87 \pm 9,52$  olarak tespit edilmiş olup %20'si 25 yaş ve altı, %21,7'si 26-30 yaş, %11,7'si 31-35 yaş, %20'si 36-40 yaş, %11,7'si 41-45 yaş, %15'i 46 yaş ve üstüdür. Spor yapmayan katılımcıların boy ortalaması  $170,67 \pm 8,76$  olarak tespit edilmiş olup %15'i 160cm ve altı, %41,7'si 161-170cm, %28,3'ü 171-180cm, %15'i 181cm ve üstüdür. Beden kitle indeksine göre spor yapmayan katılımcıların %3,3'ü zayıf, %3,3'ü normal, %55,1'i fazla kilolu, %28,3'ü obez (1. sınıf), %10'u obez (2. sınıf) grubundadır. Katılımcıların %10'u sağlık personeli, %43,3'ü memur, %26,6'sı serbest meslek sahibi, %20'si çalışmayan gruptur (emekli, öğrenci, ev hanımı).

Tablo 5.

*Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı*

Gruplar	Spor Yapan		Spor Yapmayan	
	n	%	n	%
Kadın	232	66,3	35	58,3
Erkek	118	33,7	25	41,7
	(34,25±10,55)		(34,87±9,52)	
25 yaş ve altı	97	27,7	12	20,1
26-30 yaş	69	19,7	13	21,7
31-35 yaş	37	10,6	7	11,7
36-40 yaş	42	12,0	12	20,0
41-45 yaş	37	10,6	7	11,7
46 yaş ve üstü	68	19,4	9	15,0
	(168,29±10,34)		(170,67±8,76)	
160 cm ve altı	73	20,9	9	15,0
161-170 cm	150	42,9	25	41,7
171-180 cm	96	27,4	17	28,3
181cm ve üstü	31	8,9	9	15,0
Zayıf (<18,5)	16	4,6	2	3,3
Normal (18,5-20)	33	9,4	2	3,3
Fazla kilolu (20-25)	136	38,9	33	55,1
Obez 1. sınıf (25-30)	129	36,9	17	28,3
Obez 2. sınıf (>30)	36	10,3	6	10,0
Sağlık personeli	84	24,0	6	10,0
Memur	120	34,3	26	43,3
İşçi	33	9,4		
Serbest meslek	58	16,6	16	26,6
Çalışmıyor	55	15,7	12	20,0

Tablo 6’da spor yapan katılımcılarda ölçeklerin ortalama, standart sapma ve çarpıklık değerlerinden oluşan betimsel istatistiklere yer verilmiştir. Spor yapan katılımcıların ortoreksiya nervoza belirtileri ölçeği (ORTO-15) puanı  $2,38\pm 0,37$  olarak tespit edilmiş olup ölçekten alınabilecek en düşük (1) ve en yüksek (4) puanlara göre spor yapan katılımcıların ortoreksiya nervoza belirtilerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. En yüksek puan 4, en düşük puan 1,  $4-1=3$ ; 1,0-2,0: düşük; 2,1-3,0: orta; 3,1-4,0: yüksek düzey olarak değerlendirilmiştir. Spor yapan katılımcılarda en yüksek ortoreksiya nervoza belirtisi gösterilen davranışlar sırasıyla “besin seçimi ve yeme tutumu” ( $2,45\pm 0,46$ ), “besin seçimi ve değeri” ( $2,45\pm 0,47$ ) ve “sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler” ( $2,23\pm 0,53$ ) olarak tespit edilmiştir.

Spor yapan katılımcıların yeme farkındalığı ölçeği puanı  $3,42\pm 0,50$  olarak tespit edilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük (1) ve en yüksek (5) puanlara göre

katılımcıların yeme farkındalığının orta düzeyde olduğu söylenebilir (En yüksek puan:5 – en düşük puan:1=4/3=1,33; 1,0-2,33: düşük; 2,34-3,66: orta; 3,67-5,0: yüksek). Spor yapan katılımcılarda en yüksek yeme farkındalığı davranışları sırasıyla “farkındalık” (3,70±0,76), “yeme kontrolsüzlüğü” (3,54±0,66) ve “bilinçli beslenme” (2,81±0,64) olarak tespit edilmiştir. Spor yapan katılımcılarda yeme farkındalığına ilişkin en düşük puana sahip davranış “enterferans (dış etmenlerden etkilenme)” (2,24±0,79) olup düşük düzeydedir.

Tablo 6.

*Spor Yapan Katılımcılarda Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler*

Ölçek ve Alt Boyut	N	$\bar{X}$	SS	Çarpıklık
<b>ORTO-15</b>	350	2,38	0,37	0,10
Sağlıklı Beslenmeyle İlgili Endişeler	350	2,23	0,53	0,34
Besin Seçimi ve Yeme Tutumu	350	2,45	0,46	0,05
Besin Seçimi ve Değeri	350	2,45	0,47	-0,09
<b>YEME FARKINDALIĞI</b>	350	3,42	0,50	-0,14
Düşünmeden Yeme	350	2,63	0,86	0,38
Duyusal Yeme	350	2,48	1,08	0,55
Yeme Kontrolsüzlüğü	350	3,54	0,66	-0,63
Farkındalık	350	3,70	0,76	-0,46
Yeme Disiplini	350	3,23	0,84	-0,06
Bilinçli Beslenme	350	2,81	0,64	0,03
Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	350	2,24	0,79	0,45

Tablo 7’de spor yapmayan katılımcılarda ölçeklerin ortalama, standart sapma ve çarpıklık değerlerinden oluşan betimsel istatistiklere yer verilmiştir. Spor yapmayan katılımcıların ortoreksiya nervoza belirtileri ölçeği (ORTO-15) puanı 2,41±0,40 olarak tespit edilmiştir, katılımcıların ortoreksiya nervoza belirtilerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir Spor yapmayan katılımcılarda en yüksek ortoreksiya nervoza belirtisi gösterilen davranışlar sırasıyla “besin seçimi ve yeme tutumu” (2,49±0,46), “besin seçimi ve değeri” (2,48±0,51) ve “sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler” (2,28±0,46) olarak tespit edilmiştir.

Spor yapmayan katılımcıların yeme farkındalığı ölçeği puanı 3,36±0,43 olarak tespit edilmiştir, katılımcıların yeme farkındalığının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Spor yapmayan katılımcılarda en yüksek yeme farkındalığı davranışları sırasıyla “yeme kontrolsüzlüğü” (3,76±0,52), “farkındalık” (3,35±0,78) ve “bilinçli beslenme” (2,81±0,72) olarak tespit edilmiştir. Spor yapmayan katılımcılarda yeme farkındalığına ilişkin en düşük puana sahip davranış “enterferans (dış etmenlerden etkilenme)” (2,28±0,92) olup düşük düzeydedir.



Tablo 7.

*Spor Yapmayan Katılımcılarda Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler*

Ölçek ve Alt Boyut	N	$\bar{X}$	SS	Çarpıklık
<b>ORTO-15</b>	60	2,41	0,40	-0,86
Sağlıklı Beslenmeyle İlgili Endişeler	60	2,28	0,46	-0,43
Besin Seçimi ve Yeme Tutumu	60	2,49	0,46	0,08
Besin Seçimi ve Değeri	60	2,48	0,51	-0,91
<b>YEME FARKINDALIĞI</b>	60	3,36	0,43	0,03
Düşünmeden Yeme	60	2,55	0,79	0,38
Duygusal Yeme	60	2,29	1,09	1,17
Yeme Kontrolsüzlüğü	60	3,76	0,52	-0,63
Farkındalık	60	3,35	0,78	-0,13
Yeme Disiplini	60	2,81	0,72	0,52
Bilinçli Beslenme	60	2,68	0,62	-0,17
Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	60	2,28	0,92	0,65

Tablo 8'de ORTO-15 puanlarının spor yapan ve yapmayan gruplara göre karşılaştırılmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir. Ortoreksiya nervoza belirtileri ölçeği (ORTO-15) ve alt boyut puanlarının spor yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir.

Düşünmeden yeme, duygusal yeme, bilinçli beslenme, enterferans (dış etmenlerden etkilenme) alt boyutları ve yeme farkındalığı ölçek puanlarının spor yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir.

Yeme kontrolsüzlüğü ( $t=-2,47$ ;  $p<0,05$ ), farkındalık ( $t=3,32$ ;  $p<0,05$ ) ve yeme disiplini ( $t=3,68$ ;  $p<0,05$ ) puanlarının spor yapma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Spor yapmayan katılımcıların yeme kontrolsüzlüğü alt boyut puanları, spor yapan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Spor yapan katılımcıların farkındalık ve yeme disiplini alt boyut puanları, spor yapmayan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 8.

*ORTO-15 Puanlarının Spor Yapan ve Yapmayan Gruplara Göre Karşılaştırılması*

Alt Boyutlar	Spor	n	$\bar{X}$	SS	t	p																																																																																																																						
<b>ORTO-15</b>	Yapan	350	2,38	0,37	-0,76	0,448																																																																																																																						
	Yapmayan	60	2,41	0,40			Sağlıklı Beslenmeyle İlgili Endişeler	Yapan	350	2,23	0,53	-0,64	0,522	Yapmayan	60	2,28	0,46	Besin Seçimi ve Yeme Tutumu	Yapan	350	2,45	0,46	-0,66	0,512	Yapmayan	60	2,49	0,46	Besin Seçimi ve Değeri	Yapan	350	2,45	0,47	-0,44	0,659	Yapmayan	60	2,48	0,51	<b>YEME FARKINDALIĞI</b>	Yapan	350	3,42	0,50	0,83	0,410	Yapmayan	60	3,36	0,43	Düşünmeden Yeme	Yapan	350	2,63	0,86	0,65	0,516	Yapmayan	60	2,55	0,79	Duygusal Yeme	Yapan	350	2,48	1,08	1,31	0,192	Yapmayan	60	2,29	1,09	Yeme Kontrolsüzlüğü	Yapan	350	3,54	0,66	-2,47	<b>0,014</b>	Yapmayan	60	3,76	0,52	Farkındalık	Yapan	350	3,70	0,76	3,32	<b>0,001</b>	Yapmayan	60	3,35	0,78	Yeme Disiplini	Yapan	350	3,23	0,84	3,68	<b>0,000</b>	Yapmayan	60	2,81	0,72	Bilinçli Beslenme	Yapan	350	2,81	0,64	1,47	0,143	Yapmayan	60	2,68	0,62	Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	Yapan	350	2,24	0,79	-0,32	0,748	Yapmayan
Sağlıklı Beslenmeyle İlgili Endişeler	Yapan	350	2,23	0,53	-0,64	0,522																																																																																																																						
	Yapmayan	60	2,28	0,46			Besin Seçimi ve Yeme Tutumu	Yapan	350	2,45	0,46	-0,66	0,512	Yapmayan	60	2,49	0,46	Besin Seçimi ve Değeri	Yapan	350	2,45	0,47	-0,44	0,659	Yapmayan	60	2,48	0,51	<b>YEME FARKINDALIĞI</b>	Yapan	350	3,42	0,50	0,83	0,410	Yapmayan	60	3,36	0,43	Düşünmeden Yeme	Yapan	350	2,63	0,86	0,65	0,516	Yapmayan	60	2,55	0,79	Duygusal Yeme	Yapan	350	2,48	1,08	1,31	0,192	Yapmayan	60	2,29	1,09	Yeme Kontrolsüzlüğü	Yapan	350	3,54	0,66	-2,47	<b>0,014</b>	Yapmayan	60	3,76	0,52	Farkındalık	Yapan	350	3,70	0,76	3,32	<b>0,001</b>	Yapmayan	60	3,35	0,78	Yeme Disiplini	Yapan	350	3,23	0,84	3,68	<b>0,000</b>	Yapmayan	60	2,81	0,72	Bilinçli Beslenme	Yapan	350	2,81	0,64	1,47	0,143	Yapmayan	60	2,68	0,62	Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	Yapan	350	2,24	0,79	-0,32	0,748	Yapmayan	60	2,28	0,92								
Besin Seçimi ve Yeme Tutumu	Yapan	350	2,45	0,46	-0,66	0,512																																																																																																																						
	Yapmayan	60	2,49	0,46			Besin Seçimi ve Değeri	Yapan	350	2,45	0,47	-0,44	0,659	Yapmayan	60	2,48	0,51	<b>YEME FARKINDALIĞI</b>	Yapan	350	3,42	0,50	0,83	0,410	Yapmayan	60	3,36	0,43	Düşünmeden Yeme	Yapan	350	2,63	0,86	0,65	0,516	Yapmayan	60	2,55	0,79	Duygusal Yeme	Yapan	350	2,48	1,08	1,31	0,192	Yapmayan	60	2,29	1,09	Yeme Kontrolsüzlüğü	Yapan	350	3,54	0,66	-2,47	<b>0,014</b>	Yapmayan	60	3,76	0,52	Farkındalık	Yapan	350	3,70	0,76	3,32	<b>0,001</b>	Yapmayan	60	3,35	0,78	Yeme Disiplini	Yapan	350	3,23	0,84	3,68	<b>0,000</b>	Yapmayan	60	2,81	0,72	Bilinçli Beslenme	Yapan	350	2,81	0,64	1,47	0,143	Yapmayan	60	2,68	0,62	Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	Yapan	350	2,24	0,79	-0,32	0,748	Yapmayan	60	2,28	0,92																			
Besin Seçimi ve Değeri	Yapan	350	2,45	0,47	-0,44	0,659																																																																																																																						
	Yapmayan	60	2,48	0,51			<b>YEME FARKINDALIĞI</b>	Yapan	350	3,42	0,50	0,83	0,410	Yapmayan	60	3,36	0,43	Düşünmeden Yeme	Yapan	350	2,63	0,86	0,65	0,516	Yapmayan	60	2,55	0,79	Duygusal Yeme	Yapan	350	2,48	1,08	1,31	0,192	Yapmayan	60	2,29	1,09	Yeme Kontrolsüzlüğü	Yapan	350	3,54	0,66	-2,47	<b>0,014</b>	Yapmayan	60	3,76	0,52	Farkındalık	Yapan	350	3,70	0,76	3,32	<b>0,001</b>	Yapmayan	60	3,35	0,78	Yeme Disiplini	Yapan	350	3,23	0,84	3,68	<b>0,000</b>	Yapmayan	60	2,81	0,72	Bilinçli Beslenme	Yapan	350	2,81	0,64	1,47	0,143	Yapmayan	60	2,68	0,62	Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	Yapan	350	2,24	0,79	-0,32	0,748	Yapmayan	60	2,28	0,92																														
<b>YEME FARKINDALIĞI</b>	Yapan	350	3,42	0,50	0,83	0,410																																																																																																																						
	Yapmayan	60	3,36	0,43			Düşünmeden Yeme	Yapan	350	2,63	0,86	0,65	0,516	Yapmayan	60	2,55	0,79	Duygusal Yeme	Yapan	350	2,48	1,08	1,31	0,192	Yapmayan	60	2,29	1,09	Yeme Kontrolsüzlüğü	Yapan	350	3,54	0,66	-2,47	<b>0,014</b>	Yapmayan	60	3,76	0,52	Farkındalık	Yapan	350	3,70	0,76	3,32	<b>0,001</b>	Yapmayan	60	3,35	0,78	Yeme Disiplini	Yapan	350	3,23	0,84	3,68	<b>0,000</b>	Yapmayan	60	2,81	0,72	Bilinçli Beslenme	Yapan	350	2,81	0,64	1,47	0,143	Yapmayan	60	2,68	0,62	Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	Yapan	350	2,24	0,79	-0,32	0,748	Yapmayan	60	2,28	0,92																																									
Düşünmeden Yeme	Yapan	350	2,63	0,86	0,65	0,516																																																																																																																						
	Yapmayan	60	2,55	0,79			Duygusal Yeme	Yapan	350	2,48	1,08	1,31	0,192	Yapmayan	60	2,29	1,09	Yeme Kontrolsüzlüğü	Yapan	350	3,54	0,66	-2,47	<b>0,014</b>	Yapmayan	60	3,76	0,52	Farkındalık	Yapan	350	3,70	0,76	3,32	<b>0,001</b>	Yapmayan	60	3,35	0,78	Yeme Disiplini	Yapan	350	3,23	0,84	3,68	<b>0,000</b>	Yapmayan	60	2,81	0,72	Bilinçli Beslenme	Yapan	350	2,81	0,64	1,47	0,143	Yapmayan	60	2,68	0,62	Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	Yapan	350	2,24	0,79	-0,32	0,748	Yapmayan	60	2,28	0,92																																																				
Duygusal Yeme	Yapan	350	2,48	1,08	1,31	0,192																																																																																																																						
	Yapmayan	60	2,29	1,09			Yeme Kontrolsüzlüğü	Yapan	350	3,54	0,66	-2,47	<b>0,014</b>	Yapmayan	60	3,76	0,52	Farkındalık	Yapan	350	3,70	0,76	3,32	<b>0,001</b>	Yapmayan	60	3,35	0,78	Yeme Disiplini	Yapan	350	3,23	0,84	3,68	<b>0,000</b>	Yapmayan	60	2,81	0,72	Bilinçli Beslenme	Yapan	350	2,81	0,64	1,47	0,143	Yapmayan	60	2,68	0,62	Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	Yapan	350	2,24	0,79	-0,32	0,748	Yapmayan	60	2,28	0,92																																																															
Yeme Kontrolsüzlüğü	Yapan	350	3,54	0,66	-2,47	<b>0,014</b>																																																																																																																						
	Yapmayan	60	3,76	0,52			Farkındalık	Yapan	350	3,70	0,76	3,32	<b>0,001</b>	Yapmayan	60	3,35	0,78	Yeme Disiplini	Yapan	350	3,23	0,84	3,68	<b>0,000</b>	Yapmayan	60	2,81	0,72	Bilinçli Beslenme	Yapan	350	2,81	0,64	1,47	0,143	Yapmayan	60	2,68	0,62	Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	Yapan	350	2,24	0,79	-0,32	0,748	Yapmayan	60	2,28	0,92																																																																										
Farkındalık	Yapan	350	3,70	0,76	3,32	<b>0,001</b>																																																																																																																						
	Yapmayan	60	3,35	0,78			Yeme Disiplini	Yapan	350	3,23	0,84	3,68	<b>0,000</b>	Yapmayan	60	2,81	0,72	Bilinçli Beslenme	Yapan	350	2,81	0,64	1,47	0,143	Yapmayan	60	2,68	0,62	Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	Yapan	350	2,24	0,79	-0,32	0,748	Yapmayan	60	2,28	0,92																																																																																					
Yeme Disiplini	Yapan	350	3,23	0,84	3,68	<b>0,000</b>																																																																																																																						
	Yapmayan	60	2,81	0,72			Bilinçli Beslenme	Yapan	350	2,81	0,64	1,47	0,143	Yapmayan	60	2,68	0,62	Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	Yapan	350	2,24	0,79	-0,32	0,748	Yapmayan	60	2,28	0,92																																																																																																
Bilinçli Beslenme	Yapan	350	2,81	0,64	1,47	0,143																																																																																																																						
	Yapmayan	60	2,68	0,62			Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	Yapan	350	2,24	0,79	-0,32	0,748	Yapmayan	60	2,28	0,92																																																																																																											
Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	Yapan	350	2,24	0,79	-0,32	0,748																																																																																																																						
	Yapmayan	60	2,28	0,92																																																																																																																								

**4.2. ORTO-15 Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına Ait****Bulgular**

Tablo 9'da spor yapan katılımcıların ORTO-15 puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir. Spor yapan katılımcıların sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler alt boyut ( $t=-2,25$ ;  $p<0,05$ ) ve ORTO-15 ölçeği ( $t=-2,37$ ;  $p<0,05$ ) puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Spor yapan erkek katılımcıların sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler ve ORTO-15 ölçek puanları, spor yapan kadın katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Spor yapan katılımcıların besin seçimi ve yeme tutumu ve besin seçimi ve değeri puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir.

Tablo 9.

*Spor Yapan Katılımcıların ORTO-15 Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması*

Alt Boyutlar	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	SS	t	p
<b>ORTO-15</b>	Kadın	232	2,34	0,36	-2,37	<b>0,018</b>
	Erkek	118	2,44	0,37		
Sağlıklı Beslenmeyle İlgili Endişeler	Kadın	232	2,19	0,49	-2,25	<b>0,025</b>
	Erkek	118	2,32	0,59		
Besin Seçimi ve Yeme Tutumu	Kadın	232	2,42	0,46	-1,58	0,114
	Erkek	118	2,50	0,46		
Besin Seçimi ve Değeri	Kadın	232	2,42	0,46	-1,43	0,154
	Erkek	118	2,50	0,48		

Tablo 10’da spor yapmayan katılımcıların ORTO-15 puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir. Spor yapmayan katılımcılarda ortoreksiya nervoza belirtileri ölçeği (ORTO-15) ve alt boyut puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir.

Tablo 10.

*Spor Yapmayan Katılımcıların ORTO-15 Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması*

Alt Boyutlar	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	SS	t	p
<b>ORTO-15</b>	Kadın	35	2,38	0,41	-0,86	0,391
	Erkek	25	2,47	0,39		
Sağlıklı Beslenmeyle İlgili Endişeler	Kadın	35	2,24	0,48	-0,87	0,388
	Erkek	25	2,34	0,44		
Besin Seçimi ve Yeme Tutumu	Kadın	35	2,41	0,43	-1,47	0,147
	Erkek	25	2,59	0,49		
Besin Seçimi ve Değeri	Kadın	35	2,48	0,53	0,06	0,949
	Erkek	25	2,47	0,49		

Tablo 11’de spor yapan katılımcıların ORTO-15 puanlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılmasına ait tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına yer verilmiştir. Spor yapan katılımcıların besin seçimi ve yeme tutumu alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $F=4,86$ ;  $p<0,05$ ) Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre spor yapan 46 yaş ve üstü katılımcıların besin seçimi ve yeme tutumu davranış puanları, spor yapan 45 yaş ve altı yaş grubu katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Spor yapan katılımcıların sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler, besin seçimi ve değeri alt boyutları ve ORTO-15 ölçeği puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir.

Tablo 11.

*Spor Yapan Katılımcıların ORTO-15 Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması*

Alt Boyutlar	Yaş Grupları	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
ORTO-15	A-25 yaş ve altı	97	2,40	0,38	1,65	0,146	
	B-26-30 yaş	69	2,33	0,39			
	C-31-35 yaş	37	2,28	0,37			
	D-36-40 yaş	42	2,39	0,38			
	E-41-45 yaş	37	2,33	0,35			
	F-46 yaş ve üstü	68	2,46	0,31			
Sağlıklı Beslenmeyle İlgili Endişeler	A-25 yaş ve altı	97	2,30	0,57	0,89	0,487	
	B-26-30 yaş	69	2,22	0,58			
	C-31-35 yaş	37	2,10	0,43			
	D-36-40 yaş	42	2,22	0,53			
	E-41-45 yaş	37	2,21	0,59			
	F-46 yaş ve üstü	68	2,25	0,43			
Besin Seçimi ve Yeme Tutumu	A-25 yaş ve altı	97	2,38	0,40	4,86	0,000	F>A,B,C,D,E
	B-26-30 yaş	69	2,36	0,47			
	C-31-35 yaş	37	2,34	0,48			
	D-36-40 yaş	42	2,50	0,49			
	E-41-45 yaş	37	2,42	0,44			
	F-46 yaş ve üstü	68	2,67	0,47			
Besin Seçimi ve Değeri	A-25 yaş ve altı	97	2,51	0,46	0,70	0,623	
	B-26-30 yaş	69	2,41	0,46			
	C-31-35 yaş	37	2,40	0,48			
	D-36-40 yaş	42	2,44	0,54			
	E-41-45 yaş	37	2,37	0,49			
	F-46 yaş ve üstü	68	2,46	0,42			

Tablo 12’de spor yapmayan katılımcıların ORTO-15 puanlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılmasına ait tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına yer verilmiştir. Spor yapmayan katılımcıların besin seçimi ve yeme tutumu alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (F=2,76; p<0,05) Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre spor yapmayan 26-45 yaş arası katılımcıların besin seçimi ve yeme tutumu davranış puanları, spor yapmayan 25 yaş ve altı ve 46 yaş ve üstü yaş grubu katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Spor yapmayan katılımcıların sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler, besin seçimi ve değeri alt boyutları ve ORTO-15 ölçeği puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği (p>0,05) tespit edilmiştir.

Tablo 12.

*Spor Yapmayan Katılımcıların ORTO-15 Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması*

Alt Boyutlar	Yaş Grupları	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
ORTO-15	A-25 yaş ve altı	12	2,27	0,47	1,42	0,230	
	B-26-30 yaş	13	2,52	0,28			
	C-31-35 yaş	7	2,46	0,37			
	D-36-40 yaş	12	2,37	0,41			
	E-41-45 yaş	7	2,68	0,31			
	F-46 yaş ve üstü	9	2,27	0,47			
Sağlıklı Beslenmeye İlgili Endişeler	A-25 yaş ve altı	12	2,25	0,49	1,11	0,364	
	B-26-30 yaş	13	2,23	0,35			
	C-31-35 yaş	7	2,31	0,42			
	D-36-40 yaş	12	2,17	0,50			
	E-41-45 yaş	7	2,65	0,44			
	F-46 yaş ve üstü	9	2,24	0,56			
Besin Seçimi ve Yeme Tutumu	A-25 yaş ve altı	12	2,19	0,37	2,76	0,027	B,C,D,E>A,F
	B-26-30 yaş	13	2,63	0,42			
	C-31-35 yaş	7	2,68	0,47			
	D-36-40 yaş	12	2,56	0,47			
	E-41-45 yaş	7	2,71	0,39			
	F-46 yaş ve üstü	9	2,25	0,47			
Besin Seçimi ve Değeri	A-25 yaş ve altı	12	2,38	0,62	1,07	0,387	
	B-26-30 yaş	13	2,69	0,34			
	C-31-35 yaş	7	2,39	0,35			
	D-36-40 yaş	12	2,38	0,60			
	E-41-45 yaş	7	2,68	0,37			
	F-46 yaş ve üstü	9	2,33	0,59			

Tablo 13'te spor yapan katılımcıların ORTO-15 puanlarının boy gruplarına göre karşılaştırılmasına ait tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına yer verilmiştir. Spor yapan katılımcıların sağlıklı beslenmeye ilişkin endişeler alt boyut ( $F=3,26$ ;  $p<0,05$ ) ve ORTO-15 ölçeği ( $F=3,01$ ;  $p<0,05$ ) puanlarının katılımcıların boyuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre;

- 181cm ve üstü spor yapan katılımcıların sağlıklı beslenmeye ilişkin endişeler alt boyut puanları, 170cm ve altı spor yapan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- 181cm ve üstü spor yapan katılımcıların sağlıklı beslenmeye ilişkin endişeler alt boyut puanları, 161-170cm boy uzunluğuna sahip spor yapan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Spor yapan besin seçimi ve yeme tutumu, besin seçimi ve değeri alt boyutları puanlarının boy gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir.

Tablo 13.

*Spor Yapan Katılımcıların ORTO-15 Puanlarının Boy Gruplarına Göre Karşılaştırılması*

Alt Boyutlar	Boy	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
<b>ORTO-15</b>	A-160 cm ve altı	73	2,40	0,32	3,01	<b>0,030</b>	<b>D&gt;B</b>
	B-161-170 cm	150	2,32	0,36			
	C-171-180 cm	96	2,38	0,36			
	D-181cm ve üstü	31	2,53	0,45			
Sağlıklı Beslenmeyle İlgili Endişeler	A-160 cm ve altı	73	2,23	0,45	3,26	<b>0,022</b>	<b>D&gt;A,B</b>
	B-161-170 cm	150	2,16	0,50			
	C-171-180 cm	96	2,28	0,56			
	D-181cm ve üstü	31	2,47	0,65			
Besin Seçimi ve Yeme Tutumu	A-160 cm ve altı	73	2,48	0,46	1,96	0,119	
	B-161-170 cm	150	2,41	0,44			
	C-171-180 cm	96	2,42	0,50			
	D-181cm ve üstü	31	2,61	0,48			
Besin Seçimi ve Değeri	A-160 cm ve altı	73	2,49	0,45	0,75	0,521	
	B-161-170 cm	150	2,41	0,47			
	C-171-180 cm	96	2,45	0,46			
	D-181cm ve üstü	31	2,51	0,55			

Tablo 14'te spor yapmayan katılımcıların ORTO-15 puanlarının boy gruplarına göre karşılaştırılmasına ait tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına yer verilmiştir. Spor yapmayan katılımcılarda ortoreksiya nervoza belirtileri ölçeği (ORTO-15) ve alt boyut puanlarının boy gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir.

Tablo 14.

*Spor Yapmayan Katılımcıların ORTO-15 Puanlarının Boy Gruplarına Göre Karşılaştırılması*

Alt Boyutlar	Boy	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
<b>ORTO-15</b>	A-160 cm ve altı	9	2,38	0,42	0,19	0,904	
	B-161-170 cm	25	2,38	0,44			
	C-171-180 cm	17	2,45	0,41			
	D-181cm ve üstü	9	2,48	0,26			
Sağlıklı Beslenmeyle İlgili Endişeler	A-160 cm ve altı	9	2,17	0,47	0,31	0,821	
	B-161-170 cm	25	2,32	0,52			
	C-171-180 cm	17	2,24	0,45			
	D-181cm ve üstü	9	2,35	0,36			
Besin Seçimi ve Yeme Tutumu	A-160 cm ve altı	9	2,42	0,50	1,64	0,191	
	B-161-170 cm	25	2,37	0,40			
	C-171-180 cm	17	2,68	0,49			
	D-181cm ve üstü	9	2,53	0,48			
Besin Seçimi ve Değeri	A-160 cm ve altı	9	2,56	0,45	0,21	0,886	
	B-161-170 cm	25	2,45	0,58			
	C-171-180 cm	17	2,43	0,55			
	D-181cm ve üstü	9	2,56	0,27			

Tablo 15'te spor yapan katılımcıların ORTO-15 puanlarının beden kitle indeksine göre karşılaştırılmasına ait tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına yer verilmiştir. Spor yapan katılımcıların sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler alt boyut puanlarının beden kitle indeksine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $F=3,71$ ;  $p<0,05$ ). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre beden kitle indeksine göre zayıf olan spor yapan katılımcıların sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler puanları, normal, fazla kilolu ve obez spor yapan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Spor yapan katılımcıların besin seçimi ve yeme tutumu, besin seçimi ve değeri alt boyutları ve ORTO-15 ölçeği puanlarının beden kitle indeksine göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir.

Tablo 15.

*Spor Yapan Katılımcıların ORTO-15 Puanlarının Beden Kitle İndeksine Göre Karşılaştırılması*

Alt Boyutlar	Beden Kitle İndeksi	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
ORTO-15	A-Zayıf	16	2,57	0,37	1,67	0,158	
	B-Normal	33	2,35	0,41			
	C-Fazla kilolu	136	2,38	0,37			
	D-Obez (1. Sınıf)	129	2,38	0,37			
	E-Obez (2. Sınıf)	36	2,29	0,32			
Sağlıklı Beslenmeyle İlgili Endişeler	A-Zayıf	16	2,68	0,58	3,71	<b>0,006</b>	<b>A&gt;B,C,D,E</b>
	B-Normal	33	2,21	0,58			
	C-Fazla kilolu	136	2,25	0,52			
	D-Obez (1. Sınıf)	129	2,21	0,51			
	E-Obez (2. Sınıf)	36	2,09	0,48			
Besin Seçimi ve Yeme Tutumu	A-Zayıf	16	2,48	0,36	0,46	0,763	
	B-Normal	33	2,41	0,45			
	C-Fazla kilolu	136	2,44	0,46			
	D-Obez (1. Sınıf)	129	2,48	0,50			
	E-Obez (2. Sınıf)	36	2,38	0,38			
Besin Seçimi ve Değeri	A-Zayıf	16	2,55	0,46	0,27	0,897	
	B-Normal	33	2,42	0,56			
	C-Fazla kilolu	136	2,45	0,46			
	D-Obez (1. Sınıf)	129	2,44	0,46			

Tablo 16'da spor yapmayan katılımcıların ORTO-15 puanlarının beden kitle indeksine göre karşılaştırılmasına ait tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına yer verilmiştir. Spor yapmayan katılımcılarda ortoreksiya nervoza belirtileri ölçeği (ORTO-15) ve alt boyut puanlarının beden kitle indeksi gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir.

Tablo 16.

*Spor Yapmayan Katılımcıların ORTO-15 Puanlarının Beden Kitle İndeksine Göre Karşılaştırılması*

Alt Boyutlar	Beden Kitle İndeksi	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
ORTO-15	C-Fazla kilolu	37	2,44	0,31	0,62	0,540	
	D-Obez (1. Sınıf)	17	2,33	0,56			
	E-Obez (2. Sınıf)	6	2,51	0,42			
Sağlıklı Beslenmeyle İlgili Endişeler	C-Fazla kilolu	37	2,30	0,41	0,87	0,425	
	D-Obez (1. Sınıf)	17	2,18	0,60			
	E-Obez (2. Sınıf)	6	2,45	0,38			
Besin Seçimi ve Yeme Tutumu	C-Fazla kilolu	37	2,44	0,38	1,53	0,224	
	D-Obez (1. Sınıf)	17	2,49	0,56			
	E-Obez (2. Sınıf)	6	2,79	0,60			
Besin Seçimi ve Değeri	C-Fazla kilolu	37	2,57	0,39	1,91	0,157	
	D-Obez (1. Sınıf)	17	2,32	0,69			
	E-Obez (2. Sınıf)	6	2,29	0,49			

Tablo 17’de spor yapan katılımcıların ORTO-15 puanlarının meslek gruplarına göre karşılaştırılmasına ait tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına yer verilmiştir. Spor yapan katılımcıların besin seçimi ve tutumu alt boyut puanlarının meslek gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $F=3,61$ ;  $p<0,05$ ). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre spor yapan sağlık personeli, memur ve işçi katılımcıların besin seçimi ve tutumu davranış puanları, spor yapan serbest meslek sahibi katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Spor yapan sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler, besin seçimi ve değeri alt boyutları ve ORTO-15 ölçeği puanlarının meslek gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir.

350 kişilik spor yapan katılımcılarda ORTO-15 ortalama puanlarında kesme uygulanmış; 1-2 arası puan alan, yüksek ortoreksik eğilime sahip 12 kişi saptanmıştır; 2-3 puan arası 336 kişi orta ve 3 puan üstü alan 2 kişi düşük düzeyde ortoreksik eğilim göstermektedir.



Tablo 17.

*Spor Yapan Katılımcıların ORTO-15 Puanlarının Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması*

Alt Boyutlar	Meslek	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
ORTO-15	A-Sağlık personeli	84	2,40	0,36	0,92	0,453	
	B-Memur	120	2,39	0,37			
	C-İşçi	33	2,41	0,42			
	D-Serbest meslek	58	2,29	0,33			
	E-Çalışmıyor	55	2,37	0,38			
Sağlıklı Beslenmeyle İlgili Endişeler	A-Sağlık personeli	84	2,23	0,57	0,74	0,568	
	B-Memur	120	2,24	0,52			
	C-İşçi	33	2,26	0,57			
	D-Serbest meslek	58	2,14	0,48			
	E-Çalışmıyor	55	2,30	0,53			
Besin Seçimi ve Yeme Tutumu	A-Sağlık personeli	84	2,51	0,39	3,61	0,007	A,B,C>D
	B-Memur	120	2,50	0,48			
	C-İşçi	33	2,52	0,59			
	D-Serbest meslek	58	2,27	0,42			
	E-Çalışmıyor	55	2,36	0,46			
Besin Seçimi ve Değeri	A-Sağlık personeli	84	2,44	0,49	0,06	0,994	
	B-Memur	120	2,44	0,48			
	C-İşçi	33	2,44	0,41			
	D-Serbest meslek	58	2,47	0,43			
	E-Çalışmıyor	55	2,45	0,50			

Tablo 18’de spor yapmayan katılımcıların ORTO-15 puanlarının meslek gruplarına göre karşılaştırılmasına ait tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına yer verilmiştir. Spor yapmayan katılımcıların besin seçimi ve tutumu alt boyut puanlarının meslek gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $F=3,61$ ;  $p<0,05$ ). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre spor yapmayan memur katılımcıların besin seçimi ve tutumu davranış puanları, spor yapmayan sağlık personeli ve çalışmayan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Spor yapmayan sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler, besin seçimi ve değeri alt boyutları ve ORTO-15 ölçeği puanlarının meslek gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir.

60 kişilik spor yapmayan katılımcılarda ORTO-15 ortalama puanlarında kesme uygulanmıştır; 3 ve üstü puan alan kişi olmadığı saptanmıştır. Spor yapmayan grupta 1-2 puan arası 2 kişi yüksek, 2-3 puan arası 58 kişi orta düzeyde ortoreksik eğilim göstermektedir.

Tablo 18.

*Spor Yapmayan Katılımcıların ORTO-15 Puanlarının Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması*

Alt Boyutlar	Meslek	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
<b>ORTO-15</b>	A-Sağlık personeli	6	2,33	0,42	1,73	<b>0,171</b>	
	B-Memur	26	2,52	0,38			
	D-Serbest meslek	16	2,42	0,29			
	E-Çalışmıyor	12	2,22	0,52			
Sağlıklı Beslenmeyle İlgili Endişeler	A-Sağlık personeli	6	2,12	0,51	1,16	<b>0,335</b>	
	B-Memur	26	2,35	0,48			
	D-Serbest meslek	16	2,36	0,43			
	E-Çalışmıyor	12	2,11	0,45			
Besin Seçimi ve Yeme Tutumu	A-Sağlık personeli	6	2,29	0,37	3,61	<b>0,019</b>	<b>B&gt;A,E</b>
	B-Memur	26	2,69	0,48			
	D-Serbest meslek	16	2,39	0,30			
	E-Çalışmıyor	12	2,27	0,49			
Besin Seçimi ve Değeri	A-Sağlık personeli	6	2,58	0,47	0,83	<b>0,483</b>	
	B-Memur	26	2,52	0,47			
	D-Serbest meslek	16	2,52	0,38			
	E-Çalışmıyor	12	2,27	0,72			

#### 4.3. Yeme Farkındalığı Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Tablo 19’da spor yapan katılımcıların yeme farkındalığı puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir. Spor yapan katılımcıların duygusal yeme ( $t=4,63$ ;  $p<0,05$ ), yeme kontrolsüzlüğü ( $t=3,10$ ;  $p<0,05$ ) ve bilinçli beslenme ( $t=2,79$ ;  $p<0,05$ ) alt boyut puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Spor yapan kadın katılımcıların duygusal yeme, yeme kontrolsüzlüğü ve bilinçli beslenme davranış puanları, spor yapan erkek katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Spor yapan katılımcıların düşünmeden yeme, farkındalık, yeme disiplini, bilinçli beslenme, enterferans alt boyutları ve yeme farkındalığı ölçek puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir.

Tablo 19.

*Spor Yapan Katılımcıların Yeme Farkındalığı Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması*

Alt Boyutlar	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	SS	t	p																																																																														
<b>YEME FARKINDALIĞI</b>	Kadın	232	3,38	0,49	-1,84	0,067																																																																														
	Erkek	118	3,49	0,52			Düşünmeden Yeme	Kadın	232	2,62	0,83	-0,29	0,769	Erkek	118	2,65	0,91	Duygusal Yeme	Kadın	232	2,67	1,09	4,63	0,000	Erkek	118	2,12	0,97	Yeme Kontrolsüzlüğü	Kadın	232	3,61	0,63	3,10	0,002	Erkek	118	3,38	0,70	Farkındalık	Kadın	232	3,69	0,80	-0,55	0,582	Erkek	118	3,73	0,69	Yeme Disiplini	Kadın	232	3,19	0,85	-1,27	0,206	Erkek	118	3,31	0,83	Bilinçli Beslenme	Kadın	232	2,88	0,62	2,79	0,005	Erkek	118	2,67	0,65	Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	Kadın	232	2,25	0,72	0,52	0,602	Erkek	118	2,21	0,92	Erkek
Düşünmeden Yeme	Kadın	232	2,62	0,83	-0,29	0,769																																																																														
	Erkek	118	2,65	0,91			Duygusal Yeme	Kadın	232	2,67	1,09	4,63	0,000	Erkek	118	2,12	0,97	Yeme Kontrolsüzlüğü	Kadın	232	3,61	0,63	3,10	0,002	Erkek	118	3,38	0,70	Farkındalık	Kadın	232	3,69	0,80	-0,55	0,582	Erkek	118	3,73	0,69	Yeme Disiplini	Kadın	232	3,19	0,85	-1,27	0,206	Erkek	118	3,31	0,83	Bilinçli Beslenme	Kadın	232	2,88	0,62	2,79	0,005	Erkek	118	2,67	0,65	Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	Kadın	232	2,25	0,72	0,52	0,602	Erkek	118	2,21	0,92		Erkek	118	3,49	0,52							
Duygusal Yeme	Kadın	232	2,67	1,09	4,63	0,000																																																																														
	Erkek	118	2,12	0,97			Yeme Kontrolsüzlüğü	Kadın	232	3,61	0,63	3,10	0,002	Erkek	118	3,38	0,70	Farkındalık	Kadın	232	3,69	0,80	-0,55	0,582	Erkek	118	3,73	0,69	Yeme Disiplini	Kadın	232	3,19	0,85	-1,27	0,206	Erkek	118	3,31	0,83	Bilinçli Beslenme	Kadın	232	2,88	0,62	2,79	0,005	Erkek	118	2,67	0,65	Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	Kadın	232	2,25	0,72	0,52	0,602	Erkek	118	2,21	0,92		Erkek	118	3,49	0,52																		
Yeme Kontrolsüzlüğü	Kadın	232	3,61	0,63	3,10	0,002																																																																														
	Erkek	118	3,38	0,70			Farkındalık	Kadın	232	3,69	0,80	-0,55	0,582	Erkek	118	3,73	0,69	Yeme Disiplini	Kadın	232	3,19	0,85	-1,27	0,206	Erkek	118	3,31	0,83	Bilinçli Beslenme	Kadın	232	2,88	0,62	2,79	0,005	Erkek	118	2,67	0,65	Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	Kadın	232	2,25	0,72	0,52	0,602	Erkek	118	2,21	0,92		Erkek	118	3,49	0,52																													
Farkındalık	Kadın	232	3,69	0,80	-0,55	0,582																																																																														
	Erkek	118	3,73	0,69			Yeme Disiplini	Kadın	232	3,19	0,85	-1,27	0,206	Erkek	118	3,31	0,83	Bilinçli Beslenme	Kadın	232	2,88	0,62	2,79	0,005	Erkek	118	2,67	0,65	Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	Kadın	232	2,25	0,72	0,52	0,602	Erkek	118	2,21	0,92		Erkek	118	3,49	0,52																																								
Yeme Disiplini	Kadın	232	3,19	0,85	-1,27	0,206																																																																														
	Erkek	118	3,31	0,83			Bilinçli Beslenme	Kadın	232	2,88	0,62	2,79	0,005	Erkek	118	2,67	0,65	Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	Kadın	232	2,25	0,72	0,52	0,602	Erkek	118	2,21	0,92		Erkek	118	3,49	0,52																																																			
Bilinçli Beslenme	Kadın	232	2,88	0,62	2,79	0,005																																																																														
	Erkek	118	2,67	0,65			Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	Kadın	232	2,25	0,72	0,52	0,602	Erkek	118	2,21	0,92		Erkek	118	3,49	0,52																																																														
Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	Kadın	232	2,25	0,72	0,52	0,602																																																																														
	Erkek	118	2,21	0,92																																																																																
	Erkek	118	3,49	0,52																																																																																

Tablo 20’de spor yapmayan katılımcıların yeme farkındalığı puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir. Spor yapmayan katılımcıların enterferans (dış etmenlerden etkilenme) puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $t=2,04$ ;  $p<0,05$ ). Spor yapmayan kadın katılımcıların enterferans (dış etmenlerden etkilenme) davranış puanları, spor yapmayan erkek katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Spor yapmayan katılımcıların düşünmeden yeme, duygusal yeme, farkındalık, yeme disiplini, bilinçli beslenme alt boyutları ve yeme farkındalığı ölçek puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir.

Tablo 20.

*Spor Yapmayan Katılımcıların Yeme Farkındalığı Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması*

Alt Boyutlar	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	SS	t	p
YEME FARKINDALIĞI	Kadın	35	3,31	0,38	-1,05	0,296
	Erkek	25	3,43	0,49		
Düşünmeden Yeme	Kadın	35	2,66	0,84	1,32	0,191
	Erkek	25	2,39	0,69		
Duygusal Yeme	Kadın	35	2,51	1,14	1,96	0,055
	Erkek	25	1,97	0,95		
Yeme Kontrolsüzlüğü	Kadın	35	3,74	0,53	-0,39	0,695
	Erkek	25	3,79	0,52		
Farkındalık	Kadın	35	3,35	0,68	0,02	0,982
	Erkek	25	3,34	0,92		
Yeme Disiplini	Kadın	35	2,79	0,73	-0,29	0,775
	Erkek	25	2,84	0,72		
Bilinçli Beslenme	Kadın	35	2,81	0,62	2,04	<b>0,046</b>
	Erkek	25	2,49	0,59		
Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	Kadın	35	2,33	0,89	0,53	0,599
	Erkek	25	2,20	0,98		

Tablo 21’de spor yapan katılımcıların yeme farkındalığı puanlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılmasına ait tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına yer verilmiştir. Spor yapan katılımcıların yeme kontrolsüzlüğü alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $F=2,79$ ;  $p<0,05$ ) Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre spor yapan 30 yaş altı katılımcıların yeme kontrolsüzlüğü puanları, spor yapan 30 yaş üstü katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Spor yapan katılımcıların düşünmeden yeme, duygusal yeme, farkındalık, yeme disiplini, bilinçli beslenme, enterferans alt boyutları ve yeme farkındalığı ölçek puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir.

Tablo 21.

*Spor Yapan Katılımcıların Yeme Farkındalığı Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması*

Alt Boyutlar	Yaş Grupları	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
<b>YEME FARKINDALIĞI</b>	A-25 yaş ve altı	97	3,39	0,48	1,66	0,143	
	B-26-30 yaş	69	3,40	0,52			
	C-31-35 yaş	37	3,23	0,53			
	D-36-40 yaş	42	3,49	0,48			
	E-41-45 yaş	37	3,52	0,48			
	F-46 yaş ve üstü	68	3,46	0,52			
Düşünmeden Yeme	A-25 yaş ve altı	97	2,72	0,86	0,84	0,519	
	B-26-30 yaş	69	2,57	0,80			
	C-31-35 yaş	37	2,74	0,89			
	D-36-40 yaş	42	2,66	0,85			
	E-41-45 yaş	37	2,45	0,80			
	F-46 yaş ve üstü	68	2,57	0,92			
Duygusal Yeme	A-25 yaş ve altı	97	2,58	1,10	0,93	0,460	
	B-26-30 yaş	69	2,42	1,09			
	C-31-35 yaş	37	2,73	1,13			
	D-36-40 yaş	42	2,41	1,04			
	E-41-45 yaş	37	2,28	1,01			
	F-46 yaş ve üstü	68	2,43	1,07			
Yeme Kontrolsüzlüğü	A-25 yaş ve altı	97	3,67	0,62	2,79	<b>0,017</b>	<b>A,B&gt;C,F</b>
	B-26-30 yaş	69	3,66	0,67			
	C-31-35 yaş	37	3,33	0,73			
	D-36-40 yaş	42	3,43	0,63			
	E-41-45 yaş	37	3,51	0,57			
	F-46 yaş ve üstü	68	3,40	0,70			
Farkındalık	A-25 yaş ve altı	97	3,73	0,73	2,14	0,061	
	B-26-30 yaş	69	3,54	0,91			
	C-31-35 yaş	37	3,58	0,80			
	D-36-40 yaş	42	3,99	0,66			
	E-41-45 yaş	37	3,64	0,70			
	F-46 yaş ve üstü	68	3,74	0,70			
Yeme Disiplini	A-25 yaş ve altı	97	3,20	0,90	1,71	0,131	
	B-26-30 yaş	69	3,08	0,94			
	C-31-35 yaş	37	3,06	0,79			
	D-36-40 yaş	42	3,32	0,75			
	E-41-45 yaş	37	3,36	0,71			
	F-46 yaş ve üstü	68	3,42	0,78			
Bilinçli Beslenme	A-25 yaş ve altı	97	2,78	0,66	0,68	0,635	
	B-26-30 yaş	69	2,83	0,66			
	C-31-35 yaş	37	2,90	0,56			
	D-36-40 yaş	42	2,90	0,60			
	E-41-45 yaş	37	2,82	0,65			
	F-46 yaş ve üstü	68	2,71	0,65			
Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	A-25 yaş ve altı	97	2,30	0,77	0,67	0,644	
	B-26-30 yaş	69	2,25	0,87			
	C-31-35 yaş	37	2,36	0,82			
	D-36-40 yaş	42	2,12	0,62			
	E-41-45 yaş	37	2,14	0,90			
	F-46 yaş ve üstü	68	2,20	0,76			

Tablo 22’de spor yapmayan katılımcıların yeme farkındalığı puanlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılmasına ait tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına

yer verilmiştir. Spor yapmayan katılımcıların yeme farkındalığı ölçek ve alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir.

Tablo 22.

*Spor Yapmayan Katılımcıların Yeme Farkındalığı Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması*

Alt Boyutlar	Yaş Grupları	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
<b>YEME FARKINDALIĞI</b>	A-25 yaş ve altı	12	3,12	0,37	1,73	0,144	
	B-26-30 yaş	13	3,52	0,37			
	C-31-35 yaş	7	3,39	0,41			
	D-36-40 yaş	12	3,41	0,51			
	E-41-45 yaş	7	3,18	0,51			
	F-46 yaş ve üstü	9	3,49	0,30			
Düşünmeden Yeme	B-26-30 yaş	12	3,08	0,90	2,39	0,050	
	C-31-35 yaş	13	2,54	0,63			
	D-36-40 yaş	7	2,37	0,80			
	E-41-45 yaş	12	2,28	0,67			
	E-41-45 yaş	7	2,83	0,66			
	F-46 yaş ve üstü	9	2,13	0,77			
Duygusal Yeme	A-25 yaş ve altı	12	2,75	1,30	1,47	0,214	
	B-26-30 yaş	13	1,89	1,01			
	C-31-35 yaş	7	1,94	0,81			
	D-36-40 yaş	12	2,37	1,01			
	E-41-45 yaş	7	2,83	1,38			
	F-46 yaş ve üstü	9	1,98	0,74			
Yeme Kontrolsüzlüğü	A-25 yaş ve altı	12	3,65	0,63	0,66	0,652	
	B-26-30 yaş	13	3,94	0,34			
	C-31-35 yaş	7	3,75	0,68			
	D-36-40 yaş	12	3,60	0,60			
	E-41-45 yaş	7	3,79	0,42			
	F-46 yaş ve üstü	9	3,83	0,47			
Farkındalık	A-25 yaş ve altı	12	3,33	0,84	0,30	0,911	
	B-26-30 yaş	13	3,54	0,79			
	C-31-35 yaş	7	3,17	0,81			
	D-36-40 yaş	12	3,38	0,82			
	E-41-45 yaş	7	3,34	0,60			
	F-46 yaş ve üstü	9	3,18	0,87			
Yeme Disiplini	A-25 yaş ve altı	12	2,58	0,72	0,58	0,711	
	B-26-30 yaş	13	2,81	0,80			
	C-31-35 yaş	7	2,96	0,74			
	D-36-40 yaş	12	2,98	0,70			
	E-41-45 yaş	7	2,96	0,65			
	F-46 yaş ve üstü	9	2,64	0,71			
Bilinçli Beslenme	A-25 yaş ve altı	12	2,57	0,64	0,64	0,673	
	B-26-30 yaş	13	2,85	0,67			
	C-31-35 yaş	7	2,37	0,58			
	D-36-40 yaş	12	2,73	0,59			
	E-41-45 yaş	7	2,77	0,52			
	F-46 yaş ve üstü	9	2,67	0,71			
Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	A-25 yaş ve altı	12	2,54	1,10	1,64	0,166	
	B-26-30 yaş	13	2,08	0,73			
	C-31-35 yaş	7	2,36	0,90			
	D-36-40 yaş	12	2,33	0,78			
	E-41-45 yaş	7	2,79	1,11			
	F-46 yaş ve üstü	9	1,67	0,79			

Tablo 23'te spor yapan katılımcıların yeme farkındalığı puanlarının boy gruplarına göre karşılaştırılmasına ait tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına yer verilmiştir. Spor yapan katılımcıların duygusal yeme ( $F=4,15$ ;  $p<0,05$ ) ve yeme kontrolsüzlüğü ( $F=2,75$ ;  $p<0,05$ ) alt boyut puanlarının boy gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre;

- 161-170cm boy uzunluğuna sahip spor yapan katılımcıların duygusal yeme puanları, 171cm ve üstü spor yapan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- 160cm ve altı boy uzunluğuna sahip spor yapan katılımcıların yeme kontrolsüzlüğü puanları, 171cm ve üstü spor yapan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Spor yapan katılımcıların düşünmeden yeme, farkındalık, yeme disiplini, bilinçli beslenme, enterferans alt boyutları ve yeme farkındalığı ölçek puanlarının boy gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir.

Tablo 23.

*Spor Yapan Katılımcıların Yeme Farkındalığı Puanlarının Boy Gruplarına Göre Karşılaştırılması*

Alt Boyutlar	Boy	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
<b>YEME FARKINDALIĞI</b>	A-160 cm ve altı	73	3,44	0,51	0,48	0,696	
	B-161-170 cm	150	3,38	0,47			
	C-171-180 cm	96	3,45	0,55			
	D-181cm ve üstü	31	3,45	0,52			
Düşünmeden Yeme	A-160 cm ve altı	73	2,62	0,85	0,18	0,907	
	B-161-170 cm	150	2,61	0,82			
	C-171-180 cm	96	2,62	0,91			
	D-181cm ve üstü	31	2,74	0,88			
Duygusal Yeme	A-160 cm ve altı	73	2,53	1,05	4,15	<b>0,007</b>	<b>B&gt;C,D</b>
	B-161-170 cm	150	2,67	1,05			
	C-171-180 cm	96	2,28	1,11			
	D-181cm ve üstü	31	2,10	1,03			
Yeme Kontrolsüzlüğü	A-160 cm ve altı	73	3,68	0,62	2,75	<b>0,043</b>	<b>A&gt;C,D</b>
	B-161-170 cm	150	3,56	0,68			
	C-171-180 cm	96	3,44	0,65			
	D-181cm ve üstü	31	3,36	0,66			
Farkındalık	A-160 cm ve altı	73	3,69	0,66	1,06	0,367	
	B-161-170 cm	150	3,74	0,83			
	C-171-180 cm	96	3,60	0,71			
	D-181cm ve üstü	31	3,85	0,81			
Yeme Disiplini	A-160 cm ve altı	73	3,18	0,76	0,38	0,767	
	B-161-170 cm	150	3,22	0,87			
	C-171-180 cm	96	3,31	0,84			
	D-181cm ve üstü	31	3,19	0,92			
Bilinçli Beslenme	A-160 cm ve altı	73	2,79	0,65	0,77	0,509	
	B-161-170 cm	150	2,84	0,63			
	C-171-180 cm	96	2,81	0,65			
	D-181cm ve üstü	31	2,65	0,66			
Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	A-160 cm ve altı	73	2,12	0,69	1,09	0,353	
	B-161-170 cm	150	2,31	0,77			
	C-171-180 cm	96	2,23	0,85			
	D-181cm ve üstü	31	2,18	0,92			

Tablo 24'te spor yapmayan katılımcıların yeme farkındalığı puanlarının boy gruplarına göre karşılaştırılmasına ait tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına yer verilmiştir. Spor yapmayan katılımcıların yeme kontrolsüzlüğü (F=4,96; p<0,05) ve enterferans (dış etmenlerden etkilenme) (F=4,00; p<0,05) alt boyut puanlarının boy gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre;

- 161-180cm boy uzunluğuna sahip spor yapmayan katılımcıların yeme kontrolsüzlüğü puanları, 160cm ve altı ve 181cm ve üstü spor yapmayan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.



- 160cm ve altı, 161-170cm ve 181cm ve üstü boy uzunluğuna sahip spor yapmayan katılımcıların enterferans (dış etmenlerden etkilenme) puanları, 171-180cm boy uzunluğuna sahip spor yapmayan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Spor yapmayan katılımcıların düşünmeden yeme, duygusal yeme, farkındalık, yeme disiplini, bilinçli beslenme alt boyutları ve yeme farkındalığı ölçek puanlarının boy gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir.

Tablo 24.

*Spor Yapmayan Katılımcıların Yeme Farkındalığı Puanlarının Boy Gruplarına Göre Karşılaştırılması*

Alt Boyutlar	Boy	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
<b>YEME FARKINDALIĞI</b>	A-160 cm ve altı	9	3,25	0,50	1,95	0,132	
	B-161-170 cm	25	3,35	0,36			
	C-171-180 cm	17	3,54	0,47			
	D-181cm ve üstü	9	3,16	0,35			
Düşünmeden Yeme	A-160 cm ve altı	9	2,96	0,96	2,19	0,099	
	B-161-170 cm	25	2,48	0,82			
	C-171-180 cm	17	2,27	0,70			
	D-181cm ve üstü	9	2,87	0,39			
Duygusal Yeme	A-160 cm ve altı	9	2,71	1,43	1,42	0,246	
	B-161-170 cm	25	2,35	1,05			
	C-171-180 cm	17	1,87	0,95			
	D-181cm ve üstü	9	2,47	0,98			
Yeme Kontrolsüzlüğü	A-160 cm ve altı	9	3,36	0,36	4,96	<b>0,004</b>	<b>B,C&gt;A,D</b>
	B-161-170 cm	25	3,87	0,54			
	C-171-180 cm	17	3,97	0,38			
	D-181cm ve üstü	9	3,44	0,54			
Farkındalık	A-160 cm ve altı	9	3,64	0,48	0,80	0,501	
	B-161-170 cm	25	3,23	0,74			
	C-171-180 cm	17	3,27	0,93			
	D-181cm ve üstü	9	3,51	0,84			
Yeme Disiplini	A-160 cm ve altı	9	3,19	0,67	1,56	0,210	
	B-161-170 cm	25	2,65	0,70			
	C-171-180 cm	17	2,91	0,83			
	D-181cm ve üstü	9	2,67	0,43			
Bilinçli Beslenme	A-160 cm ve altı	9	2,71	0,67	1,50	0,225	
	B-161-170 cm	25	2,79	0,63			
	C-171-180 cm	17	2,69	0,59			
	D-181cm ve üstü	9	2,29	0,55			
Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	A-160 cm ve altı	9	2,67	0,87	4,00	<b>0,012</b>	<b>A,B,D&gt;C</b>
	B-161-170 cm	25	2,36	1,05			
	C-171-180 cm	17	1,71	0,61			
	D-181cm ve üstü	9	2,72	0,62			

Tablo 25'te spor yapan katılımcıların yeme farkındalığı puanlarının beden kitle indeksine göre karşılaştırılmasına ait tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına yer verilmiştir. Spor yapan katılımcıların düşünmeden yeme ( $F=4,82$ ;  $p<0,05$ ), duygusal

yeme ( $F=6,53$ ;  $p<0,05$ ), yeme kontrolsüzlüğü ( $F=4,15$ ;  $p<0,05$ ), yeme disiplini ( $F=2,47$ ;  $p<0,05$ ) alt boyut puanları ve YFÖ-30 ( $F=6,57$ ;  $p<0,05$ ) puanlarının BKİ'ye göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre;

- Spor yapan obez (2. sınıf) katılımcıların düşünmeden yeme puanları, zayıf, normal, fazla kilolu ve obez (2. sınıf) katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Obez (1. sınıf) katılımcıların düşünmeden yeme puanları, spor yapan zayıf ve normal katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Spor yapan obez (2. sınıf) katılımcıların duygusal yeme puanları, spor yapan zayıf, normal ve fazla kilolu katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Spor yapan normal, fazla kilolu, obez (1. sınıf) katılımcıların duygusal yeme puanları, spor yapan zayıf katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Spor yapan normal ve fazla kilolu katılımcıların yeme kontrolsüzlüğü puanları, spor yapan obez (1. sınıf) ve obez (2. sınıf) katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Spor yapan normal ve fazla kilolu katılımcıların yeme disiplini puanları, spor yapan obez (1. sınıf) ve obez (2. sınıf) katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Spor yapan zayıf, normal ve fazla kilolu katılımcıların yeme farkındalığı ölçeği puanları, spor yapan obez (2. sınıf) katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Spor yapan katılımcıların farkındalık, bilinçli beslenme ve enterferans alt boyut puanlarının beden kitle indeksine göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir.

Tablo 25.

*Spor Yapan Katılımcıların Yeme Farkındalığı Puanlarının Beden Kitle İndeksine Göre Karşılaştırılması*

Alt Boyutlar	Beden Kitle İndeksi	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
<b>YEME FARKINDALIĞI</b>	A-Zayıf	16	3,57	0,41	6,57	<b>0,000</b>	<b>A,B,C&gt;E</b>
	B-Normal	33	3,57	0,42			
	C-Fazla kilolu	136	3,48	0,51			
	D-Obez (1. Sınıf)	129	3,39	0,50			
	E-Obez (2. Sınıf)	36	3,06	0,45			
Düşünmeden Yeme	A-Zayıf	16	2,24	0,68	4,82	<b>0,001</b>	<b>E&gt;A,B,C,D D&gt;A,B</b>
	B-Normal	33	2,37	0,68			
	C-Fazla kilolu	136	2,55	0,87			
	D-Obez (1. Sınıf)	129	2,70	0,85			
	E-Obez (2. Sınıf)	36	3,08	0,85			
Duygusal Yeme	A-Zayıf	16	1,78	0,66	6,53	<b>0,000</b>	<b>E&gt;A,B,C,D B,C,D&gt;A</b>
	B-Normal	33	2,48	1,04			
	C-Fazla kilolu	136	2,49	1,07			
	D-Obez (1. Sınıf)	129	2,37	1,08			
	E-Obez (2. Sınıf)	36	3,21	0,98			
Yeme Kontrolsüzlüğü	A-Zayıf	16	3,66	0,69	4,15	<b>0,003</b>	<b>B,C&gt;D,E</b>
	B-Normal	33	3,83	0,48			
	C-Fazla kilolu	136	3,61	0,62			
	D-Obez (1. Sınıf)	129	3,43	0,69			
	E-Obez (2. Sınıf)	36	3,31	0,72			
Farkındalık	A-Zayıf	16	3,78	0,57	2,16	0,073	
	B-Normal	33	3,57	0,79			
	C-Fazla kilolu	136	3,84	0,76			
	D-Obez (1. Sınıf)	129	3,63	0,73			
	E-Obez (2. Sınıf)	36	3,53	0,89			
Yeme Disiplini	A-Zayıf	16	2,97	0,94	2,47	<b>0,045</b>	<b>B,C&gt;D,E</b>
	B-Normal	33	3,42	0,86			
	C-Fazla kilolu	136	3,36	0,85			
	D-Obez (1. Sınıf)	129	3,15	0,82			
	E-Obez (2. Sınıf)	36	3,01	0,76			
Bilinçli Beslenme	A-Zayıf	16	2,45	0,67	1,56	0,183	
	B-Normal	33	2,77	0,63			
	C-Fazla kilolu	136	2,86	0,66			
	D-Obez (1. Sınıf)	129	2,80	0,61			
	E-Obez (2. Sınıf)	36	2,82	0,62			
Enterferans (Dış Etkilerden Etkilenme)	A-Zayıf	16	2,28	0,55	1,29	0,272	
	B-Normal	33	2,21	0,66			
	C-Fazla kilolu	136	2,18	0,82			
	D-Obez (1. Sınıf)	129	2,22	0,83			
	E-Obez (2. Sınıf)	36	2,51	0,73			

Tablo 26’da spor yapmayan katılımcıların yeme farkındalığı puanlarının beden kitle indeksine göre karşılaştırılmasına ait tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına yer verilmiştir. Spor yapmayan katılımcıların yeme farkındalığı ölçek ve alt boyut puanlarının beden kitle indeksine göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir.

Tablo 26.

*Spor Yapmayan Katılımcıların Yeme Farkındalığı Puanlarının Beden Kitle İndeksine Göre Karşılaştırılması*

Alt Boyutlar	Beden Kitle İndeksi	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
YEME FARKINDALIĞI	C-Fazla kilolu	37	3,33	0,32	1,80	0,174	
	D-Obez (1. Sınıf)	17	3,50	0,55			
	E-Obez (2. Sınıf)	6	3,14	0,55			
Düşünmeden Yeme	C-Fazla kilolu	37	2,68	0,75	1,38	0,259	
	D-Obez (1. Sınıf)	17	2,32	0,82			
	E-Obez (2. Sınıf)	6	2,40	0,86			
Duygusal Yeme	C-Fazla kilolu	37	2,37	1,07	1,42	0,250	
	D-Obez (1. Sınıf)	17	1,95	0,90			
	E-Obez (2. Sınıf)	6	2,73	1,59			
Yeme Kontrolsüzlüğü	C-Fazla kilolu	37	3,81	0,52	0,60	0,552	
	D-Obez (1. Sınıf)	17	3,71	0,50			
	E-Obez (2. Sınıf)	6	3,58	0,66			
Farkındalık	C-Fazla kilolu	37	3,36	0,67	0,35	0,703	
	D-Obez (1. Sınıf)	17	3,41	0,98			
	E-Obez (2. Sınıf)	6	3,10	0,90			
Yeme Disiplini	C-Fazla kilolu	37	2,75	0,65	1,13	0,331	
	D-Obez (1. Sınıf)	17	3,01	0,79			
	E-Obez (2. Sınıf)	6	2,58	0,92			
Bilinçli Beslenme	C-Fazla kilolu	37	2,76	0,67	1,03	0,364	
	D-Obez (1. Sınıf)	17	2,60	0,55			
	E-Obez (2. Sınıf)	6	2,40	0,52			
Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	C-Fazla kilolu	37	2,34	0,99	0,72	0,489	
	D-Obez (1. Sınıf)	17	2,06	0,79			
	E-Obez (2. Sınıf)	6	2,50	0,89			

Tablo 27’de spor yapan katılımcıların yeme farkındalığı puanlarının meslek gruplarına göre karşılaştırılmasına ait tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına yer verilmiştir. Spor yapan katılımcıların düşünmeden yeme ( $F=4,37$ ;  $p<0,05$ ), yeme kontrolsüzlüğü ( $F=3,31$ ;  $p<0,05$ ), yeme disiplini ( $F=6,88$ ;  $p<0,05$ ), enterferans (dış etmenlerden etkilenme) ( $F=4,08$ ;  $p<0,05$ ) alt boyut puanları ve yeme farkındalığı ölçeği ( $F=6,28$ ;  $p<0,05$ ) puanlarının meslek gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre;

- Spor yapan memur, işçi, serbest meslek sahibi ve çalışmayan (emekli, ev hanımı, öğrenci) katılımcıların düşünmeden yeme puanları, spor yapan sağlık personeli olan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Spor yapan sağlık personelinin yeme kontrolsüzlüğü puanları, spor yapan memur, işçi, serbest meslek sahibi ve çalışmayan (emekli, ev hanımı, öğrenci) katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Spor yapan sağlık personeli, memur ve işçi katılımcıların yeme disiplini puanları, spor yapan serbest meslek sahibi ve çalışmayan (emekli, ev hanımı, ğrenci) katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Spor yapan serbest meslek sahibi ve çalışmayan (emekli, ev hanımı, ğrenci) katılımcıların enterferans (dış etmenlerden etkilenme) puanları, spor yapan sağlık personeli ve memur katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Spor yapan sağlık personeli, memur ve işçi katılımcıların yeme farkındalığı leği puanları, spor yapan serbest meslek sahibi ve çalışmayan (emekli, ev hanımı, ğrenci) katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Spor yapan katılımcıların duygusal yeme, farkındalık ve bilinçli beslenme alt boyut puanlarının meslek gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir.

Tablo 27.

*Spor Yapan Katılımcıların Yeme Farkındalığı Puanlarının Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması*

Alt Boyutlar	Meslek	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
<b>YEME FARKINDALIĞI</b>	A-Sağlık personeli	84	3,57	0,53	6,28	<b>0,000</b>	<b>A,B,C&gt;D,E</b>
	B-Memur	120	3,47	0,49			
	C-İşçi	33	3,45	0,44			
	D-Serbest meslek	58	3,26	0,49			
	E-Çalışmıyor	55	3,21	0,43			
Düşünmeden Yeme	A-Sağlık personeli	84	2,34	0,82	4,37	<b>0,002</b>	<b>B,C,D,E&gt;A</b>
	B-Memur	120	2,64	0,83			
	C-İşçi	33	2,58	0,80			
	D-Serbest meslek	58	2,83	0,95			
	E-Çalışmıyor	55	2,86	0,80			
Duygusal Yeme	A-Sağlık personeli	84	2,41	1,07	2,13	<b>0,077</b>	
	B-Memur	120	2,38	1,03			
	C-İşçi	33	2,24	1,00			
	D-Serbest meslek	58	2,72	1,14			
	E-Çalışmıyor	55	2,72	1,13			
Yeme Kontrolsüzlüğü	A-Sağlık personeli	84	3,74	0,60	3,31	<b>0,011</b>	<b>A&gt;B,C,D,E</b>
	B-Memur	120	3,49	0,61			
	C-İşçi	33	3,32	0,67			
	D-Serbest meslek	58	3,50	0,66			
	E-Çalışmıyor	55	3,49	0,79			
Farkındalık	A-Sağlık personeli	84	3,73	0,77	0,43	<b>0,789</b>	
	B-Memur	120	3,75	0,74			
	C-İşçi	33	3,67	0,68			
	D-Serbest meslek	58	3,68	0,85			
	E-Çalışmıyor	55	3,60	0,78			
Yeme Disiplini	A-Sağlık personeli	84	3,54	0,85	6,88	<b>0,000</b>	<b>A,B,C&gt;D,E</b>
	B-Memur	120	3,29	0,80			
	C-İşçi	33	3,28	0,77			
	D-Serbest meslek	58	3,01	0,82			
	E-Çalışmıyor	55	2,87	0,80			
Bilinçli Beslenme	A-Sağlık personeli	84	2,83	0,60	2,06	<b>0,085</b>	
	B-Memur	120	2,83	0,64			
	C-İşçi	33	3,04	0,69			
	D-Serbest meslek	58	2,74	0,62			
	E-Çalışmıyor	55	2,66	0,65			
Enterferans (Dış Etmenlerden Etkilenme)	A-Sağlık personeli	84	2,05	0,79	4,08	<b>0,003</b>	<b>D,E&gt;A,B</b>
	B-Memur	120	2,17	0,73			
	C-İşçi	33	2,27	0,98			
	D-Serbest meslek	58	2,34	0,82			
	E-Çalışmıyor	55	2,55	0,68			

Tablo 28’de spor yapmayan katılımcıların yeme farkındalığı puanlarının meslek gruplarına göre karşılaştırılmasına ait tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına yer verilmiştir. Spor yapmayan katılımcıların yeme farkındalığı ölçek ve alt boyut

puanlarının meslek gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir.

Tablo 28.

*Spor Yapmayan Katılımcıların Yeme Farkındalığı Puanlarının Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması*

Alt Boyutlar	Meslek	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
<b>YEME FARKINDALIĞI</b>	A-Sağlık personeli	6	3,32	0,47	0,05	0,984	
	B-Memur	26	3,36	0,52			
	D-Serbest meslek	16	3,39	0,32			
	E-Çalışmıyor	12	3,34	0,33			
Düşünmeden Yeme	A-Sağlık personeli	6	2,43	0,89	0,07	0,974	
	B-Memur	26	2,53	0,84			
	D-Serbest meslek	16	2,60	0,62			
	E-Çalışmıyor	12	2,58	0,91			
Duygusal Yeme	A-Sağlık personeli	6	2,17	1,40	0,19	0,900	
	B-Memur	26	2,35	1,22			
	D-Serbest meslek	16	2,38	0,91			
	E-Çalışmıyor	12	2,10	0,94			
Yeme Kontrolsüzlüğü	A-Sağlık personeli	6	3,88	0,41	0,30	0,822	
	B-Memur	26	3,79	0,49			
	D-Serbest meslek	16	3,75	0,51			
	E-Çalışmıyor	12	3,65	0,69			
Farkındalık	A-Sağlık personeli	6	3,00	0,51	1,57	0,208	
	B-Memur	26	3,45	0,81			
	D-Serbest meslek	16	3,54	0,68			
	E-Çalışmıyor	12	3,03	0,88			
Yeme Disiplini	A-Sağlık personeli	6	2,75	0,84	1,11	0,352	
	B-Memur	26	2,95	0,73			
	D-Serbest meslek	16	2,83	0,55			
	E-Çalışmıyor	12	2,50	0,80			
Bilinçli Beslenme	A-Sağlık personeli	6	2,53	0,78	0,40	0,752	
	B-Memur	26	2,62	0,65			
	D-Serbest meslek	16	2,80	0,66			
	E-Çalışmıyor	12	2,72	0,45			
Enterferans (Dış Etkilerden Etkilenme)	A-Sağlık personeli	6	2,25	1,08	0,86	0,466	
	B-Memur	26	2,33	0,93			
	D-Serbest meslek	16	2,47	0,96			
	E-Çalışmıyor	12	1,92	0,79			

#### 4.4.Değişkenler Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Tablo 29’da spor yapan katılımcıların yaş, boy, kilo, ORTO-15 ve yeme farkındalığı değişkenleri arasındaki ilişkiyi gösteren Pearson korelasyon analizi

sonuçlarına yer verilmiştir. Spor yapan katılımcıların ORTO-15 puanlarıyla YFÖ-30 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $r=0$ ;  $p>0,05$ ).

Spor yapan katılımcıların yaşı ile besin seçimi ve yeme tutumu arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir ( $r=0,22$ ;  $p<0,05$ ). Spor yapan katılımcıların yaşı ilerledikçe besin seçimi ve yeme tutumu puanları da artmaktadır.

Spor yapan katılımcıların boyu ile yeme kontrolsüzlüğü arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir ( $r=-0,19$ ;  $p<0,05$ ). Boyu uzun olan spor yapan katılımcıların yeme kontrolsüzlüğü düşük düzeydedir.

Spor yapan katılımcıların kilosu ile düşünmeden yeme arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir ( $r=0,17$ ;  $p<0,05$ ). Kilosu fazla olan spor yapan katılımcıların düşünmeden yeme davranışları daha fazladır. Spor yapan katılımcıların kilosu ile yeme kontrolsüzlüğü ( $r=-0,22$ ;  $p<0,05$ ) ve yeme farkındalığı ( $r=-0,15$ ;  $p<0,05$ ) arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Kilosu fazla olan spor yapan katılımcıların yeme kontrolsüzlüğü ve yeme farkındalığı düşük düzeydedir.

Spor yapan katılımcıların sağlıklı beslenmeye ilişkin endişeler ile farkındalık ( $r=-0,24$ ;  $p<0,05$ ) ve yeme disiplini ( $r=-0,35$ ;  $p<0,05$ ) arasında negatif yönlü; sağlıklı beslenmeye ilişkin endişeler ile bilinçli beslenme ( $r=0,15$ ;  $p<0,05$ ) arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Sağlıklı beslenmeye ilişkin endişeleri yüksek olan spor yapan katılımcıların farkındalığı ve yeme disiplini düşük düzeyde; bilinçli beslenmesi yüksek düzeydedir.

Spor yapan katılımcıların besin seçimi ve yeme tutumu puanları ile düşünmeden yeme ( $r=-0,24$ ;  $p<0,05$ ), duygusal yeme ( $r=-0,22$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Besin seçimi ve yeme tutumu davranış puanları ile yeme farkındalığı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki ( $r=0,23$ ;  $p<0,05$ ) tespit edilmiştir. Besin seçimi ve yeme tutumu davranış puanı yüksek olan spor yapan katılımcıların düşünmeden yeme ve duygusal yeme davranışları düşük düzeyde; yeme farkındalığı yüksek düzeydedir.

Spor yapan katılımcıların besin seçimi ve değeri puanları ile düşünmeden yeme ( $r=0,11$ ;  $p<0,05$ ) ve enterferans (dış etmenlerden etkilenme) ( $r=0,13$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Besin seçimi ve değeri puanları ile yeme disiplini ( $r=-0,20$ ;  $p<0,05$ ), bilinçli beslenme ( $r=-0,25$ ;  $p<0,05$ ), yeme farkındalığı ( $r=-0,12$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Besin seçimi ve değeri puanı yüksek olan spor yapan katılımcıların



düşünmeden yeme ve enterferans (dış etmenlerden etkilenme) düzeyi yüksek; yeme disiplini ve yeme farkındalığı düşük düzeydedir.

Spor yapan katılımcıların ORTO-15 ölçeği puanları ile duygusal yeme ( $r=-0,16$ ;  $p<0,05$ ), yeme disiplini ( $r=-0,15$ ;  $p<0,05$ ) ve bilinçli beslenme ( $r=-0,31$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. ORTO-15 puanı yüksek olan spor yapan katılımcıların duygusal yeme, yeme disiplini ve bilinçli beslenme puanları düşük düzeydedir.



Tablo 29.

*Spor Yapan Katılımcılarda Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları*

Değişkenler	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1.Yaş	-0,07	0,22**	- 0,04	0,22**	-0,06	0,05	-0,09	-0,08	-0,13	0,02	0,12	-0,03	-0,07	0,10
2.Boy	1	0,48**	0,13	0,04	0,04	0,09	0,04	-0,13	- 0,19**	0,02	0,03	-0,08	0,03	0,01
3.Kilo		1	- 0,01	0,01	0,03	0,01	0,17**	0,01	- 0,22**	- 0,06	-0,09	0,00	0,07	- 0,15**
<b>ORTO-15 alt boyutları:</b>														
4. Sağlıklı Beslenmeyle İlgili Endişeler			1	0,33**	0,45**	0,81**	0,06	-0,09	-0,04	- 0,06	- 0,24**	- 0,35**	0,15**	-0,09
5. Besin Seçimi ve Yeme Tutumu				1	0,25**	0,69**	- 0,24**	- 0,22**	0,01	0,07	0,12*	-0,08	-0,11	0,23**
6. Besin Seçimi ve Değeri					1	0,75**	0,11*	-0,04	-0,03	- 0,02	- 0,20**	- 0,25**	0,13*	-0,12*
7. ORTO-15						1	-0,03	- 0,16**	-0,03	- 0,01	- 0,15**	- 0,31**	0,08	0,00
<b>YFÖ-30 alt boyutları:</b>														
8. Düşünmeden Yeme							1	0,62**	-0,4**	0,08	- 0,29**	- 0,17**	0,46**	- 0,79**
9. Duygusal Yeme								1	- 0,27**	0,07	- 0,15**	0,00	0,40**	- 0,74**
10. Yeme Kontrolsüzlüğü									1	- 0,10	0,06	-0,02	- 0,23**	0,43**
11. Farkındalık										1	0,47**	0,13*	0,06	0,26**
12. Yeme Disiplini											1	0,29**	- 0,25**	0,60**
13. Bilinçli Beslenme												1	- 0,19**	0,24**
14. Enterferans (Dış Etkilerden Etkilenme)													1	- 0,53**
15. YEME FARKINDALIĞI														1**

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

Tablo 30'da spor yapmayan katılımcıların yaş, boy, kilo, ORTO-15 ve yeme farkındalığı değişkenleri arasındaki ilişkiyi gösteren Pearson korelasyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Spor yapmayan katılımcıların ORTO-15 puanlarıyla YFÖ-30 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $r=0,02$ ;  $p>0,05$ ).

Spor yapmayan katılımcıların yaşı ile düşünmeden yeme davranışları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir ( $r=-0,30$ ;  $p<0,05$ ). Spor yapmayan katılımcıların yaşı ilerledikçe düşünmeden yeme davranışı puanları azalmaktadır.

Spor yapmayan katılımcıların boyu ile ortoreksiya nervoza belirtileri ölçeği (ORTO-15) ve yeme farkındalığı ölçek ve alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir.

Spor yapmayan katılımcıların kilosu ile bilinçli beslenme ( $r=-0,15$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Kilosu fazla olan spor yapmayan katılımcıların bilinçli beslenme tutumu düşük düzeydedir.

Spor yapmayan katılımcıların sağlıklı beslenmeye ilişkin endişeler puanları ile farkındalık ( $r=0,31$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Sağlıklı beslenmeye ilişkin endişeleri yüksek olan spor yapmayan katılımcıların farkındalığı yüksek düzeydedir.

Spor yapmayan katılımcıların besin seçimi ve yeme tutumu puanları ile farkındalık ( $r=0,25$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Besin seçimi ve yeme tutumu davranış puanı yüksek olan spor yapmayan katılımcıların düşünmeden yeme farkındalığı yüksek düzeydedir.

Spor yapmayan katılımcıların besin seçimi ve değeri puanları ile düşünmeden yeme ( $r=0,26$ ;  $p<0,05$ ), farkındalık ( $r=0,40$ ;  $p<0,05$ ) ve enterferans (dış etmenlerden etkilenme) ( $r=0,30$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Besin seçimi ve değeri puanları ile yeme kontrolsüzlüğü ( $r=-0,25$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Besin seçimi ve değeri puanı yüksek olan spor yapmayan katılımcıların düşünmeden yeme, farkındalık ve enterferans (dış etmenlerden etkilenme) düzeyi yüksek; yeme kontrolsüzlüğü düşük düzeydedir.

Spor yapmayan katılımcıların ORTO-15 ölçeği puanları ile farkındalık ( $r=0,39$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. ORTO-15 puanı yüksek olan spor yapmayan katılımcıların farkındalık puanları yüksek düzeydedir.

Tablo 30.

*Spor Yapmayan Katılımcılarda Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları*

<b>Değişkenler</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>
1.Yaş	-0,10	0,28*	0,04	0,03	-0,13	-0,03	-0,30*	-0,07	0,05	-0,11	0,03	0,07	-0,12	0,12
2.Boy	1	0,57**	0,00	0,12	-0,05	0,03	-0,10	-0,17	0,07	-0,07	-0,06	-0,17	-0,13	0,05
3.Kilo		1	0,03	0,19	-0,18	0,01	-0,11	0,06	-0,06	-0,09	-0,08	-0,26*	-0,02	-0,12
<b>ORTO-15 alt boyutları:</b>														
4. Sağlıklı Beslenmeyle İlgili Endişeler			1	0,47**	0,68**	0,85**	0,19	0,02	-0,16	0,31*	0,04	-0,14	0,18	-0,02
5. Besin Seçimi ve Yeme Tutumu				1	0,52**	0,78**	-0,01	-0,04	0,00	0,25*	0,11	-0,14	0,09	0,10
6. Besin Seçimi ve Değeri					1	0,88**	0,26*	0,05	-0,23*	0,40**	0,21	-0,09	0,30*	-0,01
<b>7. ORTO-15</b>						1	0,18	0,02	-0,16	0,39**	0,15	-0,14	0,23	0,02
<b>YFÖ-30 alt boyutları:</b>														
8. Düşünmeden Yeme							1	0,71**	-0,58**	0,32*	-0,02	-0,05	0,62**	-0,72**
9. Duygusal Yeme								1	-0,48**	0,23	0,00	0,10	0,51**	-0,80**
10. Yeme Kontrolsüzlüğü									1	-0,32*	-0,31*	0,07	-0,44**	0,46**
11. Farkındalık										1	0,35**	-0,11	0,37**	0,09
12. Yeme Disiplini											1	0,34**	-0,01	0,40**
13. Bilinçli Beslenme												1	-0,10	0,17
14. Enterferans (Dış Etkilenme)													1	-0,56**
<b>15. YEME FARKINDALIĞI</b>														1

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

## BÖLÜM V

### 5.TARTIŞMA VE YORUM

Bu çalışmanın amacı spor salonunda spor yapan bireylerde Ortoreksiya Nervoza ve Yeme Farkındalığı ilişkisini incelemek; spor yapan ve yapmayan bireylerde bu ilişkiyi irdelemektir. Bireylerin Ortoreksiya Nervoza ve Yeme Farkındalığı belirtileri 2019 yılı ilkbahar döneminde, çeşitli değişkenler (cinsiyet, yaş, boy, kilo, BKİ, meslek) açısından incelenmiştir. Mevsimsel değişkenler sonucu etkileyebilir.

#### 5.1. Ortoreksiya Nervoza

Bu araştırmaya katılan spor salonunda spor yapan 350 katılımcının %66,3'ü kadın, %33,7'si erkektir. Spor yapan katılımcılarının ORTO-15 ölçeği puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Spor yapan erkek katılımcıların ORTO-15 ölçek skorları, spor yapan kadın katılımcıların skorlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Kadınların ortoreksiya eğilimi erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır. Ortoreksiya Nervoza eğiliminin cinsiyetle ilişkisi hakkında farklı sonuçlar yer almaktadır. Bizim çalışmamızı destekleyici çalışmalarda (Fidan, 2010; Koven, 2015; Sanlier, 2016) kadınlarda Ortoreksiya Nervoza belirtilerinin daha yüksek görüldüğüne ulaşılmıştır. Sanlier'in çalışmasında ortoreksiya eğiliminin kadınlarda erkeklerden 2,5 kat fazla görüldüğü saptanmıştır (Sanlier, 2016). Arusoğlu'nun Orto-15 Türkçeye uyarlama çalışma sonuçlarına göre erkeklerin ortoreksiya belirtilerinin kadınlardan düşük olduğuna ulaşılmıştır (Arusoğlu, 2006). Ancak bu duruma ters düşen, Ortoreksiya Nervoza belirtilerinin erkeklerde daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (Donini, 2004; Fidan, 2010; Tatlıses, 2016). Fidan ve ark'nın çalışmasında da erkek öğrencilerde ON eğilimi istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Fidan ve ark, 2010). Varga'nın bir çalışmasındaysa ON ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Varga, 2013).

Araştırmamızda spor yapan katılımcıların ORTO-15 alt boyutlarından besin seçimi ve yeme tutumu ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $F=4,86$ ;  $p<0,05$ ). Spor yapan 46 yaş ve üstü katılımcıların besin seçimi ve yeme tutumu davranış puanları, spor yapan 45 yaş ve altı yaş grubu katılımcıların puanlarına göre daha yüksektir. Ancak spor yapan katılımcıların ORTO-15 alt boyutlarından sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler, besin seçimi ve değeri ile

ORTO-15 ölçeği puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) saptanmıştır. Arusoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında yaşın ortoreksiya belirtileri üzerinde etkisi olmadığı saptanmıştır (Arusoğlu, 2008). Tatlıses'in çalışmasında da spor yapan ve spor yapmayan kişilerde ortoreksiya nervoza ve yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye ulaşılamamıştır (Tatlıses, 2016). Ergin'in çalışmasında yaş gruplarına göre Orto-11 ve YTT skorları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmemiştir (Ergin, 2014). Bu konu üzerine yapılan diğer araştırmalar ORTO-15 puanı ile yaş arasında pozitif ilişki görüldüğünü, ilerleyen yaşın ortorektik eğilimlerin artmasında etkili olabileceği bildirilmektedir (Donini, 2004; Bağcı Bosi, 2007; Fidan, 2010; Acar Tek, 2016). Varga'nın çalışmasındaysa ON ve yaş arasında anlamlı ancak güçlü olmayan bir ilişki belirlenmiştir (Varga, 2013). Yaş ve ortoreksiya arasındaki pozitif yönlü ilişkinin nedenlerinden biri ilerleyen yaşla beraber sağlık kıymetini anlamak, sağlığı korumak için bilinçli hareket etmek olabilir.

Bu çalışmada spor yapan katılımcıların ORTO-15 alt boyutlarından sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler puanlarıyla BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Zayıf olan spor yapan katılımcıların ORTO-15 alt boyutlarından sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler puanları, normal, fazla kilolu ve obez sınıfa ait spor yapan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Spor yapan katılımcıların besin seçimi ve yeme tutumu, besin seçimi ve değeri alt boyutları ve ORTO-15 ölçeği puanlarının BKİ'ye göre anlamlı bir ilişki göstermediği ( $p>0,05$ ) bulunmuştur. Bizim çalışmamızı destekleyici ORTO-15 puanı ve BKİ değerleri arasında herhangi bir ilişki olmadığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (Arusoğlu, 2008; Sanlier, 2016; Segura-Garcia, Ramacciotti, Rania, Aloï, Caroleo, Bruni, 2014; Ergin, 2014). Fidan'ın araştırmasında BKİ'nin ortorektik belirtileri saptamada belirleyici olarak kullanılabileceği belirtilmiştir (Fidan ve ark, 2010; Sanlier, 2016). Bazı çalışmalarda BKİ değerleriyle ORTO-15 puanları arasında istatistiksel olarak negatif ilişki saptanmıştır (Asil, Sürücüoğlu, 2015; Fidan ve ark, 2010). Larsen çalışmasında yüksek BKİ'ye sahip kişilerde Ortoreksiya belirtilerinde artma gözlemlenmiştir, bunu da fazla kilolu kişilerin kilosunu dikkate almaması ancak sosyal olarak sağlıklı beslenmek zorunda hissetmelerinden dolayı olabileceğini belirtmiştir (Larsen, 2013).

Spor yapan sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler, besin seçimi ve değeri alt boyutları ve ORTO-15 ölçeği puanlarının meslek gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) belirlenmiştir. Ancak spor yapan katılımcıların ORTO-15 alt

boyutlarından besin seçimi ve tutumu puanlarının meslek gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $F=3,61$ ;  $p<0,05$ ). Spor yapan sağlık personeli, memur ve işçi katılımcıların besin seçimi ve tutumu davranış puanları, spor yapan serbest meslek sahibi katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Acar'ın sağlık profesyonelleriyle yürüttüğü çalışmasında ORTO-15 puanlarıyla meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır, ancak doktorların ortalama puanının diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Acar, 2016).

Ortoreksiya nervoza ile cinsiyet (Arusoğlu, 2008; Koven, 2015; Sanlier, 2016), eğitim düzeyi (Donini, 2004; Aksoydan, 2009), vücut ağırlığı (McInerney-Ernst, 2011) ve BKİ'nin (Fidan, Ertekin, Isikay, Kırpınar, 2010; Aksoydan, 2009; Stochel, 2013; Varga, 2014) ilişkili olduğu farklı çalışmalarda bildirilmektedir. Aksoydan ve Camcı'nın çalışmasında cinsiyet, yaş, eğitim durumu, iş deneyimi gibi demografik değişkenlere göre Orto-15 puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Aksoydan, Camci, 2009).

Arslantaş ve ark. duygusal yeme ve ortoreksiya çalışmasında duygusal yeme ölçeği ile ORTO-11 ölçeği anlamlı bir korelasyonel ilişki göstermemiştir ( $r=0,15$ ;  $p>0,240$ ) (Arslantaş, Dereboy, Yüksel, İnalkaç, 2019).

## 5.2. Yeme Farkındalığı

Çalışmamızda spor yapan katılımcıların YFÖ-30 alt boyutlarından duygusal yeme ( $t=4,63$ ;  $p<0,05$ ), yeme kontrolsüzlüğü ( $t=3,10$ ;  $p<0,05$ ) ve bilinçli beslenme ( $t=2,79$ ;  $p<0,05$ ) alt boyut puanlarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği belirlenmiştir. Spor yapan katılımcıların duygusal yeme, yeme kontrolsüzlüğü ve bilinçli beslenme davranış puanları, kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir. Bu durum kadınların erkeklere göre duygusal anlamda daha hassas olmalarından kaynaklanabilir. Spor yapan katılımcıların YFÖ-30 alt boyutlarından düşünmeden yeme, farkındalık, yeme disiplini, bilinçli beslenme, enterferans alt boyutları ve YFÖ-30 ölçek puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) saptanmıştır. Köse'nin öğrenciler üstünde yaptığı çalışmasında cinsiyetlerine göre YFÖ-30 puan ortalamaları incelendiğinde erkekler ve kadınların skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ) (Köse, 2017). Framson ve arkadaşlarının bir çalışmasında duygusal yeme alt faktörlerine göre kadınların puanları erkeklere göre daha düşük belirlenmiştir ( $p<0,01$ ) (Framson ve ark, 2009). Waller

kadınların duygusal yeme konusunda daha yüksek puanlar aldıklarını kaydetmiştir (Waller ve Matoba, 1999). Yeme nedenleri de erkek ve kadınlar arasında farklılık gösterir; erkekler sıklıkla çevresel nedenleri, bedensel duyuları ve açlığı nedeniyle yerken, kadınlar sosyal hayat, düşünce ve duyguları ve bilişleri yemeğe başlamanın nedeni olarak bildirmişlerdir (Tuomisto ve ark, 1998). Bu durum, kadınların duygu durumlarının çevrelerinden kolay etkilenebilir olmasından kaynaklanabilir.

Bu araştırmada spor yapan zayıf, normal ve fazla kilolu katılımcıların yeme farkındalığı ölçeği puanları, spor yapan obez (2. sınıf) katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular bize farkındalık sahibi bireylerin yemeğe bilinçli yaklaşarak doyduktan sonra yemediklerine, böylece fazla kiloda olmadıklarına dair ipucu verebilir.

Spor yapan katılımcıların YFÖ-30 alt boyutlarında farkındalık, bilinçli beslenme ve enterferans alt boyut puanlarının beden kitle indeksine göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir. Köse'nin öğrencilerle yaptığı çalışmada öğrencilerin kilosu ve BKİ'si artarken yeme farkındalığı puanlarının düştüğünü belirlemiştir (Köse, 2017). Framson ve arkadaşlarının çalışmasında da BKİ değeri yükseldikçe farkındalık puanı düşmektedir (Framson ve ark, 2009). Grinnell ve arkadaşlarının ölçeği kullanmadan yürüttükleri çalışmada BKİ değeri ile farkındalık arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır (Grinnell, Greene, Melanson, Blissmer, Lofgren, 2011). Yapılan araştırmalarda yeme farkındalığının düzensiz beslenme durumları ile düzensiz yeme davranışları arasındaki ilişkiyi azalttığı saptanmıştır. Ayrıca stresi kontrolü, kilo düzenlenmesi, obezite ve benzer yeme bozukluklarında yeme farkındalığı uygulamalarının etkili olduğu belirlenmiştir (Masuda, Price, Latzman, 2012; Lyzwinski, Caffery, Bambling, Edirippulige, 2017). Yeme farkındalığı, problemlili yeme davranışlarını ve bireyin besin alımını düzenlemede sorunları çözmeye etkilidir (Warren, Smith, Ashwell, 2017). Bu durum yeme farkındalığının düşük olduğu kişilerde obezitenin kaçınılmaz olduğunu destekleyicidir.

Bu çalışmada yaş arttıkça yeme farkındalığı puanları genel olarak artmaktadır. Sayın ve arkadaşlarının Tip-2 diyabetlilerle yürüttüğü çalışmada yeme farkındalığı puanlarının yaş ile ters orantılı olduğu görülmüştür. (Sayın, Kuşdemir, Büyüksütçü, Çetinkaya, Seyfi, Zeren, 2019). Bu çalışmada spor yapan katılımcıların YFÖ-30 alt boyutlarından yeme kontrolsüzlüğü puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Spor yapan 30 yaş altı katılımcıların yeme kontrolsüzlüğü skorları, spor yapan 30 yaş üstü katılımcılara göre daha yüksektir. Spor yapan



katılımcıların YFÖ-30 alt boyutlarından düşünmeden yeme, duygusal yeme, farkındalık, yeme disiplini, bilinçli beslenme, enterferans alt boyutları ve yeme farkındalığı ölçek puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir. Köse'nin çalışmasında yaş arttıkça YFÖ-30 puanları da artmaktadır ( $r=0.133$ ,  $p<0.05$ ). YFÖ-30 alt boyutlarına bakıldığında disinhibisyon, duygusal yeme, yeme disiplini, farkındalık ve enterferans puanlarıyla yaş arasında pozitif ilişki, yeme kontrolü ve odaklanma puanları arasında negatif ilişki belirlenmiştir (Köse, 2017). Framson ve arkadaşlarının çalışmasında da yaşla beraber farkındalık, disinhibisyon, duygusal cevap ve enterferans puanları da artmaktadır (Framson, Kristal, Schenk, Littman, Zeliadt, Benitez, 2009).

### 5.3. Spor Yapan-Yapmayanları (Kontrol-Deney Grubu) Karşılaştırma

Bu çalışmada spor yapıp yapmama durumunun ORTO-15 ortalamalarını etkilemediğine ulaşılmıştır. Bunu destekleyecek Dalmaz ve Tatlıses'in çalışmalarına göre spor yapanların ve yapmayanların ORTO-15 puan ortalaması birbirine çok yakındır (Dalmaz, 2014; Tatlıses, 2016). Özkahya'nın araştırmasında da fiziksel aktivite ve ortorektik belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Özkahya, 2015).

Çalışmamızda spor yapan katılımcıların yaşı ilerledikçe besin seçimi ve yeme tutumu puanları da artmaktadır; spor yapmayan katılımcıların yaşı ilerledikçe düşünmeden yeme davranışı puanları azalmaktadır. Bu çalışmada boyu uzun olan spor yapan katılımcıların yeme kontrolsüzlüğü düşük düzeydedir; spor yapmayan katılımcıların boyu ile ORTO-15 ve YFÖ-30 ölçek ve alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir. Kilosu fazla olan spor yapan katılımcıların düşünmeden yeme davranışları daha fazladır; yeme kontrolsüzlüğü ve yeme farkındalığı düşük düzeydedir. Kilosu fazla olan spor yapmayan katılımcıların bilinçli beslenme tutumu düşük düzeydedir. Spor yapan katılımcıların sağlıklı beslenmeye ilişkin endişeleri arttıkça farkındalığı ve yeme disiplini azalmakta; bilinçli beslenmesi artmaktadır. Spor yapmayan katılımcıların sağlıklı beslenmeye ilişkin endişeleri arttıkça farkındalığı da artmaktadır. Spor yapan katılımcıların besin seçimi ve yeme tutumu davranış puanı arttıkça düşünmeden yeme ve duygusal yeme davranışları azalmakta; yeme farkındalığı artmaktadır. Spor yapmayan katılımcıların besin seçimi ve yeme tutumu davranış puanı arttıkça düşünmeden yeme farkındalığı da artmaktadır. Spor yapan katılımcıların besin seçimi ve değeri puanı arttıkça düşünmeden yeme ve

enterferans düzeyi artmakta; yeme disiplini ve yeme farkındalığı azalmaktadır. Spor yapmayan katılımcıların besin seçimi ve değeri puanı arttıkça düşünmeden yeme, farkındalık ve enterferans düzeyi artmakta; yeme kontrolsüzlüğü azalmaktadır. ORTO-15 puanı yüksek olan (ortoreksik eğilimi az) spor yapan katılımcıların duygusal yeme, yeme disiplini ve bilinçli beslenme puanları düşük düzeydedir. ORTO-15 puanı yüksek olan spor yapmayan katılımcıların farkındalık puanları yüksek düzeydedir. Ortoreksiya nervoza belirtileri ölçeği (ORTO-15) ve alt boyut puanlarının spor yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir. Düşünmeden yeme, duygusal yeme, bilinçli beslenme, enterferans (dış etmenlerden etkilenme) alt boyutları ve yeme farkındalığı ölçek puanlarının spor yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) saptanmıştır. Spor yapmayan katılımcıların yeme kontrolsüzlüğü alt boyut puanları, spor yapan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu durum spor yapan bireylerin yemek yeme arzularını bilinçli şekilde yordayıp daha kontrollü hareket ettiklerini gösterebilir.

Spor yapan katılımcıların farkındalık ve yeme disiplini alt boyut puanları, spor yapmayan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu bilgiler ışığında spor yapan bireylerin daha yüksek farkındalık sahibi olduğu söylenebilir. Ergin'in çalışmasında düzenli fiziksel aktivite düzeylerine göre Orto-11 ( $p=1.000$ ) ve YTT ( $p=0.654$ ) puanları incelendiği zaman hiç sporla ilgilenmeyenlerle herhangi bir sporla uğraşanlar arasında önemli bir fark belirlenmemiştir. Segura-Garcia'nın kadın atletlerle yaptığı araştırmasında kadın atletlerin, hareketsiz fiziksel aktivite düzeyine sahip kontrol grubu kadınlarına göre daha sık diyet yaptıklarına ve daha yüksek ortorektik eğilime sahip olduklarına ulaşılmıştır (Segura-García ve ark, 2012). Dalmaz ve Tekdemir'in spor yapan ve yapmayan bireylerle yaptıkları çalışmada spor yapanların daha yüksek düzeyde ortorektik yatkınlıkta oldukları belirlenmiştir (Dalmaz M, Tekdemir, 2015). Bu bilgiler dahilinde spor yapanların yapmayanlara göre beslenmelerine daha çok önem verdikleri ve yedikleri besinleri irdelediklerine ulaşılabilir.

#### **5.4. ORTO-15 ve YFÖ-30 Korelasyon**

Bu çalışmada spor yapan katılımcıların Ortoreksiya Nervoza ölçeği (ORTO-15) alt boyutlarından sağlıklı beslenmeye ilişkin endişeler puanı arttıkça Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) alt boyutlarından farkındalık ve yeme disiplin puanları azalmaktadır.

ORTO-15 alt boyutlarından sağlıklı beslenmeye ilişkin endişeler arttıkça YFÖ-30 alt boyutlarından bilinçli beslenme puanları da artmaktadır. ORTO-15 alt boyutlarından sağlıklı beslenmeye ilişkin endişeleri yüksek olan spor yapan katılımcıların YFÖ-30 alt boyutlarından farkındalık ve yeme disiplini puanları düşük; bilinçli beslenmesi yüksek düzeydedir. Katılımcıların ORTO-15 alt boyutlarından besin seçimi ve yeme tutumu puanları arttıkça YFÖ-30 alt boyutlarından düşünmeden yeme, duygusal yeme skorları azalmaktadır. ORTO-15 alt boyutlarından besin seçimi ve yeme tutumu davranış puanları ile yeme farkındalığı arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır. ORTO-15 alt boyutlarından besin seçimi ve yeme tutumu davranış puanı yüksek olan spor yapan katılımcıların YFÖ-30 alt boyutlarından düşünmeden yeme ve duygusal yeme davranışları düşük; yeme farkındalığı yüksektir. ORTO-15 alt boyutlarından besin seçimi ve değeri puanı yüksek olan spor yapan katılımcıların YFÖ-30 alt boyutlarından düşünmeden yeme ve enterferans (dış etmenlerden etkilenme) düzeyi yüksek; yeme disiplini ve yeme farkındalığı düşük düzeydedir. ORTO-15 ölçeği puanları ile duygusal yeme, yeme disiplini ve bilinçli beslenme puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. ORTO-15 puanı yüksek olan spor yapan katılımcıların duygusal yeme, yeme disiplini ve bilinçli beslenme puanları düşük düzeydedir. Spor yapmayan katılımcıların YFÖ-30 alt boyutlarından farkındalık puanı arttıkça ortoreksik eğilimin azaldığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde ülkemizde Ortoreksiya Nervoza ve Yeme Farkındalığı ilişkisinin incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır; yeme farkındalığının yeme bozukluklarıyla ilişkisinin incelendiği çalışmalar mevcuttur.

Çalışmamız ilkbahar döneminde gerçekleştiğinden bireyler mevsimsel durumlardan etkilenmiş olabilir.

Duygusal Yeme Ölçeği geçerliğinin değerlendirildiği çalışmada, aynı alanda kullanılan Yeme Farkındalığı Ölçeği (Mindful Eater Questionnaire-MEQ) ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Arslantaş ve ark, 2019). Yeme farkındalığı ve Anoreksiya Nervoza üzerine yapılan çalışmalarda anoreksik bireylerde, çoklu modellenmiş yeme farkındalığı temelli terapiler etkili olmuştur; ancak kısa müdahalelerin anksiyeteyi daha çok tetikleyebileceği düşünülmektedir. Dunne tarafından Anoreksiya Nervoza tanısı alan hastalarda yeme farkındalığının, tedavinin bir parçası olarak kullanıldığında faydalı olacağı öne sürülmüştür (Dunne, 2017). Köse ve arkadaşlarının 318 yetişkin katılımcı ile yürüttükleri çalışmada, YFÖ-30 ölçek puanı ile yeme tutum testi puanlarının ters orantılı olduğu saptanmıştır (Köse ve ark, 2016). Bundan hareketle yeme farkındalığı yüksek olan kişilerde yeme bozukluğu oluşma ihtimalinin daha az olduğu ifade edebilir.

## BÖLÜM VI

### 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 6.1. Sonuç

Adana Mektebim Bilfen Sports Plaza’da spor salonunda spor yapan ve yapmayan 18 yaş üstü 350 kişide Yeme Farkındalığı ile Ortoreksiya Nervoza belirtileri arasında bir ilişki olup olmadığı ORTO-15 ve YFÖ-30 ölçeklerine göre değerlendirilmiş ve aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir;

- Spor yapan ve yapmayan katılımcıların Ortoreksiya Nervoza belirtileri orta düzeyde çıkmıştır. Ortoreksik belirtilerin spor yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir.
- Spor yapan gruba kesme noktası uygulanmıştır ve 1-2 puan arası(yüksek ortoreksik eğilim) 12 kişi saptanmıştır. 336 kişi orta, 2 kişi düşük düzeyde ortoreksik eğilim göstermektedir. Spor yapmayan grupta 1-2 arası puan alan 2 kişi yüksek, 2-3 arası puan alan 58 kişi orta düzeyde ortoreksik eğilim göstermektedir.
- Spor yapan erkek katılımcıların sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler ve ORTO-15 ölçek puanları, spor yapan kadın katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu durumda çalışmamıza göre kadınların ortoreksik eğilimleri erkeklere göre daha yüksektir.
- Spor yapan ve yapmayan katılımcıların yeme farkındalığı orta düzeydedir. Yeme farkındalığı düzeyi spor yapıp yapmamaya göre anlamlı bir fark göstermemektedir.
- ORTO-15 puanı yüksek olan (düşük ortoreksik eğilim) spor yapmayan katılımcıların farkındalık puanları yüksek düzeydedir.
- Spor yapan bireylerin ORTO-15 ve YFÖ-30 sonuçları birbirini etkilememektedirler. Ancak ölçeklerin alt puanları arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır.
- Spor yapmayan bireylerin ORTO-15 ve YFÖ-30 sonuçları birbirini etkilememektedirler.
- Spor yapmayan katılımcıların yeme kontrolsüzlüğü alt boyut puanları, spor yapan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Spor

yapan katılımcıların farkındalık ve yeme disiplini alt boyut puanları, spor yapmayan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Araştırmamıza katılan spor yapan bireyler Beden Kitle İndeksine göre %4,6'sı zayıf, %9,4'ü normal, %38,9'u fazla kilolu, %36,9'u obez (1. sınıf), %10,3'ü obez (2. sınıf) grubundadır. Yüzdeler olarak çalışmanın yapıldığı spor salonundan yararlanan bireylerin çoğu obezdir.
- Araştırmamıza katılan spor yapmayan bireyler Beden Kitle İndeksine göre %3,3'ü zayıf, %3,3'ü normal, %55,1'i fazla kilolu, %28,3'ü obez (1. sınıf), %10'u obez (2. sınıf) grubundadır.
- Spor yapan obez (2. sınıf) katılımcıların düşünmeden yeme puanları, zayıf, normal, fazla kilolu ve obez (2. sınıf) katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Obez (1. sınıf) katılımcıların düşünmeden yeme puanları, spor yapan zayıf ve normal katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Spor yapan obez (2. sınıf) katılımcıların duygusal yeme puanları, spor yapan zayıf, normal ve fazla kilolu katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Spor yapan normal, fazla kilolu, obez (1. sınıf) katılımcıların duygusal yeme puanları, spor yapan zayıf katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Spor yapan normal ve fazla kilolu katılımcıların yeme kontrolsüzlüğü puanları, spor yapan obez (1. sınıf) ve obez (2. sınıf) katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Spor yapan normal ve fazla kilolu katılımcıların yeme disiplini puanları, spor yapan obez (1. sınıf) ve obez (2. sınıf) katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Spor yapan zayıf, normal ve fazla kilolu katılımcıların yeme farkındalığı ölçeği puanları, spor yapan obez (2. sınıf) katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Spor yapan memur, işçi, serbest meslek sahibi ve çalışmayan (emekli, ev hanımı, öğrenci) katılımcıların düşünmeden yeme puanları, spor yapan sağlık personeli olan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Spor yapan sağlık personelinin yeme kontrolsüzlüğü puanları, spor yapan memur, işçi, serbest meslek sahibi ve çalışmayan (emekli, ev hanımı, öğrenci) katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Spor yapan sağlık personeli, memur ve işçi katılımcıların yeme disiplini puanları, spor yapan serbest meslek sahibi ve çalışmayan (emekli, ev hanımı, öğrenci) katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Spor yapan serbest meslek sahibi ve çalışmayan (emekli, ev hanımı, öğrenci) katılımcıların enterferans (dış etmenlerden etkilenme) puanları, spor yapan sağlık personeli ve memur katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Spor yapan sağlık personeli, memur ve işçi katılımcıların yeme farkındalığı ölçeği puanları, spor yapan serbest meslek sahibi ve çalışmayan (emekli, ev hanımı, öğrenci) katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Spor yapmayan katılımcıların yaşı ile düşünmeden yeme davranışları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir.
- Spor yapmayan katılımcıların kilosu arttıkça bilinçli beslenme puanları azalmaktadır.
- Spor yapmayan katılımcıların sağlıklı beslenmeye ilişkin endişeler puanları arttıkça farkındalık puanları artmaktadır.
- Spor yapmayan katılımcıların besin seçimi ve yeme tutumu puanları arttıkça farkındalık puanları da artmaktadır.
- Spor yapmayan katılımcıların besin seçimi ve değeri puanları arttıkça düşünmeden yeme, farkındalık ve enterferans (dış etmenlerden etkilenme) puanları artmaktadır. Besin seçimi ve değeri puanları arttıkça yeme kontrolsüzlüğü puanları azalmaktadır.

## 6.2. Öneriler

- Gerek Yeme Farkındalığı gerekse Ortoreksiya Nervoza belirtileri ile ilgili sonuçlar genellenmeden önce farklı mevsim veya dönemlerde yapılmış başka çalışmalara da ihtiyaç duyulmaktadır.
- Gelecek araştırmalarda spor yapan ve spor yapmayan kişilerin kendi bedenlerine ve yaşamlarına bakışlarını etkileyebilecek benlik saygısı ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişki ile Ortoreksiya Nervoza belirtileri incelenebilir.

- Katılımcılarda kadın erkek sayısı eşitlenerek, yaş ve BKİ aralıklarının homojen dağılımı sağlanarak, eşit sayıda kontrol ve deney grubuna uygulanabilir.
- Yeme farkındalığı ile sezgisel yeme, açlık arasındaki ilişki üzerine çalışmalar yapılabilir.
- Yeme farkındalığı ve sezgisel yeme kabiliyeti bireye neyi, ne kadar, nerede yemesi gerektiğine karar verme yeteneği kazandırarak ihtiyaç dahilinde beslenmeyi sağlayacağından, obez bireylere yeme farkındalığı ve sezgisel yeme yetisi kazandırma ağırlık kontrolünde iyi bir yol olabilir.
- Ortoreksiya Nervozanın literatürde henüz girmemesi, çok yeni bir kavram olması değerlendirilip önlemek için erken önlem alınabilir. Ortorektik eğilimleri nelerin tetiklediği hakkında çalışmalar yapılabilir.

## 7.KAYNAKÇA

- Acar Tek, N. (2016). Healthy eating concern in health professionals: Orthorexia Nervosa (On). *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 59-71.
- Afthinos, Y, Theodorakis, ND ve Nassis, P. (2005). Customers' expectations of service in Greek fitness centers gender, age, type of sport center, and motivation differences. *Managing Service Quality*,15(3), 245-258.
- Akgül, P. (2018). Özel bir hastanede çalışan personelin obezite önyargıları ve ortorektik davranışlarının değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Alberts, HJ, Mulkens S, Smeets M. (2010). Coping with food cravings: Investigating the potential of a mindfulness-based intervention. 55, 160–163, 2010.
- Allman, J.M. (2000). *Evolving brains Scientific American Publishing*, New York, NY.
- American Psychiatric Association (APA)(1994) Diagnostic and statistical manual for mental disorders (4th Ed.), Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Amman, M.T. (2005). *Kadın ve spor*. 64-89, İstanbul: Morpa Kültür Yayınları.
- Andreasson, J. ve Johansson, T. (2014). The fitness revolution. historical transformations in the global gym and fitness culture. *Sport Science Review*, XXIII, (3-4), 91 – 112.
- Ansley, T. (2019) The Ohio State University Extension Fact Sheet, Introduction: Eating disorders awareness. <http://ohioline.ag.ohio-state.edu>. [08/07/2019]
- Arslan, P. (2004). Obezitede yeme alışkanlıkları ve yeme bozuklukları. *Obezite*, 4, 1-2, 4-10.
- Arslantaş H, Dereboy F, Yüksel R ve İnalkaç S. (2019). Duygusal yeme ölçeği'nin türkçe çevirisinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 30.
- Arusoğlu G, Kabakçı E, Köksal G, Merdol TK. (2008). Ortoreksiya Nervoza ve Orto-11'in Türkçeye uyarlama çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 283-291.
- Arusoğlu, G. (2006). Sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya) belirtilerinin incelenmesi, Orto-15 ölçeğinin uyarlanması. Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Asil E, Sürücüoğlu MS. (2015), Orthorexia Nervosa in Turkish dietitians. *Ecology of Food and Nutrition*,54, 4, 303-313.



- Asma, B. (1987). *Spor yapan öğrencilerin beslenme durumları ve fiziki performansları üzerine bir araştırma*. Ankara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Ataçocuğu, Ş. ve Zelyurt, M. (2017). Spor bilimleri fakülteleri mezunlarının işsizlik deneyimleri üzerine nitel bir araştırma. *Sportif Bakış: Spor ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, 70-97.
- Ayyıldız, Y., Demirli Y. (2015). Obezite vergisine ilişkin halkın düşünceleri: Türkiye’de bir alan araştırması. *Business and Economics Research Journal*, 6(2), 59-78.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125–143.
- Bağcı Bosi, AT., Çamur D., Çağatay G. (2007). Prevalence of Orthorexia Nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine in Ankara. *Appetite*, 49, 661-666.
- Baysal, A. (1990). *Beslenme*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 5.
- Billings, T. (2019) Other types of eating disorders. <http://www.something-fishy.org>, Erişim tarihi: 29/05/2019.
- Bishop, SR., Lau M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, ND., Carmody, J., Segal, ZV, Abbey, S., Speca, M., Velting, D. ve Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology Science Practice*, 11(3), 230–241.
- Blair, S. N., Ellsworth, N. M., Haskell, W. L., Stern, M. P., Farquhar, J. W. ve Wood, P. D. (1981). Comparison of nutrient intake in middleaged men and women runners and controls. *Med. Sci. Sports Exerc.* 13, 310–15.
- Bodet, G. (2006). Investigating customer satisfaction in a health club context by an application of the tetraclasse model. *European Sport Management Quarterly*, 6, 149-65.
- Bosi, T., Çamur, D., Akın, Ç., Güler, Ç. (2006). Hütf’nde çalışan araştırma görevlilerinin Orthorexia Nervosa sıklığı. V. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, Hacettepe Üniversitesi Kültür Merkezi, Ankara, Türkiye.
- Bratman, S. [www.orthorexia.com](http://www.orthorexia.com) (Orthorexia Nervosa Home Page). Erişim tarihi :04.06.2019.
- Brown, K.W, Ryan, R.M. (2003).“The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being,” *Journal of Personality and Social Psychology* 84, 4, 822-848.

- Brown, K., Ryan, R. ve Creswell, J. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.
- Brunet, J. ve Sabiston, C.M. (2009). Social physique anxiety and physical activity: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, 10, 329-335.
- Camilleri, GM., Méjean, C., Bellisle, F., Hercberg, S. ve Péneau, S. (2015). Association between mindfulness and weight status in a general population from the NutriNet-Santé study. *PLoS One*. 10:e0127447. doi: 10.1371/journal.pone.0127447.
- Campos, P. (2002). Special series: integrating buddhist philosophy with cognitive and behavioral practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 38-40.
- Can, A (2018). Spss ile bilimsel araştırma sürecinde nicel veri analizi. 6, 388.
- Chris, K. Germer, (2009). *The mindful path to self compassion. freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. (New York: The Guilford Press), 65.
- Crocker, L. ve Algina, J. (1986). Introduction to classical and modern test theory. Fort Worth: Holt, Rinehart and Winston.
- Cronbach, L. J.(1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*.
- Clelland, L.Mc. ve Crisp, A. (2001)Anorexia nervosa and social class. *International Journal of Eating Disorders*, 29,150-156.
- Çatak, P., ve Ögel, K. (2010). Farkındalık temelli terapiler ve terapötik süreçler. *Klinik Psikiyatri* (13), 85-91.
- Çelikler A, (2017), Bir grup genç yetişkinde bilinçli farkındalık düzeyi ile başa çıkma tutumları ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Dalen J, A. (2015). Conceptual framework for the expansion of behavioral interventions for youth obesity: a family-based mindful eating approach. *Child Obes*. 11(5), 577–584.
- Dalen, J, Smith, BW ve Shelley, BM. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complement Ther Med*, 18, 260–264.

- Dalmaz, M. (2014). Spor Salonunda Spor Yapanlarda Ortoreksiya Nervoza Belirtilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Dalmaz, M. ve Tekdemir, G. (2015), Spor Salonunda Spor Yapanlarda Ortoreksiya Nervoza Belirtilerinin İncelenmesi. *Uluslararası Hakemli Ortopedi Travmatoloji ve Spor Hekimliği Dergisi*, 4.
- Dannenber, A. L., Keller, J. B., Wilson, P. W. F. ve Castelli, W. P. (1989). Leisure-time physical activity in the Framingham Offspring Study: description, seasonal variation, and risk factor correlates. *Am. J. Epidemiol*, 129, 76–88.
- Daphne M. Davis ve Jeffrey A. Hayes (2011). “What are benefits of mindfulness,” American Psychology Assosiation, *Psychotherapy*, 48, 2, 198-208
- Davison, G. C. ve Neale, J. M. (2004). *Anormal Psikolojisi* (Çev. Dağ, İ). Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 29.
- Deering, S. (2001). Eating Disorders: Recognition, evaluation and implications for obstetrician/gynecologists. *Primary Care Update Obtetricians/Gynrcologists*, 8, 31-35.
- Demir, V. (2014). Bilinçli farkındalık temeli hazırlanan eğitim programının bireylerin depresyon ve stres düzeyleri üzerine etkisi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul.
- De Wit, H. (2009). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addiction biology*, 14, 22–31.
- Dishman R. K. ve Sallis, J.F. (1994). Determinants and interventions for physical activity and exercise. In: C. Bouchard, R.J. Shephard, T Stephens (eds.). *Physical activity, fitness and health: International proceedings and consensus statement*, 214–238.
- Donini L.M., Marsili D., Graziani, M.P., Imbriale, M., ve Canella, C. (2004). Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders*, 9, 151-157.
- Donini, L.M. Marsilli, D., Graziani M.P., Imbriale, M. ve Canella, C. (2005). Orthorexia Nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders*, 10, 28-32.
- Dunn, TM ve Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: a review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eat Behav.* 21, 11–7.

- Dunne J. (2017). Mindfulness in Anorexia Nervosa, An integrated review of the literature. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*,1078390317711250.
- Duran, A., (2013). Vücut geliştirme ve fitness salonlarına giden bireylerin beklentileri (Lefkoşa Örneği), Yüksek Lisans Tezi.
- Eckersley, R. (2006). Modern Batı kültürü bir sağlık tehlikesi midir? *Int. J. Epidemiol.* 35, 252-258. doi: 10.1093 / ije / dyi235.
- Ergin G. (2014). Sağlık personeli olan ve olmayan bireylerde ortoreksiya nervoza sıklığı araştırması. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Erik, D. (2011). "Paying attention to mindfulness and its effects on task performance in the workplace," *Journal of Management*, 37, 997-1018.
- Erkuş, A. (2005). Bilimsel Araştırma Sarmalı, Ankara: Seçkin yayıncılık.
- Ferrand, A., Robinson, L., ve Valette, P. (2010). The intention-to-repurchase paradox: A case of the health and fitness industry. *Journal of Sport Management*, 24, 83–105.
- Fidan T, Ertekin V, Işıkay S ve Kirpınar I. (2010) Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Compr Psychiatry*, 51, 49–54
- Fişek K, (1980), *Devlet Politikası ve Toplumsal Yapıyla İlişkileri Açısından Spor Yönetimi*, Ankara Üniversitesi, Ankara: Sosyal Bilgiler Fakültesi Yayınları, s.48.
- Fişek, K.,(1998). *Devlet Politikası ve Toplumsal Yapıyla İlişkileri Bakımından Dünya'da ve Türkiye'de Spor Yönetimi*, Ankara: Bağırhan Yayınevi, 2.
- Framson C, Kristal AR, Schenk JM, Littman AJ, Zeliadt S ve Benitez D. (2009) Development and validation of the mindful eating questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1439-1444.
- Frederick, C. M., ve Ryan, R. M. (1993). Differences in motivation for sport and exercise and their relationships with participation and mental health. *Journal of Sport Behavior*, 16, 125-145.
- Friedman, M., ve Whisman, M. (2004). Implicit cognition and the maintenance and treatment of major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 168-177.
- Forman, EM, Shaw, JA ve Goldstein, SP. (2016). Mindful decision making and inhibitory control training as complementary means to decrease snack consumption. *Appetite*. 103, 176- 183.
- Fries, E. ve Coyle, RT. (1993). Stereotypes associated with a low-fat diet and their relevance to nutrition education. *J Am Diet Assoc*, 93, 551–5.

- Fulwiler, C. (2015). Mindfulness-based interventions for weight loss and cvd risk management, *Curr Cardiovasc Risk Rep*, 9(10), 46.
- Gauvin L., Rejeski W.J. ve Norris JL. (1996). A naturalistic study of the impact of acute physical activity on feeling states and affect in women. *Health Psychol*, 15(5), 391–97.
- Germer, C., Siegel, R., ve Fulton, P. (2016). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Gezer, C. Ve Kabaran S. (2013). Beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencileri arasında görülen Ortoreksiya Nervosa riski. *S.D.Ü Sağlık Bilimleri Dergisi*. 4(1), 14-22.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach*. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*, 9-74.
- Goyal, M., Singh, S. ve Sibinga, EMS. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 174, 357–368.
- Grinnell, S., Greene, G., Melanson, K., Blissmer, B., ve Lofgren, I.E. (2011). Anthropometric and Behaviora Measures Related to Mindfulness in College Students. *Journal Of American College Health*, 59(6), 539-546.
- Günay, M. (1998). *Egzersiz Fizyolojisi*, Ankara: Bağırman Yayınevi.
- Güneş Z, Çiçek B, Onur Ş, Gökmen A ve Saka M (1999) *Biyomekanik Kullanımının Sporcuların Kan Profiline ve Zayıflamaya Etkisi*, *Spor Hekimliği Dergisi*, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 34(3).
- Hanh, T. N. (1998). *The Heart of the Buddha's Teaching*. New York, NY: Broadway.
- Hayes, SC, S. K., Hayes, S., Strosahl, KW. ve Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., ve Houts, A. (2005). *A practical guide to acceptance and commitment Nyanaponika Therapy*. New York.
- Hendrickson, KL. Ve Rasmussen, EB. (2013). Effects of mindful eating training on delay and probability discounting for food and money in obese and healthy-weight individuals. *Behav Res Ther*, 51, 399–409.
- Herbert, J. D., ve Forman, E. M. (2011). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*.

- Hesse-Biber, S. Leavy, P. Quinn, CE ve Zoino, J. (2006). "Bozuk yeme ve yeme bozukluklarının toplu pazarlanması: kadınların sosyal psikolojisi, inceliği ve kültürü. *Kadın Çalışmaları Uluslararası Forumu*, New York, NY, 208-224.
- Higgs, S., Woodward M. (2009). Television watching during lunch increases afternoon snack intake of young women, 52 ( 1 ), 39 – 43  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.07.007>
- Hofmann SG, Sawyer AT ve Witt AA. (2010) The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169–183.
- Hooper, J. M. ve Veneziano, L. (1995). Distinguishing starters from nonstarters in an employee physical activity incentive program. *Health Educ*, 22(1), 49–60.
- Houtkooper, L. (2000). Clinical sport nutrition, in eating disorders and disordered eating in athletes. Edited by Burke L. and Deaki V., New York: The McGraw-Hill Companies, 210-235.
- Joseph, B. (2017). Mindful Eating: The art of presence while you eat. *Diabetes Spectr*, 3, 171–174. doi: 10.2337/ds17-0015
- Kabakçı, E. ve Demir, B. (2001). Yeme bozuklukları. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 32(2), 125-131.
- Kabat-Zinn, J. (2001). *Full Catastrophe Living*. New York, N.Y.
- Kabat-Zinn, J. (2009). Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind and body to face stress, pain, and illness. New York: Delacorte.
- Kaynar, O., Seyhan, S. ve Bilici, M. F. (2018). Güreşçilerde sportif başarıyı olumsuz etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 20(1), 54-59.
- Keng, SL, Smoski, MJ ve Robins, CJ (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clin Psychol Rev*. 31:1041–1056. doi:0.1016/j.cpr.2011.04.006.
- King, A. C. ve Tribble, D. L. (1991). The role of exercise in weight regulation in nonathletes. *Sports Med*. 11, 331–49.
- Köksal, G ve Özel, HG. (2008). *Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite*. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Klasmat Matbaacılık. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t53.pdf>, Erişim Tarihi: 05.05.2019.

- Köroğlu, E. (2001). DSM-IV-TR, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (çeviri). Amerikan Psikiyatri Birliği.
- Köse, G., Tayfur, M., Birincioğlu, İ. ve Dönmez, A. (2016). Adaptation Study of the Mindful Eating Questionnaire (MEQ) into Turkish. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 5(3), 125-134, doi: 10.5455/JCBPR.250644.
- Köse, G. (2017). Üniversite öğrencilerinin yeme farkındalığının üzerine bir araştırma. Doktora Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Kristeller, JL, Wolever, RQ ve Sheets, V. (2014). Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for binge eating: a randomized clinical trial. *Mindfulness*, 5, 282–297.
- Kumar, S. (2018). Family-based mindful eating intervention in adolescents with obesity: a pilot randomized clinical trial. 5(7), 93. doi: 10.3390 / children5070093.
- Larsen KI. (2013). Similarities and differences between eating disorders and Orthorexia Nervosa. Master Thesis, The University of Rome, Rome.
- Lattimore, P., Fisher, N. ve Malinowski, P. A. (2011). cross-sectional investigation of trait disinhibition and its association with mindfulness and impulsivity. 56, 241–248.
- Linehan, M. M. (1993a). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1993b). Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guildford.
- Linn, R. L. ve Gronlund, N.E. (2000). Measurement and Assessment in Teaching. (Eight Editian). Upper Saddle River, New Jersey: Merriil.
- Lyzwinski LN, Caffery L, Bambling M veEdirippulige S. (2017). A Systematic review of electronicmindfulness-basedtherapeutic interventions for weight, weight-related behaviors, and psychological stress. *Telemed J E Health*. 24(3),1-12.
- Mantzios, M. ve Giannou, K. (2014). Group vs. single mindfulness meditation: exploring avoidance, impulsivity, and weight management in two separate mindfulness meditation settings. *Applied Psychology Health and Well-being*, 6(2), 173-191.
- Mantzios, M. ve Wilson, JC. (2015). Mindfulness, eating behaviours, and obesity: A review and reflection on current findings.

- Marchiori, D. ve Papias, EK. (2014). A brief mindfulness intervention reduces unhealthy eating when hungry, but not the portion size effect. *75*, 40-45,
- Mason, AE., Lustig, RH., Brown, RR., Acree, M., Bacchetti, P. ve Moran, PJ. (2015). Acute responses to opioidergic blockade as a biomarker of hedonic eating among obese women enrolled in a mindfulness-based weight loss intervention trial. *91*, 311-320,
- Masuda A, Price M ve Latzman RD. (2012). Mindfulness moderates the relationship between disordered eating cognitions and disordered eating behaviors in a non-clinical college sample. *J Psychopathol Behav Assess.* 34(1), 107-115.
- Matera-Brytek, A. (2012). Orthorexia nervosa –an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of psychiatry and psychotherapy*, 1, 55-60.
- Mathieu, J. (2005). What is Orthorexia?, *Journal of American Dietetic Association*, 105, 10, 1510-1511.
- Mehrens, W. A. ve Lehmann, J. (1991). *Measurement and Evaluation in Education and Psychology*. (Fourth Edition). Fort Worth: Harcourt Brace.
- Miller, CK., Kristeller, JL., Headings, A. ve Nagaraja, H. (2014). Comparison of a mindful eating intervention to a diabetes self-management intervention among adults with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Heal Educ Behav Off Publ Soc Public Heal Educ.* 41(2), 45–154.
- Mittal, RJ., Stevenson, MJ., Oaten, LA. ve Miller. (2011). Snacking while watching TV impairs food recall and promotes food intake on a later TV free test meal, *25( 6 )* , 871 – 877 <https://doi.org/10.1002/acp.1760>.
- Mond, JM, Robertson-Smith G ve Veterei A. (2006) Stigma And eating disorders: is there evidence of negative attitudes towards anorexia nervosa among women in the community. *J Men Health.* 15, 519-32.
- Mooney, KM, DeTore, J ve Malloy, KA. (1994) Perceptions of women related to food choice. *Sex Roles.* 31, 433–42.
- Murphy, C. ve MacKillop, J. (2012). Living in the here and now: interrelationships between impulsivity, mindfulness, and alcohol misuse. *Psychopharmacology*, 219, 527–536, <https://doi.org/10.1007/s00213-011-2573-0>.
- Mutlu-Tagay, Ö. (2010). Gestalt temas engelleri ölçeği'nin geliştirilmesi ve üniversite öğrencilerinin temas engellerinin incelenmesi (Yayımlanmamış Doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.



- Mülazımoğlu Ballı, Ö. ve Asçı, H. (2006). “Sosyal fizik kaygı envanteri”nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Spor Bilimleri Dergisi Hacettepe J. Of Sport Sciences*, 17 (1), 11-19.
- Nevin, S. (2017). The stigma of clean dieting and Orthorexia Nervosa. 5, 37. doi: 10.1186/s40337-017-0168-9  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5571485/>
- Nicholls, D. ve Viner R. (2005). Eating disorders and weight problems. *Clinical Review*, BMJ, 330, 950-953.
- O’Brien, K.M. ve Vincent, N.K. (2003). Psychiatric comorbidity in Anorexia and Bulimia Nervosa: Nature, prevalence, and casual relationships. *Clinical Psychological Review*, 23, 57-74.
- Ogel, K. (2012). Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü dalga. *Farkındalık (Ayrımsama) ve Kabullenme Temelli Terapiler*. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Oğur, S. (2015). Üniversite öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza eğiliminin belirlenmesi. *BEÜ Fen Bilimleri Dergisi*, 4(2), 93-102.
- Olson, KL. ve Emery CF. (2015). Mindfulness and weight loss: a systematic review. *Psychosom Med*, 77, 59–67.
- Onur, D. (2018). Psikoloji kuramları ve yaratıcılık ilişkisi. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(1), 145-156.
- Özarmağan, S. ve Bozboru, A. (2008). Obezitenin tanımı ve temel bilgiler. *Obezite Medikal ve Cerrahi Tedavi*, İstanbul: Medikal Yayıncılık, 1, 289-301.
- Özbaydar, S. (1983), İnsan davranışlarının sınırları ve spor psikolojisi. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, 3.
- Özdağ, S, Kürkçü, R. ve AYTEKİN, U., (1991). Engellilerde Beden Eğitimi ve Spor. 67-69, Muğla.
- Özkahya, KD. (2015). Online diyet alan yetişkin bireylerde Ortoreksiya Nervoza ve ilişkili parametrelerin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Özyeşil, Z. (2011). Bilinçli farkındalık ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *Eğitim ve Bilim*, 36 (160), 224-235.
- Paker, HS. (1995). Aktif sporcuların beslenme durumlarının belirlenmesi, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.

- Palfai, T. ve Wagner, E. (2004). Special series: Current perspectives on implicit processing in clinical disorders: Implications for assesment and intervention. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 135-138.
- Paoli, A. ve Bianco, A. (2015). What is fitness training? Definitions and implications: A systematic review article. *Iran J Public Health*, 44, (5), 602-614.
- Peters, J. R., Erisman, S. M., Upton, B. T., Baer, R. A. ve Roemer, L. A. (2011). Preliminary investigation of the relationships between dispositional mindfulness and impulsivity. *Mindfulness*, 2, 228–235.
- Piqueras-Fiszman, B., Kraus, A. ve Spence, C. (2014). “Yummy” versus “yucky”! Explicit and implicit approach—Avoidance motivations toward appealing and disgusting foods in normal eaters. 78, 193-202.
- Plews-Ogan, M., Owens, J. E., Goodman, M., Wolfe, P., ve Schorling, J. (2005). Brief report: A pilot study evaluating mindfulness-based stress reduction and massage for the management of chronic pain. *Journal of general internal medicine*, 20(12), 1136-1138.
- Ramacciotti, CE, Perrone, P, Coli, E, Burgalassi, A, Conversano, C, Massimetti, G ve Dell’Osso L. (2011). Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eat Weight Disord*, 16, 127–130.
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M. ve Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior Nyanaponika Therapy*, 40 (2), 142.
- Rohm, A. J., Milne, G. R. ve McDonald, M. A. (2006). A mixed-method approach for developing market segmentation typologies in the sports industry. *Sport Marketing Quarterly*, 15(1), 29–39.
- Rome, ES. (2012). Eating disorders in children and adolescents, current problems in pediatric adolescent health care. 42 (2), 28-44.
- Salmon J. W., Owen, N., Bauman, A. Schmitz, M. K. H. ve Booth, M. (2000). Leisure-time, occupational, and household activity among professional, skilled, and lessskilled workers and homemakers. *Prev Med*, 30, 191–199.
- Salvo, V. (2018). Mindfulness as a complementary intervention in the treatment of overweight and obesity in primary health care: study protocol for a randomised controlled trial. 19, 277.

- Sayın FK, Kuşdemir S, Büyüksütçü G, Çetinkaya ŞM, Seyfi S ve Zeren E. (2019). Tip 2 diyabetli obez bireylerin yeme farkındalığı düzeyleri ile metabolik parametreleri arasındaki ilişki. *Türk Diyab Obez*,2, 93-98.
- Schneider, K., ve Leitner, L. (2002). Humanistic PsychoNyanaponika Therapy. *Encyclopedia of psychoNyanaponika Therapy*, New York.
- Schonert-Reichl, K. A., ve Lawlor, M. S. (2010). The effects of a mindfulness-based education program on pre-and early adolescents' well-being and social and emotional competence. *Mindfulness*, 1(3), 137-151.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., ve Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive Nyanaponika Therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York.
- Segura-Garcia, C., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloï, M., Caroleo, M., Bruni, A., Gazzarrini, D., Sinopoli, F. ve De Fazio, P. (2015). The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eating and Weight Disorders*, 20, 161-166. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0171-y>.
- Semiz, K, Kavakcı, Ö, Yağız, A, Yontar, G ve Kuğu, N. (2013). Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24,149–57.
- Seyhan, S. (2018a). Evaluation of the rapid weight loss practices of taekwando athletes and their effects. *Journal of Education and Training Studies*. 6(10), 213-218. doi:10.11114/jets.v6i10.3663.
- Seyhan, S. (2018b). Evaluation of the use of nutrition support products in taekwondo athletes. *Journal of Education and Learning*. 7(6), 222-229. doi:10.5539/jel.v7n6p222.
- Shahrokh, N. C. ve Hales, R. E. (2003). *American Psychiatric Glossary*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Sharf, R. S. (2015). *Theories of Psychotherapy and Counseling: Concepts and Case*. (6. baskı) Boston: Cengage Learning.
- Sinton, S. (2019) Healthy eating may be hazardous to your health. <http://www.dolfzine.com/page1.htm>, Erişim tarihi: 13/07/2019.
- Spence, C, Okajima, K, David, A, Petit, O ve Michel, C. (2016). Eating with our eyes: From visual hunger to digital satiation. *Brain and Cognition*, 110, 53-63, <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2015.08.006>.

- Soygüt, G. ve Kabakçı, E. (2003). Bilişsel davranışçı terapiler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 7(3), 113-141.
- Stein, RI ve Nemeroff, CJ. (1995). Moral overtones of food: judgements of others based on what they eat. *Personal Soc Psychol Bull*, 21, 480-90.
- Striegel Weissman, R. ve Rosselli, F. (2017). Reducing the burden of suffering from eating disorders: Unmet treatment needs, cost of illness, and the quest for cost-effectiveness. *Behav Res Ther*, 88,49-64.
- Svagito R. Liebermeister, (2009). Danışmanlığın Zen Yolu, İstanbul: Butik Yayıncılık, 42.
- Syurina, E. (2018). Cultural phenomena believed to be associated with Orthorexia Nervosa, opinion study in dutch health professionals. 9, 1419.doi :10.3389/fpsyg.2018.01419.
- Şanlıer N, Yassıbaş E, Bilici S, Şahin G ve Celik B. (2016) Does the rise in eating disorders lead to increasing risk of orthorexia nervosa? Correlations with gender, education, and body massindex. *Ecol Food Nutr*, 55(3),266-278.
- Şeker, Ş. (2018). Sporcu Beslenmesi, Ankara: Hatipoğlu Yayınları.
- Tahiroğlu, A. Y., Fırat, S., Diler, R. S., ve Avcı, A. (2005). Erkek çocuklarda yeme bozuklukları: Bir anoreksiya nervoza vakası. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 48, 151-157.
- Tapper, K, Shaw, C, Ilsley, J, Hill, AJ, Bond, FW ve Moore, L.(2009). Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. 52(2), 396-404.
- Tatlises, M. (2016). Spor salonunda düzenli spor yapan kişilerin ortoreksiya nervoza belirtileri ile beden algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Tavşancıl, E. (2005). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. (2. Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Tedik, E. (2017) Fazla kilo, obezitenin önlenmesinde ve sağlıklı yaşamın desteklenmesinde hemşirenin rolü. *Türk Diyab Obez*, 2, 54-62.
- Teasdale, JD. (1999). Metacognition, mindfulness and modification of mood disorders. *Clin Psychol Psychother*, 6, 146-155.
- Tremelling, K. (2017). Orthorexia nervosa and eating disorder symptoms in dietitians in the United States, *J Acad Nutr Diet*.doi:10.1016 / j.jand.2017.05.001

- Trost, S.G., Owen, N., Bauman, A.E., Sallis, J.F. ve Brown, W. (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Med Sci Sports Exercise*, 34(12),1996–2001.
- Tsai, G. (2000). Eating disorders in the far east. *Eating and Weight Disorders*, 5, 183-197.
- Tuomisto, T., Tuomisto, MT. ve Hetherington, M. (1998) Obez erkek ve kadınlarda yemeğe başlama ve bırakma nedenleri ve günlük durumlarda yemeğin duygusal sonuçları, 30 ( 2 ): 211-222.
- Tylor, E. B. (1958). *Primitive Culture* (1871). New York, NY: JP Putnam's Sons. van den Berg, P., Thompson, J. K., Obremski-Brandon, K., and Coover, M. (2002). The tripartite influence model of body image and eating disturbance. *J. Psychosom. Res.* 53, 1007–1020. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00499-3.
- Ünalın, D., Öztop, B. D., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Pırlak, B. ve Güneş, D. (2009). Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 16 (2): 75-81.
- Üstüdal, KM ve Köker, HA. (1991). *Spor Dallarında Beslenme ve Yüksek Performans Bilgisi*, Kayseri: Can Ofset Matbaacılık.
- Varga M, Thege BK, Dukay-Szabó S, Túry F ve van Furth E. (2014). When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry*,14, 59.
- Vrazel, J., Saunders, R.P. ve Wilcox, S. (2008). An overview and proposed framework of social-environmental influences on the physical-activity behavior of women. *Am J Health Promotion*, 23(1), 2–12.
- Yalom, I. (2001). *Varoluşçu Psikoterapi*. İstanbul: Kabalıcı Yayınevi.
- Waller, G ve Matoba, M. (1999). Klinik olmayan gruplarda duygusal yeme ve yeme psikopatolojisi: Japonya ve Birleşik Krallık'taki kadınların kültürlerarası bir karşılaştırması. *Uluslararası Yeme Bozuklukları Dergisi*, 26 ( 3 ), 333.
- Wanden-Berghe, RG, Sanz-Valero, J ve Wanden-Berghe, C. (2011). The application of mindfulness to eating disorders treatment: A systematic review. *Eating Disorders* 19, 34–48.

- Warren, J. M., Smith, N. ve Ashwell, M. (2017). A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition research reviews*, 30(2), 272-283.
- Wells, A. (2002) GAD, metacognition, and mindfulness: an information processing analysis. *Clin Psychol Sci Pract*, 9, 95-100.
- Westen, D. (1999). Psychology: Mind, brain, and culture. (2. baskı). New York: Wiley.
- Wheeler, K, Greiner, P ve Boulton, M. (2005). Exploring alexithymia, depression and binge eating in self-reported eating disorders in women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41 (3), 114-123.
- Whitaker, A. (1989). The Struggle to be Thin: A survey of anorexic and bulimic symptoms in a nonreferred adolescent population. *Psychological Medicine*, 19, 143-163.
- Whitelock, V. (2018). No effect of focused attention whilst eating on later snack food intake: Two laboratory experiments, 128, 188-19. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.06.002>
- Williamson Donald, A., Martin Corby, K. ve Stewart, T. (2004). Psychological aspects of eating disorders. *Best Practise and Research Clinical Gastroenterology*, 18, 6, 1073-1088.
- Wingfield, N, Kelly, N, Serdar, K, Shivy, VA ve Mazzeo, SE. (2011). College students' perceptions of individuals with anorexia and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 44, 369-75.
- Worthen, B. R., White, K.R., Fan, X ve Sudweeks, R.R. (1999). Measurement and Assessment in Schools. (Second Edition). New York: Addison Wesley Longman.
- Yücel, B. (2009). Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları. *Klinik Gelişim Dergisi*. 22 (4), 39-44.
- Zamora, MB, Bote Bonaachea, B, Garcia Sánchez, F ve Rios Rial, B. (2005). Orthorexia nervosa: A new eating behavior disorder? *Actas Esp Psiquiatr*. 33 (1), 66-68.
- Zopiatis, A., Theocharous, A.L., Constanti, P. ve Tjiapouras, L. (2017). Quality, Satisfaction and Customers' Future Intention: The Case of Hotels' Fitness Centers in Cyprus. *Journal of Quality Assurance in Hospitality and Tourism*, 18(1), 1-24.

Zorba, E. (2004). Yaşam Boyu Spor, 1, 53, İstanbul: Nobel Yayıncılık.

Zwickert, K ve Rieger, E. (2013). Stigmatising attitudes towards individuals with anorexia nervosa: an investigation of attribution theory. 1, 5-10. doi: 10.1186 / 2050-2974-1-5



## 8.EKLER

### 8.1. Ek 1. Anket Formu

Bu araştırma Çağ Üniversitesi Psikoloji Yüksek Lisans Programı çerçevesinde "Spor Salonunda Spor Yapan Bireylerde Yeme Farkındalığı ve Ortoreksiya Nervoza Belirtileri İlişkisi" adlı bilimsel bir araştırmaya veri sağlamak amacıyla kullanılacaktır. Sonuçlar yalnızca araştırma için kullanılacak ve size ait bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Bundan dolayı isim yazmanıza gerek yoktur.

Araştırmadan gerçekçi sonuçlar elde edebilmemiz için sorulara doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz önem taşımaktadır. Katıldığımız ve bize zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

İletişim [elifgokce94@hotmail.com](mailto:elifgokce94@hotmail.com)  
Elif Gökçe ÜSTÜNDAĞ  
Çağ Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı

#### **Kişisel Bilgi Formu**

- 1.Cinsiyetiniz    **a) Kadın**                      **b) Erkek**                      **c) Diğer**
- 2.Yaşınız.....
- 3.Boyunuz.....
- 4.Kilonuz.....
- 5.BKI:.....(Bu soru anketör tarafından doldurulacaktır.)
- 6.Mesleğiniz.....



## 8.2. Ek 2. ORTO-15 Testi

Bu anket sizin yeme davranışlarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen parantezin içine (x) işareti koyunuz.

		Her zaman	Sık Sık	Bazen	Hiçbir zaman
1	Yemek yerken yediklerinizin kalorisine dikkat eder misiniz?				
2	Çeşitli yiyeceklerin olduğu bir yerde yiyecek seçmek durumunda kalırsanız kararsızlık yaşar mısınız?				
3	Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?				
4	Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?				
5	Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?				
6	Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?				
7	Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?				
8	Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?				
9	Sizce, ruhsal durumunuz yeme düzeninizi etkiler mi?				
10	Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanları tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?				
11	Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (Dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açıdan)				
12	Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?				
13	Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hisseder misiniz?				
14	Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?				
15	Son zamanlarda yemeklerinizi özellikle tek başına yemeği mi tercih edersiniz?				

### 8.3.Ek 3. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)








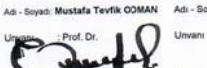
Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınız ve farkındalığınız ile ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

1 Hiç	2 Nadiren	3 Bazen	4 Sık sık	5 Her zaman
----------	--------------	------------	--------------	----------------

		1	2	3	4	5
1.	Besinlerin kalorileri hakkında bilgim vardır.					
2.	Ana öğünümü ekmeksiz yiyemem.					
3.	Lokmalarımı çiğnemedem yutarım.					
4.	Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doydüğümü fark edemem.					
5.	Fast food olmayan bir hayat düşünemiyorum.					
6.	Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.					
7.	Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçınırım.					
8.	Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.					
9.	Dün akşam ne yediğimi hatırlayabilirim.					
10.	Bir şey ikram edildiğinde düşünmeden yerim.					
11.	Yüksek kalorili besinlerden uzak dururum.					
12.	Protein içeriği yüksek besinleri yemeyi tercih ederim.					
13.	Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.					
14.	Birden bire çok acıktığımı fark edip ne bulsam yiyecek duruma gelirim.					
15.	Yediğim her lokmanın tadına varırım.					
16.	Sık sık diyet yaparım.					
17.	Tok olsam bile bir yiyeceğin aklımı çeldiği olur.					
18.	Yemeklerimi saatli yerim.					
19.	Yemeği kaşıkla yerim.					

20.	Tıka basa yemek yerim.						
21.	Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da cips varken yemeden duramam.						
22.	Moralim bozulunca ilk aklıma gelen şey yemek olur.						
23.	Sıkıntıdan yerim.						
24.	Sağlıklı beslenirim.						
25.	Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.						
26.	Yediğimi fark etmeden atıştırırım.						
27.	Küçük lokmalarla yerim.						
28.	Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.						
29.	Yerken otomatik pilota bağlarım.						
30.	Mutlu olmak için çikolata yerim.						

## 8.4.Ek 4. Etik Kurul Onay Formu

T.C. ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ TEZ / ARAŞTIRMA / ANKET / ÇALIŞMA İZİNİ / ETİK KURULU İZİNİ TALEP FORMU VE ONAY TUTANAK FORMU					
ÖĞRENCİ BİLGİLERİ					
T.C. NO'SU	214915534				
ADI VE SOYADI	EİF Gökçe ÜSTÜNDAĞ				
ÖĞRENCİ NO	201710074				
TEL. NO' LARI	5555738730				
E-MAIL ADRESLERİ	elifgokce94@hotmail.com				
ANA BİLİM DALI	Psikoloji				
PROGRAM ADI	Psikoloji Tezi Yüksek Lisans				
BİLİM DALININ ADI	Psikoloji				
HANGİ AŞAMADA OLDUĞU (DERS / TEZ)	Tez				
İSTEKRE BULUNDUĞU DÖNEME AIT DÖNEMLIK KAYITININ YAPILIP-YAPILMADIĞI	Bahar dönemi / 2019 DÖNEMİ KAYDINI YENİLEDİM.				
ARAŞTIRMA/ANKET/ÇALIŞMA TALEBİ İLE İLGİLİ BİLGİLER					
TEZİN KONUSU	SPOR SALONUNDA SPOR YAPAN BİREYLERDE YEME FARKINDALIĞI VE ORTOREKSIYA NERVOZA BELİRTİLERİ İLİŞKİSİ				
TEZİN AMACI	Bu araştırmanın amacı spor salonunda spor yapan bireylerde Yeme Farkındalığı ile Ortoeksiya Nervozza Belirtileri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını incelemektir.				
TEZİN TÜRKÇE ÖZETİ	Bu araştırma spor salonunda spor yapan bireylerde yeme farkındalığı ve sağlıklı beslenme takımı-ortoreksiya nervozza eğilimlerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür. Çalışma, gönüllü spor salonu üyeleriyle yürütülmüştür. Bireylerin yüz-yüze görüşme yöntemiyle genel bilgiler, Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFO-30), Ortoeksiya Nervozza-15 (ORTO-15) testleriyle yapılan bir soru formu uygulanmış ve antropometrik ölçümleri alınmıştır. ORTO-15 puanı <math>≤40</math> ortorektik, >40; normal olarak değerlendirilmiştir.				
ARAŞTIRMA YAPILACAK OLAN SEKTÖRLER / KURUMLARIN ADLARI	Bifen Sports Plaza				
İZİN ALINACAK OLAN KURUMA AIT BİLGİLER (KURUMUN ADI - SÜRESİ / MÜDÜRLÜĞÜ - İLİ - İLÇESİ)	Bifen Sports Plaza Adana/Çukurova				
YAPILMAK İSTENEN ÇALIŞMANIN İZİN ALINMAK İSTENEN KURUMUN HANGİ İLÇELERİNDE / HANGİ KURUMUNUN HANGİ BÖLÜMÜNDE / HANGİ ALANININ HANGİ KONULARINDA HANGİ ORUĞUNU / KİMLERİNİ / NE UYGULANACAKI GİBİ AYRINTILI BİLGİLER	Adana'nın Çukurova İlçesinde Bifen Sports Plaza'da spor yapan yetişkin bireyler (18 yaş üstü)				
UYGULANACAK OLAN ÇALIŞMAYA AIT ANKETLERİN ÖLÇEKLERİN BAŞLIKLARI / HANGİ ANKETLERİN - ÖLÇEKLERİN UYGULANACAKI	Kişisel bilgi formu, Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFO-30), ORTO-15 Ölçeği				
EKLER (ANKETLER, ÖLÇEKLER, FORMLAR GİBİ EVRAKLARIN İSİMLERİLE BİRLİKTE KAZI ADET SAYIYA GÖRE ALINMA İTİ BİLGİLER İLE AYRINTILI YAZILACAKTIR)	1) ...Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFO-30) ..... 1 sayfa 2) ...ORTO-15 Ölçeği..... 1 sayfa 3) ...Kişisel bilgi formu				
ÖĞRENCİNİN ADI - SOYADI: EİF Gökçe Üstündağ	ÖĞRENCİNİN İMZASI: 	TARİH: 06.05.2019			
TEZ / ARAŞTIRMA/ANKET/ÇALIŞMA TALEBİ İLE İLGİLİ DEĞERLENDİRME SONUÇU					
1. Seçilen konu bilim ve İy Dünyasına katkı sağlayabilecektir.					
2. Anılan konu ..... faaliyet alanı içerisine girmektedir.					
1. TEZ DANIŞMANININ ONAYI	2. TEZ DANIŞMANININ ONAYI (VARSA)	SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNÜN ONAYI	A.B.D. BASKANININ ONAYI		
Adı - Soyadı:  Unvanı: Prof. Dr. İmzası: 02.05.2019	Adı - Soyadı:  Unvanı: Prof. Dr. İmzası: / / 20	Adı - Soyadı:  Unvanı: Prof. Dr. İmzası: / / 20	Adı - Soyadı:  Unvanı: Prof. Dr. İmzası: / / 20		
ETİK KURULU ASIL ÜYELERİNE AIT BİLGİLER					
Adı - Soyadı: Mustafa BAŞARAN	Adı - Soyadı: Yücel ERTEKİN	Adı - Soyadı: Deniz AYNUR GÜLER	Adı - Soyadı: Ali Engin OBA	Adı - Soyadı: Mustafa Tevrik OOMAN	Adı - Soyadı: .....
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: .....
İmzası: 	İmzası: 	İmzası: .....	İmzası: .....	İmzası: 	İmzası: .....
Etik Kurulu Jüri Başkanı - Asıl Üye	Etik Kurulu Jüri Asıl Üyesi	Etik Kurulu Jüri Asıl Üyesi	Etik Kurulu Jüri Asıl Üyesi	Etik Kurulu Jüri Asıl Üyesi	Etik Kurulu Jüri Yedek Üyesi
Adı - Soyadı: .....	Adı - Soyadı: .....	Adı - Soyadı: .....	Adı - Soyadı: .....	Adı - Soyadı: .....	Adı - Soyadı: .....
Unvanı: .....	Unvanı: .....	Unvanı: .....	Unvanı: .....	Unvanı: .....	Unvanı: .....
İmzası: .....	İmzası: .....	İmzası: .....	İmzası: .....	İmzası: .....	İmzası: .....
Etik Kurulu Jüri Yedek Üyesi	OY BİRLİĞİ İLE <input type="radio"/>		OY ÇOKLUĞU İLE <input checked="" type="radio"/>		
Çalışma yapılacak olan tez için uygulayacak olduğu Anketleri / Formları/Ölçekleri Çağ Üniversitesi Etik Kurulu Asıl Üyeleri arasında incelenmiş olup, 06.05.2019 tarihinde 06.05.2019 tarihinde 06.05.2019 tarihinde 06.05.2019 tarihinde 06.05.2019 tarihinde 06.05.2019 tarihinde uygulanmak üzere gerekli iznin verilmesi tarafımızca uygundur.					
AÇIKLAMA: BU FORM ÖĞRENCİLER TARAFINDAN HAZIRLANDIKTAN SONRA ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜNE ONAYLATILARAK ENSTİTÜ SEKRETERLİĞİNE TESLİM EDİLECEKTİR.					
EKLER: ..... Sayfa ..... Orto-15 ..... Ölçeği. ..... Sayfa ..... Yeme Farkındalığı ..... Ölçeği. ..... Sayfa ..... Kişisel bilgi ..... Formları.					

508E-889

## 8.5.Ek 5 Anket İzin Belgesi



T.C.  
**ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ**  
ÇAĞ UNIVERSITY

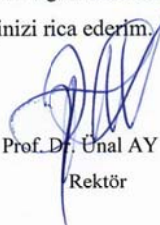
SAYI : 23867972/ 563-336  
KONU: Tez Anket İzini Hakkında

07.05.2019

**BİLFEN SPORTS PLAZA**

**ADANA**

1. Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programında kayıtlı olup, programdaki kaydı halen devam etmekte olan ve tez aşamasına geçmiş olan 201710074 numaralı **Elif Gökçe ÜSTÜNDAĞ** , “**Spor Salonunda Spor Yapan Bireylerde Yeme Farkındalığı ve Ortoreksiya Nervoza Belirtileri İlişkisi** ” konulu tez çalışmasını Üniversitemiz öğretim üyesi olan **Dr. Öğr. Üyesi İbrahim İNAN** danışmanlığında halen yürütülmektedir.
2. Adı geçen öğrencinin bu tez çalışması kapsamında Adana İli Bilfen Sport Plaza’ da spor yapan 18 yaş üstü yetişkin bireyleri kapsamak üzere kopyası Ek’te sunulan anket uygulamasının yapılması planlanmıştır.
3. Bu kapsamda, adı geçen öğrencinin bu tez çalışması ile ilgili Ek’lerde sunulan anketi uygulayabilmesi için gerekli izin verilmesi hususunda bilginizi rica ederim.

  
Prof. Dr. Ünal AY  
Rektör

**EKLERİ:** 3 (Üç) Sayfa Anket Formu Listesi.

**8.6.Ek 6.Spor Salonu Anket İzini****BİLFEN SPORTS PLAZA**

Konu:Tez Anket İzini

Tarih:15/05/2019

**ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ**

Yenice/MERSİN

Elif Gökçe Üstündağ'ın "Spor Salonunda Spor Yapan Bireylerde Yeme Farkındalığı ve Ortoreksiya Nervozu Belirtileri İlişkisi" konulu tez çalışması için 18 yaş üstü bireylere uygulanmak üzere planlanan anket çalışmasının salonumuzda uygulanması uygundur.

**AY MER PEYZAJ TEMİZLİK**  
**TURİZM OTOM. VE TİC. LTD. ŞTİ.**  
Huzurevleri Mh. 771.55 Sk. No: 6 Necmiye  
Henim Apt. K: 1 D: 1 Çukurova/ADANA  
Tel.: 0322 458 33 28 Fax: 0322 458 33 29  
Ticaret Sicil No. Adana/68484  
Seyhan V.D.: 1060649600

*Rafet Yılmaz*

## 9.ÖZGEÇMİŞ

1994 yılında İzmir’de doğan Elif Gökçe ÜSTÜNDAĞ, sırasıyla Yaltır Kardeşler İlköğretim Okulu, Ceyhan Ticaret Borsası Anadolu Öğretmen Lisesi, Kastamonu Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü (Lisans) programlarından mezun olmuştur. Diyetisyen olarak mesleğini sürdürmektedir. Diyetin psikoloji ile ilişkisine ilgi duyduğundan uzmanlığını Psikoloji alanında yapmayı seçmiş ve Çağ Üniversitesi Psikoloji Tezli Yüksek Lisans programını tamamlamıştır.

İletişim: elifgokce94@hotmail.com

