SAĞLIKLI ORTOREKSİYA VE ORTOREKSİYA NERVOZA: EBEVEYNDEN ALGILANAN PSİKOLOJİK KONTROL VE UYUMLU-UYUMSUZ MÜKEMMELİYETÇİLİK ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Betül Asarkaya
171180105

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Eylül, 2019

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

BETÜL ASARKAYA'ın "Sağlıklı Ortoreksiya ve Ortoreksiya Nervoza: Ebeveynden Algılanan Psikolojik Kontrol ve Uyumlu-Uyumsuz Mükemmeliyetçilik Özellikleri İle İlişkisinin İncelenmesi" başlıklı tezi 20.09.2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans/Doktora tezi oy birliğiyle~~/oy çokluğuyla.~~ başarılı/~~başarısız~~ olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı. Adı ve Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	Dr. Öğr. Üyesi Kuntay ARCAN Maltepe Üniversitesi	.....
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Asiye YILDIRIM Maltepe Üniversitesi	.....
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Gülin Güneri Rumeli Üniversitesi	.....

Prof. Dr. Ahu TUNÇEL ÖNKAL
Enstitü Müdürü

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

20/09/2019

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarından bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmanın Maltepe Üniversitesinde kullanılan "bilimsel intihal tespit programı" ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Betül Asarkaya



TEŞEKKÜR

Öncelikle lisans ve yüksek lisans öğrenimim boyunca akademik hayatıma yön vermemi sağlayan tez danışmanım ve değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan'a bu çalışmanın ortaya çıkması ve yürütülmesindeki rehberliği, desteği ve hoşgörüsü için özel teşekkürlerimi sunuyorum.

Tez jüri üyem, değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Asiye Yıldırım'a hem tezim süresince sunduğu desteği, hem de lisans öğrenimimden itibaren emeği ve katkıları için çok teşekkür ederim. Jürimde yer alan Dr. Öğr. Üyesi Gülin Güneri'ye değerli öneri ve katkıları için teşekkürlerimi sunarım.

Tez sürecime olan katkılarını göz ardı edemeyeceğim sevgili Çiğdem Ocaktan, Demet Sancaklı, Dilara Atıcı, Elif Acar, Medine Gücük ve Meryem Güngör'e desteklerinden dolayı çok teşekkür ederim.

Arkadaşlarım olmasa bu sürecin üstesinden gelmek zor olurdu. Bu süreçte beni asla yalnız bırakmayan, her zaman fikirlerini paylaşıp destek olan, hayatımda oldukları için kendimi çok şanslı hissettiğim değerli meslektaş ve arkadaşlarım Esmanur Köymen ve Merve Yavuz'a sonsuz teşekkür ederim.

Son olarak koşulsuz destek, anlayış ve sevgileri için sevgili annem ve babam, canım iki abim ve anneanneme minnettarım ve bu tezi onlara ithaf ediyorum.

Betül Asarkaya

Eylül, 2019

ÖZ

SAĞLIKLI ORTOREKSİYA VE ORTOREKSİYA NERVOZA: EBEVEYNDEN ALGILANAN PSİKOLOJİK KONTROL VE UYUMLU-UYUMSUZ MÜKEMMELİYETÇİLİK ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Betül Asarkaya
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan
Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2019

Bu çalışmada ebeveynden algılanan psikolojik kontrol düzeyinin, uyumlu – uyumsuz mükemmeliyetçilik özelliklerinin sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza ile ilişkilerinin incelenmesi ve ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide uyumsuz mükemmeliyetçiliğin aracı rolünün araştırılması amaçlanmıştır. Araştırmada veri toplamak amacıyla Bilgilendirilmiş Onam Formu, Psikolojik Kontrol Ölçeği, Teruel Ortoreksiya Ölçeği, Uyumlu Uyumsuz Mükemmeliyetçilik Ölçeği Kısa Formu kullanılmıştır. Çalışmanın analizlerini gerçekleştirmek için SPPS ve LISREL paket programları kullanılmıştır. Çalışmanın ilk aşamasında Teruel Ortoreksiya Ölçeği Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Çalışma örneklemini uygun örnekleme yolu ile seçilen 18 yaş üstü 300 katılımcı (175 kadın, 125 erkek) oluşturmuştur. Çalışma sonuçları, Teruel Ortoreksiya Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının sağlıklı beslenmenin problemli ve problemsiz yönlerini iki boyutta değerlendiren geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmanın ikinci aşamasının örneklemini uygun örnekleme yolu ile seçilen 18 yaş ve üstü 302 katılımcı (173 kadın, 129 erkek) oluşturmuştur. Analiz sonuçlarına göre sağlıklı ortoreksiya mükemmelliyetçiliğin yüksek standartlar boyutu ile pozitif yönde, babadan algılanan psikolojik kontrol ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Ortoreksiya nervozanın ise mükemmelliyetçiliğin çelişki boyutu ve anneden algılanan psikolojik kontrol ile pozitif yönde ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Son olarak ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ve ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide uyumsuz mükemmeliyetçiliğin aracı rolünün olduğu ortaya konmuştur. Çalışma sonuçları, literatür çerçevesinde tartışılmış, gelecek araştırma ve uygulamalar için öneriler sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Sağlıklı ortoreksiya, Ortoreksiya nervoza, Ebeveynden algılanan psikolojik kontrol, Olumlu mükemmeliyetçilik, Olumsuz mükemmeliyetçilik.

ABSTRACT

HEALTHY ORTHOREXIA AND ORTHOREXIA NERVOSA: THEIR RELATIONSHIP WITH PARENTAL PSYCHOLOGICAL CONTROL AND ADAPTIVE-MALADAPTIVE PERFECTIONISM

Betül Asarkaya
Master Thesis
Department of Psychology
Clinical Psychology Programme
Advisor: Asst. Prof. Kuntay Arcan
Maltepe University Graduate School of Social Sciences, 2019

The aim of this study is to examine the relations of healthy orthorexia and orthorexia nervosa with parental psychological control, adaptive-maladaptive perfectionism and to investigate the mediating role of maladaptive perfectionism in the relation between perceived parental psychological control and orthorexia nervosa. Demographic Information Form, Psychological Control Scale, Teruel Orthorexia Scale, The Short Form of the Revised Almost Perfect Scale were used for data collection. SPPS and LISREL programs were used for conducting the relevant analyses. For the first part of the study, Teruel Orthorexia Scale was translated into Turkish and reliability - validity studies were conducted. The sample consisted of 300 adults, aged 18 years old and older (175 females, 125 males). The findings of the study revealed that Turkish version of the Teruel Orthorexia Scale was a valid and reliable instrument to assess problematic and non-problematic aspects of healthy eating in two dimensions. The samples of the second part of the study consisted of 302 adults, aged 18 years old and older (173 females, 129 males). The findings revealed that healthy orthorexia was positively associated with high standarts dimension of perfectionism and negatively associated with maternal psychological control. On the other hand, orthorexia nervosa was positevely associated with discrepancy dimension of perfectionism and paternal psychological control. Finally, maladaptive perfectionism mediated the relation between perceived parental psychological control and orthorexia nervosa. The results were discussed in the light of the literature and suggestions are made for future theory and practise.

Keywords: Healthy orthorexia, Orthorexia nervosa, Parental psychological control, Adaptive perfectionism, Maladaptive perfectionism.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZ v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vii
TABLOLAR LİSTESİ ix
ŞEKİLLER LİSTESİ x
SİMGELER LİSTESİ xi
KISALTMALAR LİSTESİ xii
ÖZGEÇMİŞ xiii
BÖLÜM 1. GİRİŞ 14
1.1. ORTOREKSİYA 4
1.1.1 Sağlıklı Ortoreksiya 4
1.1.2 Ortoreksiya Nervoza 4
1.2. EBEVEYN PSİKOLOJİK KONTROLÜ 13
1.3. UYUMLU – UYUMSUZ MÜKEMMELİYETÇİLİK 16
1.4. ARAŞTIRMANIN AMACI 18
1.5. ARAŞTIRMA SORULARI VE HİPOTEZLER 19
1.5.1 Araştırma 1 Soruları ve Hipotezler 19
1.5.2 Araştırma 2 Soruları ve Hipotezler 19
1.6. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ 20
BÖLÜM 2. YÖNTEM 23
2.1 ÇALIŞMA 1 23
2.1.1 Araştırma Modeli 23
2.1.2 Çeviri Süreci 23
2.1.3 Örneklem 24
2.1.4 Veri Toplama Araçları 24
2.1.5 İşlem 28
2.2 ÇALIŞMA 2 29

2.2.1 Araştırma Modeli 29
2.2.2 Örneklem 29
2.2.3 Veri Toplama Araçları 31
2.2.4 İşlem 34
BÖLÜM 3. BULGULAR 35
3.1.1 TOS'un Geçerliği 35
3.1.2 TOS'un Güvenirliği 41
3.2 ÇALIŞMA 2 BULGULARI 42
3.2.1. Cinsiyete Göre Ortoreksiya Puanlarının Karşılaştırılması 42
3.2.2 Düzenli Spor Yapma ve Diyet Uygulamalarına Göre Ortoreksiya Puanlarının Karşılaştırılması 43
3.2.3 Değişkenler Arası Korelasyon Analizi 45
3.2.4 Model Testi 48
BÖLÜM 4. TARTIŞMA 50
4.1 TOS'un Geçerliğinin Değerlendirilmesi 50
4.2 TOS'un Güvenirliğinin Değerlendirilmesi 53
4.3 Cinsiyete İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi 54
4.4 Düzenli Spor Yapma ve Diyet Uygulamalarına Göre Ortoreksiya Puanlarının Değerlendirilmesi 54
4.5 Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilerin Tartışılması 55
4.6 Model Testine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi 58
4.7 Genel Değerlendirme 59
4.8 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler 61
EK'LER 63
Ek-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU 63
Ek-2:KİŞİSEL BİLGİ FORMU 64
Ek-3: TOS 66
Ek-4: ORTO-11 ÖLÇEĞİ 67
Ek 5: YTT 68
Ek-6: MOKSL 70
Ek-7: PANAS 71
Ek-8: PKÖ ANNE VE BABA FORMU 72
Ek-9: SAPS 74
KAYNAKÇA 75

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Ortoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri 7
Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri 24
Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri 30
Tablo 4. TOS'un Analiz Faktör Yükleri ve Açıkladığı Varyans Değeri 37
Tablo 5. TOS'un İkinci Analiz Faktör Yükleri ve Açıkladığı Varyans Değeri 38
Tablo 6. TOS için Uyum İyiliği Testleri'ne İlişkin Değerler 39
Tablo 7. TOS Eş Zaman Geçerliği Sonuçları 40
Tablo 8. TOS'un Madde Analizi Sonuçları 41
Tablo 9. TOS'un Güvenirliğine İlişkin Bulgular 42
Tablo 10. Cinsiyete Göre Ortoreksiya Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız T Testi Analizi Sonuçları 43
Tablo 11. Spor Değişkenine Göre Ortoreksiya Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız T Testi Analizi Sonuçları 43
Tablo 12. Diyet Değişkenine Göre Ortoreksiya Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız T Testi Analizi Sonuçları 44
Tablo 13. Değişkenler Arası Korelasyon Katsayıları 47
Tablo 14. Model Uyum İyiliği Testleri'ne İlişkin Değerler 48
Tablo 15. İkinci Model Uyum İyiliği Testleri'ne İlişkin Değerler 49

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Ortoreksiya nervoza, anoreksiya nervoza ve obsesif kompulsif bozukluğun özgün ve örtüşen yönleri 10
Şekil 2. Ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişki: uyumsuz mükemmeliyetçiliğin aracı rolü 19
Şekil 3. TOS maddelerine ilişkin öz değer grafiği 36
Şekil 4. TOS'un faktör yükleri 40
Şekil 5. Ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişki: uyumsuz mükemmeliyetçiliğin aracı rolü 48
Şekil 6. Sağlıklı ortoreksiyanın ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ve uyumsuz mükemmeliyetçilik ile ilişkisi 49

SİMGELER

CFI	: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
n	:Toplam Sayı
NFI	: Normlaştırılmış Uyum İndeksi
NNFI	: Normlaştırılmamış Uyum İndeksi
p	: Anlamlılık Düzeyi
r	: Korelasyon Katsayısı
RMR	: Kök Kareler Ortalaması
RMSEA	: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
Sd	: Serbestlik Derecesi
SS	: Standart Sapma
Ort	: Ortalama
x^2	: Ki kare
%	: Yüzde

KISALTMALAR

AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
AN	: Anoreksiya Nervoza
ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi
BN	: Bulumiya Nervoza
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin Katsayısı
MOSKL	: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PANAS	: Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği
PKÖ	: Psikolojik Kontrol Ölçeği
SAPS	: APS-R Mükemmeliyetçilik Ölçeği Kısa Formu
TOS	: Teruel Ortoreksiya Ölçeği
YTT	: Yeme Tutum Testi

ÖZGEÇMİŞ

Betül Asarkaya

Psikoloji Anabilim Dalı

Eğitim

Derece	*Yıl*	*Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı*
Y.Ls.	2019	Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı
Ls.	2017	Maltepe Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı
Lise	2013	Pendik Fatih Anadolu Lisesi

İş/İstihdam

Yıl	*Görev*
2019	Psikolog, Kartal Kadın Danışma Merkezi
2018-2019	Psikolog, Özel Dragos Yeşil & Beyaz Anaokulu
2015-2016	Akran Danışmanı, Maltepe Üniversitesi SOYAÇ Merkezi

Mesleki Birlik/Dernek Üyelikleri

Yıl	*Kurum*
2017	Türk Psikologlar Derneği

Alınan Burs ve Ödüller

Yıl	
2013-2017	Maltepe Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi ve Psikoloji bölümü ikinciliği, Yüksek Onur Öğrencisi
2013	Maltepe Üniversitesi %100 YÖK bursu

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri ve yılı: İstanbul, 1995 Cinsiyet: K

Yabancı Dil: İngilizce

E-posta: betulasarkaya@gmail.com

BÖLÜM 1. GİRİŞ

1970'li yıllardan bu yana sağlıklı olma ideolojisi manevi bir zorunluluk ve sağlığa ulaşmak için daha büyük bir bireysel sorumluluk olarak vurgulanmaya başlanmıştır (Crawford, 1980; Lupton, 1995). Bu ideolojiye göre sağlık, hayattaki hedeflere ulaşmak için bir araç değildir. Sağlıklı olmak başlı başına bir amaçtır ve bireyin disiplini, öz denetimi ve çabası ile sürdürülür (Crawford, 1980; Dünya Sağlık Örgütü; WHO, 1986).

Günümüzde sağlıklı beslenme, sağlığın gelişmesi ile ilgili konular dikkate alındığında vurgulanan en önemli konulardan birisidir. Besinler doğal olup olmadıklarına göre sınıflandırılmakta, her yerde doğal besin marketleri bulunmaktadır. Medyada her gün çevre kirliliği ve besinlerin sağlık üzerine etkileri, kanserin nedenleri ve kanseri önlemenin yolları üzerine haberler sunulmaktadır (Fidan, Ertekin, İşikay ve Kırpınar, 2010).

Sağlıklı beslenmenin fiziksel ve ruhsal sağlık için oldukça faydalı olduğu birçok araştırma tarafından ortaya konmuştur. Özellikle büyük ölçüde meyvelerden ve sebzelerden oluşan besin açısından zengin bir beslenme şeklinin, kanser veya kardiyovasküler hastalıklar gibi hayatı tehdit eden hastalıklara yakalanma riskini azalttığı bilinmektedir (Van Duyn ve Pivonka, 2000). Aynı zamanda bu tür bir beslenme şeklinin daha fazla yaşam doyumu (Grant, Wardle ve Steptoe, 2009), iyimserlik (Kelloniemi, Ek ve Laitinen, 2005), mutluluk (White, Conner ve Horwath, 2013), benlik saygısı (Steptoe vd., 2003) ve düşük depresyon seviyesi (Jacka ve vd., 2010) ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Benzer şekilde, Mc Martin, Jacka ve Colman (2013) yaptıkları çalışmada, daha fazla meyve ve sebze tüketiminin düşük depresyon seviyesi ve daha az psikolojik sıkıntı ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Tüm bunlarla birlikte, biraz da ironik olarak, sağlıklı beslenme ortoreksiya nervoza geliştiren bireyler için sağlıksız hale gelebilir ve yukarıda belirtilen faydalar bir dizi olumsuz fiziksel ve zihinsel sağlık sonucu ile yer değiştirebilir (Oberle, Samaghabadi ve Hughes, 2017). Sağlıklı beslenme alışkanlığı aslında patolojik değildir.

Sağlıklı beslenmeyle aşırı meşgul olma ve günlük yaşamda ilişkili bozuklukların yaşanması davranışa ve kişiliğe bağlı bir sorun olarak değerlendirilebilir. Ortoreksiya nervoza geliştiren bireyler zamanlarının büyük kısmını yiyecek hakkında düşünerek, sağlıklı olduğunu düşündüğü yiyeceği planlama, satın alma, hazırlama ve tüketmeye adamış bir şekilde harcar. Yeme davranışı mümkün olan tek davranış haline gelir. Bu durum, bireylerin yiyecekle takıntılı bir ilişkiye girmesine ve "sağlıklı" yiyecek için abartılı bir araştırmaya girişmesine yol açar (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale ve Cannella, 2004).

Bratman (1997) ortoreksiya nervoza kavramını ''sağlıklı'' olmak için aşırı diyet yapan fakat gerçekte yetersiz beslenen ve/ya yeme alışkanlıklarına bağlı olarak günlük işlevlerinde sorunlar yaşayan bireyleri tanımlamak için kullanmıştır. Ortoreksiya nervoza henüz klinik olarak kabul edilen bir tanı kategorisi değildir ve DSM-5 (Amerikan Psikiyatri Birliği; APB, 2013) veya ICD-10 (WHO, 2016) tanı kılavuzlarında yer almamaktadır. Buna karşılık ortoreksiya nervoza, araştırmacıların bir yeme bozukluğu olup olmadığı üzerinde tartıştıkları bir kavramdır. Yeme bozukluklarında tanısal örtüşme ve tanılar arasında geçiş sık görülür (Fichther ve Quadflieg, 2007). Benzer şekilde ortoreksiya nervozanın bir yeme bozukluğundan önce gelebileceği, bozukluğu takip edebileceği veya bir yeme bozukluğu ile aynı anda var olabileceğine ilişkin görüşler mevcuttur (Klopp, Heiss ve Smith, 2003).

Ortoreksiya nervozanın ilk ölçümü Bratman (2000) tarafından geliştirilen Bratman Ortoreksiya Testi (Bratman's Orthorexia Test) ile yapılmıştır. Daha sonra Donini, Marsili, Graziani, Imbriale ve Cannella (2005) ölçeğin ilk halini göz önünde bulundurarak 15 maddelik ORTO-15 Ölçeğini geliştirmiştir. Orijinali İtalya'da geliştirilen ölçeğin Türkiye, Brezilya, Macaristan, Polonya, Almanya, İspanya gibi çeşitli ülkelerde psikometrik özelliklerine ilişkin çalışmalar yapılmış ve oldukça farklı sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin, iç tutarlılık katsayısı çeşitli ülkelerde .31 ile .82 arasında değişiklik göstermektedir. Psikometrik özelliklerine ilişkin tutarsız sonuçlar vermesi (Alvarenga ve ark., 2012; Brytek-Matera ve ark., 2014) ve sağlıklı beslenmenin yalnızca patolojik boyutunu (ortoreksiya nervoza) ölçmesi (Roncero, Barrada ve Perpiñá, 2017) sebebiyle ölçek araştırmacılar tarafından eleştirilmiştir. Bu bağlamda mevcut çalışmanın ilk amacı Barrada ve Roncero (2018) tarafından geliştirilen ve ORTO-15'ten daha iyi psikometrik özelliklere sahip olduğu düşünülen Teruel

Ortoreksiya Ölçeği'nin (Teruel Orthorexia Scale; TOS) Türkçe uyarlama çalışmasının yapılmasıdır. TOS bireylerin sağlıklı beslenmeye yönelik inançlarını ve davranışlarını belirlemeye yönelik ifadelerden oluşmakta ve ortoreksiyanın boyutlarını (sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza) değerlendirmek için de kullanılabilmektedir. Bu bağlamda çalışmanın diğer bir amacı ''sağlıklı ortoreksiya'' kavramının yurtiçi literatürüne kazandırılmasıdır.

Ortoreksiya nervoza üzerine yapılan çalışmalar başlangıçta sorunun farklı ülkelerde görülme sıklığını ölçmeye (Donini ve ark., 2004) ve görülme sıklığını etkileyebilecek yaş, cinsiyet, meslek, beden kitle indeksi gibi faktörleri incelemeye odaklanmıştır (Dunn, Gibbs, Whitney ve Starosta, 2017; Varga, Thege, Dukay-Szabo ve van Furth, 2014). Literatürde ortoreksiya nervoza ve ilişkili değişkenler ile ilgili çeşitli çalışmalara rastlansa da ortoreksiya nervozanın oluşumunda etkili olabilecek psikolojik ve çevresel değişkenler kapsamında sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Çalışmanın ikinci amacı yeme bozukluklarının oluşumunda ve seyrinde kapsamlı biçimde ele alınmış olan ebeveyn psikolojik kontrolü ve mükemmeliyetçilik (Polivy ve Herman, 2002) yapılarının ortoreksiya nervoza ile ilişkisinin incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda test edilen modelde ebeveynden algılanan psikolojik kontrolün, ortoreksiya nervoza belirtileri ile uyumsuz mükemmeliyetçilik özelliklerinin aracılığıyla ilişkili olup olmayacağı araştırılmıştır.

Bu çalışmanın birinci ''giriş'' bölümünde ortoreksiya, ortoreksiya nervoza, ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ve uyumlu-uyumsuz mükemmeliyetçilik özelliklerine ilişkilin literatür bilgisi ve ilgili konularda yapılmış araştırma bulguları yer almaktadır. Daha sonra bu sırayı mevcut araştırmanın amaçları, araştırma hipotezleri ve araştırmanın önemi izlemektedir. Araştırmanın ikinci ''yöntem'' bölümünde; araştırma modeli, araştırma örnekleminin özellikleri, çalışma için kullanılan ölçüm araçları tanıtılmaktadır. Üçüncü ''bulgular'' bölümünde, araştırmanın hipotezlerini test etmek amacıyla yapılan analizlerden elde edilen bulgular sunulmaktadır. Son olarak dördüncü ''tartışma'' bölümünde; araştırmanın bulguları, konuya ilişkin daha önceki araştırma bulgularıyla karşılaştırılarak yorumlanmakta, araştırmanın sonuçları ve sınırlılıkları tartışılmaktadır.

1.1. ORTOREKSİYA

Ortoreksiya kavramı ilk olarak Steven Bratman (1997) tarafından tanımlanmıştır. Bu kelime Yunancada doğru anlamına gelen ‘‘ortho’’ ve açlık anlamına gelen ‘‘orexis’’ kelimelerinden oluşturulmuştur. Ortoreksiya ise ‘‘doğru beslenme’’ anlamına gelmektedir. Bununla birlikte, bilimsel literatürün büyük bir kısmı doğru ya da sağlıklı beslenmeye olan ilgiyi, besine yönelik problemli bir yaklaşımla ilişkilendirmiş ve ortoreksiya kavramını ‘‘sağlıklı beslenme takıntısı’’ olarak ele alarak bu tür bir yeme biçiminin olası patolojik yönü üzerine durmuştur. Bu açıdan ortoreksiya, sağlıklı beslenme takıntısından daha geniş bir yapıdır ve sağlıklı beslenmenin olumlu boyutunu da içermektedir (Depa, Barrada ve Roncero, 2019).

1.1.1 Sağlıklı Ortoreksiya

Sağlıklı beslenmeye yönelik sağlıklı ilgi sağlıklı ortoreksiya olarak adlandırılmaktadır. Sağlıklı ortoreksiya, sağlıklı yiyecekler yeme eğilimini ve bunu yapmaya olan ilgiyi içermektedir. Sağlıklı ortoreksiya, psikopatolojik (yeme bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, negatif duygulanım) değildir, psikopatoloji ile ters orantılı olarak beslenmeye ve yiyeceğe olan sağlıklı ilgiyi temsil eder. Bu bağlamda bireyler sağlıklı bir beslenme düzeni ile ilgilenirler; sağlıklı yiyecek satın almak, yenilecekleri planlamak ve hazırlamak için önemli miktarda zaman ve para harcarlar. Bireylerin bu ilgisi sağlıklı yiyeceğe ilişkin tutumlarını ‘‘yaşam tarzı’’ olarak tanımladıkları için benliklerine uygundur (Barrada ve Roncero, 2018), başka bir deyişle ego-sintoniktir.

1.1.2 Ortoreksiya Nervoza

Sağlıklı beslenmeye yönelik patolojik ilgi ortoreksiya nervoza olarak adlandırılmaktadır (Barrada ve Roncero, 2018). Ortoreksiya nervoza kavramı, ilk olarak Steven Bratman (1997) tarafından ‘‘doğru beslenme takıntısı’’ olarak tanımlanmış ve bu takıntıyı sürdürerek kısıtlayıcı bir beslenme düzeni ile yiyecek hazırlamaya odaklanan ve ritüelleştirilmiş yeme örüntülerini takip eden bireyleri tanımlamak için kullanılmıştır.

Obezitenin giderek artmasıyla birlikte toplum ve sağlık profesyonelleri sağlıklı beslenmeyi bir ideal olarak görmekte ve sağlıklı yeme davranışı çoğu zaman pozitif olarak düşünülmektedir. Sağlık adı altında herhangi bir beslenme düzenini benimsiyor olmak ortoreksiya nervoza olmak anlamına gelmemektedir (Bratman ve Knight, 2000). Ortoreksiya nervoza olmak uygulanan beslenme düzeninin yaşamın temel amacı haline gelmesi, bu amaçtan uzaklaşılmasının kişinin suçluluk hissetmesine, kendisinden nefret etmesine (Billings, 2015) ve gündelik yaşam tarzından uzaklaşmasına (Donini ve ark., 2004) yol açmasıdır.

Ortoreksiya nervoza herbisit, pestisit, sağlıksız yağlar, aşırı tuz ve şeker veya yapay maddeler içermeyen, biyolojik yönden saf ve sağlıklı besinlerin tüketilmesine karşı patolojik bir takıntı olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir deyişle ortoreksiya nervoza sağlıklı yemek yeme konusunda sağlıksız bir takıntıdır. Bireyler saf, sağlıklı yiyecek olarak kabul edilen şeylere aşırı özen gösterir, beslenmelerinde bu yiyecekleri seçmeye dikkat ederler (Bartrina, 2007; Strand, 2004). Sağlık, beslenme ve yiyeceğin kalitesine ilişkin korku ve kaygılar ön plandadır (Varga ve ark., 2004).

Ortoreksiya nervozada bireyler yiyeceğin miktarından çok kalitesine ilişkin endişe duyarlar (Aksoydan ve Camcı, 2009) ve beslenme düzenlerinde mükemmel bir saflık düzeyine erişmeyi amaç edinirler. Bireyler sağlıklı yiyecek ile ilgili üç temel unsura önemli miktarda zaman harcarlar. Besinin kaynağı (örn. Sebzelerin böcek öldürücü kimyasallara maruz kalıp kalmaması, süt ürünlerinin hormon takviyeli ineklerden gelip gelmediği), işlem süreci (örn. Pişme sırasında besin değerini kaybedip kaybetmemesi, suni tatlandırıcı veya koruyucu madde eklenip eklenmemesi) ve ambalajlama (örn. Yiyeceğin plastikten üretilmiş kanserojen bileşimler içerip içermediği veya etiketlerin, spesifik olarak, kaliteyi değerlendirmek için yeterli bilgi sağlayıp sağlamadığı) (Donini ve ark., 2004). Sağlıklı yiyeceğe ilişkin tüm bu endişeler zamanla karmaşık olan (örn. Hangi yiyeceklerin tek bir günde veya belirli zamanlarda birleştirilebileceğini yöneten içsel kurallar) ve/ya alışılmadık şekilde uzun süreler gerektiren (örn. Bir gıda tipinin maksimum sindiriminin başka bir gıda tipinin alınmasından belirli bir süre sonra gerçekleştiği inancı) yeme kalıpları ortaya çıkarabilir (Bratman ve Knight, 2000).

Ortoreksiya nervozada yiyecek seçiminde tek değerlendirme kriteri yiyeceğin ‘‘sağlıklı’’ olmasıdır. Bu durum, bireylerin katı bir beslenme düzeni benimseyerek veya önemli besin bileşenlerini beslenmelerinin dışında bırakarak, beslenmelerinin yetersiz ve dengesiz olmasına yol açar. Bireyler, saf veya doğal olarak görmediği herhangi bir besini tüketmekten çok kendilerini aç bırakmayı tercih eder. Belirli bir yiyecek türüne yönelik bu davranış biçimi zamanla kişisel ve sosyal ilişkilerin, genel psiko-fiziksel durumun değişmesine neden olur (Bratman, 1997).

Bireyler sağlıksız buldukları bir yiyeceği tüketerek katı beslenme kurallarını ihlal ettikleri takdirde kendilerini giderek artan daha katı beslenme kısıtlamaları ile cezalandırabilir. Tükettikleri yiyeceklerin kalitesi kişisel değerlerden, kişilerarası ilişkilerden, kariyer planlarından ve sosyal ilişkilerden daha önemli hale gelebilir (Bağcı Bosi ve ark., 2007). Sağlıklı beslenme konusundaki çarpıtılmış algıları bu kimselerin başkaları hakkındaki görüşlerini etkileyebilir, beslenme alışkanlıklarında kendileriyle aynı öz disiplini göstermeyen herkese yukarıdan bakmalarına sebep olabilir. Çevreleri ile benzer beslenme alışkanlıklarına sahip olmadıkları için gittikleri her yere özel yiyeceklerini taşırlar. Bu durum sosyal açıdan izole olmalarına yol açar (Bratman ve Knight, 2000).

1.1.1.1 Ortoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri

Ortoreksiya nervoza henüz klinik olarak kabul edilen tanım ve geçerli tanı kriterlerine sahip değildir, bununla birlikte bazı araştırmacılar ortoreksiya nervoza için geçerli olabilecek tanı kriterleri önermiştir (Bratman ve Knight, 2000; Moroze, Dunn, Craig Holland, Yager ve Weintraub 2014).

Dunn ve Bratman (2016) literatürde belirtilen kriterlerin ortoreksiya nervoza ile ilişkili olduğunu ancak birçoğunun tanı konulması için yeterli olmadığını ileri sürmüştür. Örneğin, Moroze vd. (2014) tarafından önerilen tanı kriterlerinde kilo kaybının ortoreksiya nervozadaki rolü ele alınmamıştır. Anılan araştırmacılara göre belirtilen kriterler tanı kriterleri olarak değil ortoreksiya nervozayı desteklemek ve doğrulamak için yardımcı kriterler olarak ele alınmalıdır. Bunun nedeni bireyler tarafından benimsenen farklı beslenme kurallarının tanı kriterleri olarak kabul edilmesidir. Belirlenen kurallar kişiye özeldir ve içeriği değişken olabilir. Yardımcı

kriterler arasında yiyecek seçimi, planlama, satın alma, hazırlık ve tüketime yönelik obsesif meşguliyet, yiyeceğin hazdan çok sağlık kaynağı olarak kabul edilmesi, yasaklanmış yiyeceklere yakın olunduğunda sıkıntı duyma veya iğrenme, belirli yiyecek çeşitlerinin tüketilmesi veya tüketilmemesinin hastalıkları önleyebileceği, iyileştirebileceğine veya günlük iyi oluşu etkileyebileceğine dair abartılı inanç, diğer süreçler değişmeden kalırken beslenme şekline dair inançlarda dönemsel değişimler, başkalarının beslenme şekillerine dayanarak onlar hakkında ahlaki yargıya varma, beden imajının ağırlık yerine fiziksel "kirlilik" hissi çerçevesinde bozulması ve yetersiz beslenme belirtilerine rağmen beslenme uygulamalarının sağlığı teşvik ettiği inancını sürdürmek yer almaktadır. Bu doğrultuda Dunn ve Bratman (2016) tarafından önerilen tanı kriterleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Ortoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri

A. Sağlıklı beslenme ile ilgili aşırı zihinsel uğraşı, bir beslenme şekli teorisi ya da kişiye özgü detayları değişebilir inançlar kümesi; sağlıksız olduğu düşünülen gıda seçimleriyle ilgili abartılı duygusal sıkıntı; beslenme seçimlerinin bir sonucu olarak ortaya çıkabilen kilo kaybı (ancak birincil amaç değildir).
    1. Bireyin en iyi şekilde sağlığını geliştirdiğine inandığı olumlu ve kısıtlayıcı beslenme şekillerine ilişkin kompulsif davranış ve/ya zihinsel meşguliyet.
    2. Bireyin kendisine dayattığı beslenme kurallarını ihlal etmesi, anksiyete ve utanç duyguları eşliğinde abartılı hastalık korkusu, kişisel kirlilik duygusu ve/ya olumsuz fiziksel duyumlara neden olur.
    3. Beslenme ile ilgili kısıtlamalar zamanla artar. Bu tür bir kısıtlama tüm yiyecek gruplarının ortadan kaldırılmasını ve arındırma/detoks olarak kabul edilen, giderek daha sık ve/ya şiddetli olan ''temizlenmeler'' (kısmi oruçlar) içerebilir. Kilo verme arzusu yoktur ancak bu durum genellikle kilo kaybına yol açar.
B. Kompulsif davranış ve zihinsel meşguliyet, aşağıdakilerden biri ile klinik bir bozukluk olarak tanımlanır:
    1. Kısıtlayıcı bir beslenme şeklinden kaynaklanan yetersiz beslenme, ciddi kilo kaybı ve/ya diğer tıbbi komplikasyonlar.
    2. Sağlıklı beslenme ile ilgili inanç ve davranışlara bağlı olarak sosyal, akademik veya mesleki işleyişin bozulması.
    3. Olumlu beden imajı, öz saygı, kimlik ve/ya tatminin kişinin kendi için belirlemiş olduğu "sağlıklı" yeme davranışına uyumu ile ölçülmesi.

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

1.1.1.2 Ortoreksiya Nervoza Sınıflandırılması

Ortoreksiya nervoza için geçerli tanısal kriterler, APB tarafından yayınlanan DSM-5'te resmi olarak tanımlanmadığı için tartışmalıdır. Literatürde ortoreksiya nervozanın var olan bir yeme bozukluğunun (Moroze ve ark., 2014) veya obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) bir varyantı olarak sınıflandırılıp sınıflandırılmayacağı konusunda tartışmalar sürmektedir (Brytek-Matera, 2012).

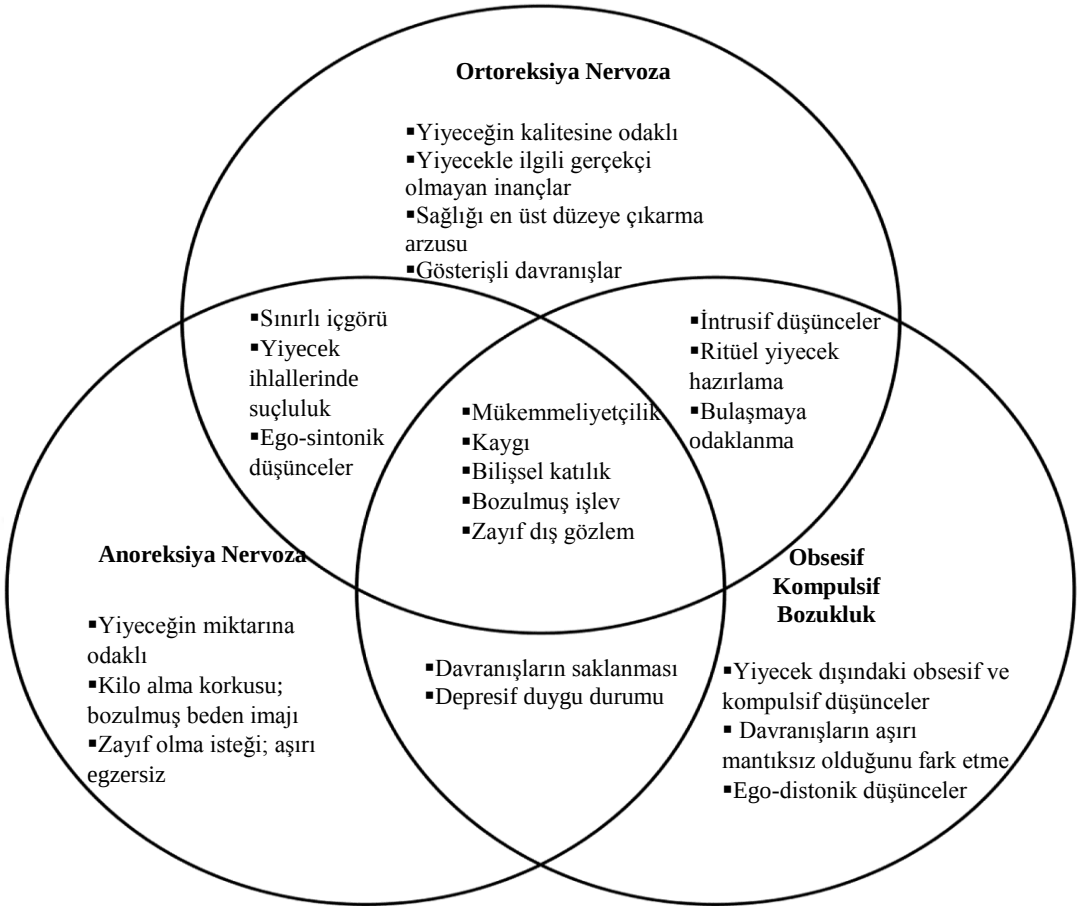
Ortoreksiya nervoza biyolojik yönden saf besinler için oluşan patolojik takıntı olarak açıklanmaktadır (Fidan ve ark., 2010). Brytek-Matera (2012), sağlıklı beslenme ve sağlıklı yaşam tarzının iyi ve arzu edilir bir durum iken bazı bireylerde bu ''sağlık alışkanlıklarının'' normalliğin ötesinde bir duruma gelebileceğini ve meşguliyet ve obsesyona dönüştüğünü, dolayısıyla bu durumun OKB belirtilerine açıkça benzediğini belirtmiştir. Bu doğrultuda, ortoreksiya nervoza eğilimi olan bireyler, besinlerin kalitesi ve doğru olduğunu düşündükleri miktardaki sağlıklı besin maddelerine ulaşmak için aşırı endişe, stres ve meşguliyet yaşamaktadır. Uygunsuz zamanlarda gıda ve sağlıkla ilgili tekrarlayan, intrusif düşünceler, bulaşma/kirlenme ve yiyeceğin saf olmadığına ilişkin abartılı endişeler, besinleri düzenleme-ritüel bir şekilde yeme için güçlü bir istek duyma, ''sağlıksız'' ya da ''kötü'' beslendiklerinde suçluluk hissederek kendilerini cezalandırma (Bratman ve Knight, 2000; Kinzl, Hauer, Traweger ve Kiefer, 2006) ve kontrol ihtiyacı (Dell'Osso vd., 2018) ortoreksiya nervozanın OKB'ye benzer yanları olarak gösterilmektedir. Mathieu (2015) ise ortoreksiya nervozada mevcut olan kaygı ve mükemmeliyetçiliğin OKB'nin ortak bileşenleri olduğunu ileri sürmüştür. Sağlıksız olduğu düşünülen ve beslenme dışı tutulan yiyecekler ile ilgili kaygının odak noktası olması OKB ile aynı doğrultudadır (Brytek-Matera, 2012).

OKB ve yeme bozuklukları yiyecek planlaması ve hazırlığı sırasında çeşitli ritüellere yol açan ''obsesyonel kaygı'' açısından benzerlik taşımaktadır. Bu kaygıya bağlı olarak yiyecek hazırlama oldukça fazla zaman alabilir ve kompulsif davranışa benzer ritüeller (örn. Yiyecekleri hazırlanmasında hangi materyalin kullanılacağı; tahta ve/ya seramik gibi) içerebilir (Brytek-Matera, 2012). Diğer bir deyişle, her iki yapıda da

bireyler algıladıkları bir tehdit uyaranına ve bu tehdit ile ilgili tekrarlayan ve intrusif düşüncelere sahiptir. Bireyler düşüncelerin yarattığı olumsuz etkiyi hafifletmek ve kaygıları ile baş edebilmek için ritüeller geliştirebilir. OKB'nin ortak bir özelliği ritüellerin tamamlanamaması durumunda algılanan tehditle orantılı olarak felaket sonuçlarının ortaya çıkacağı düşüncesidir (Altman ve Shankman, 2009). Benzer şekilde ortoreksiya nervozada sağlıklı beslenme kurallarına yeterince bağlı kalınmadığında suçluluk ve kaygı hissedilebilmektedir (Donini ve ark., 2004)

OKB'ye benzer şekilde ortoreksiya nervozada da katı kurallar söz konusudur. Besinler ile ilgili katı kurallara bağlılık bireylerin gündelik yaşantısını engelleyerek yaşamlarındaki diğer aktiviteler için sınırlı bir süreye sahip olmalarına neden olur ve sosyal etkileşimlerini engeller (Donini ve ark., 2004). En önemli fark ise ortoreksiya nervozadaki zorlayıcı düşüncelerin içeriğinin ego-distonik (bireyin düşüncesi, davranışları, değerleri, ego ihtiyaçları ve hedefleri ile kabul edilemez, uyumsuz ve tutarsız hissedilen duygular) olmaktan çok ego-sintonik (bireyin düşüncesi, davranışları, değerleri, ego ihtiyaçları ve hedefleri ile kabul edilebilir ve tutarlı hissedilen duygular) olarak algılanmasıdır (Koven ve Senbonmatsu, 2013; Bkz. Şekil 1).

Bazı araştırmacılar ise ortoreksiya nervozanın bir yeme bozukluğu, bir yeme bozukluğunun öncülü veya kalıntısı olabileceğini öne sürmüştür. Ortoreksiya nervoza ve yeme bozuklukları katı diyet (Varga ve ark., 2014), mükemmeliyetçilik (Brytek-Matera, 2012), kaygılı kişilik özelliği ve aşırı kontrol ihtiyacı (Fidan ve ark., 2010) ve yiyecek hazırlama ile ilgili davranış ve ritüellerde katılık (Bartrina, 2007) açısından benzerlik taşımaktadır. Ortoreksiya nervoza ve yeme bozuklukları yemek yeme ile ilgili bir haz eksikliği ile karakterizedir; yiyecek alımı, bireylerin özsaygılarını geliştirmek ve kişisel tatmin sağlamak için bir araç olarak kullanılır ve onlara kendi yaşamları üzerinde kontrol hissi sağlar (Segura-Garcia, 2015). Besinler ile ilgili katı kısıtlamalar, yemek ile ilgili konuların bireyin yaşamının ana odağı olması, bilişsel çarpıtmalar (besinlere ilişkin büyülü inançlar), bazı besinlere ve/ya bu besinlerden kaçınmak için yoğun endişe, kişisel bakımın devam ettirilmesine abartılı ihtiyaç duyma, bireyin kendi beslenme uygulamalarına dayanarak diğerlerine karşı üstünlük duygusu, kontrol ihtiyacı, ego-sintonik düşünceler, beslenme yetersizliği ve sosyal izolasyon ortoreksiya nervozanın anoreksiya nervozaya (AN) benzer yanları olarak gösterilmektedir (Brytek-Matera, 2014).



Şekil 1. Ortoreksiya nervoza, anoreksiya nervoza ve obsesif kompulsif bozukluğun özgün ve örtüşen yönleri

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

Ortoreksiya nervozada yiyeceğe ilişkin zihinsel meşguliyet AN ve bulimiya nervozaya (BN) benzemektedir (Segura-Garcia, 2015). Ancak, AN ve BN'den farklı olarak birincil kaygı tüketilen yiyecek miktarı değil yiyecek kalitesidir (Donini ve ark., 2004; Segura-Garcia, 2015). Başka bir deyişle AN ve BN'de ideal bir beden imajı aranırken ortoreksiya nervozada saf bir beden aranmaktadır. Ortoreksiya nervozada AN ve BN'de karakteristik olan kilo verme isteği, kilo almaya ilişkin aşırı korku ve beden ölçüleri üzerine meşguliyet görülmemektedir (Brytek-Matera,2012; Fidan ve ark., 2010). AN ve BN düşük benlik saygısı ile başlarken, ortoreksiya nervozanın başlangıcında düşük benlik saygısı etkili değildir (Mac Evilly, 2001). AN'de bireylerin

yeme alışkanlıkları kilo verme arzusu ile şekillenirken ortoreksiya nervozada bireylerin yeme alışkanlıkları yiyeceğin sağlıklı, doğal ve saf olma arzusu ile şekillenmektedir (Bratman ve Knight, 2000; Ramacciotti ve ark., 2011).

İfade edilenlerle birlikte sınır genellikle açık değildir, yeme bozukluğu ve ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkiler oldukça karmaşık olabilir (Kummer, Dias ve Teixeira, 2008). Ortoreksiya nervoza bir yeme bozukluğundan önce gelebilir veya onu takip edebilir ve en azından teorik olarak bir yeme bozukluğu ile eş zamanlı var olabilir. Sağlık çalışanları yeme bozukluğu riski taşıyan (Klopp, Heiss ve Smith, 2003), yeme bozukluğu olduğu düşünülen veya yeme bozukluğu teşhisi koyulan bireylerin belirli yeme alışkanlıklarını (örn. Vejeteryan veya vegan diyetleri) yiyecekten kaçınmayı meşrulaştırmak için sosyal olarak kabul edilebilir bir yol olarak benimsemiş olmalarından endişelenirler (Bardone-Cone vd., 2012).

Mac Evilly (2001) ise ortoreksiya nervozanın bir yeme bozukluğu olarak sınıflandırılması yerine, gelecekte söz konusu olabilecek yeme bozuklukları için bir risk faktörü olarak değerlendirilebileceğini öne sürmüştür. Bu düşünceye göre ortoreksiya nervoza uygun şekilde ele alınmadığı takdirde, bu bozulmuş yeme şekli zamanla tam bir yeme bozukluğuna dönüşebilir. Benzer şekilde Dellava, Hamer, Kanodia, Reyes-Rodrı´guez ve Bulik (2011) AN'de iyileşme gösteren kadınlar ile pilot bir çalışma yürütmüştür. Katılımcıların iyileşme sonrası beslenme düzenleri ve fiziksel aktiviteleri incelenmiş ve sonuçlar daha önce yeme bozukluğu öyküsü olmayan kadınlar ile karşılaştırılmıştır. Katılımcıların gıda seçiminde ‘‘sağlığa yararını’’ temel alma olasılıklarının daha yüksek olduğu ortaya konmuştur. Bu ‘‘ortorektik’’ davranış Segura Garcia (2015) tarafından yüksek kaliteli gıdaları yeme bahanesiyle gıda alım miktarını kontrol etmeye yönelik gerçek niyetini gizliyor olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

1.1.1.3 Ortoreksiya Nervoza Prevalansı

Ortoreksiya nervoza prevalansı İtalya (Donini ve ark., 2004), Avusturya (Kinzl ve ark., 2006), İsveç (Eriksson, Baigi, Marklund ve Lindgren, 2008), İspanya (Valera, Ruiz, Valdespino ve Visioli, 2014), Macaristan (Varga ve ark., 2014) gibi çok sayıda ülkede araştırılmıştır. Yapılan çalışmalar sonucunda ortoreksiya nervoza prevalansı genel popülasyonda % 1 (Dunn, Gibbs, Whitney ve Starosta, 2017) ile % 57.6

(Ramacciotti ve ark., 2011) arasında değişmekte olup, belirli gruplarda % 81.8'e (Aksoydan ve Camcı, 2009) kadar yükselmektedir. Örneğin, Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında, Bağcı Bosi vd., (2007) tarafından 318 tıp doktoru ile yürütülen bir çalışma sonucunda katılımcıların % 45.5'inin, Asil ve Sürücüoğlu (2015) tarafından 117 diyetisyen ile yürütülen çalışma sonucunda ise katılımcıların %41.9'unun ortoreksiya nervoza puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Son olarak Aksoydan ve Camcı'nın (2009) 94 performans sanatçısı ile yürüttüğü çalışma sonucunda katılımcıların % 56.4'ünün ortoreksiya nervoza puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur.

Ortoreksiya nervozanın klinik olarak kabul edilen bir tanımı ve standart bir ölçümünün olmaması cinsiyet, yaş, kültür, meslek ve diğer sosyo-demografik değişkenler arasında tutarlı bir yaygınlık oranının elde edilmesini zorlaştırmaktadır (Poirier, 2016). Örneğin, bazı çalışmalar ortoreksiya nervoza eğiliminin erkeklerde kadınlardan daha fazla görüldüğünü ortaya koyarken (Donini ve ark., 2005; Fidan ve ark., 2010) bazı çalışmalarda ise cinsiyetler arası fark anlamlı bulunmamıştır (Bağcı Bosi, Çamur ve Güler, 2007). Ek olarak, kadınların erkeklerden daha fazla ortoreksiya nervoza eğilimi gösterdiğini ortaya koyan çalışma sonuçları da mevcuttur (Arusoğlu, Kabakçı, Köksal ve Merdol, 2008). Yaş ile ilgili çalışmalara bakıldığına ise Arusoğlu ve ark., (2008) yaşın Türk kültüründe önemli bir değişken olmadığını ortaya koymuştur. Bununla birlikte farklı yaş gruplarında ortoreksiya nervoza puanları arasındaki farklılıklar Türk tıp öğrencilerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ve ortoreksiya nervoza eğilimi daha genç öğrencilerde (21 yaş altı) daha yüksektir (Fidan ve ark., 2010). Bağcı Bosi, Çamur ve Güler (2007) ve Donini, Marsili, Graziani, Imbriale ve Cannella (2005) tarafından yapılan çalışmalarda ortoreksiya nervoza eğilimi ileri yaşla ilişkili bulunmuştur.

Ortoreksiya nervoza ile ilgili risk faktörleri bu konuyu kapsayan sınırlı sayıda çalışma nedeniyle henüz belirsizdir. Ortoreksiya nervozanın diğer birçok yeme bozukluğunda olduğu gibi eşzamanlı olarak hareket eden biyolojik, genetik, psikolojik ve çevresel faktörler olmak üzere çeşitli risk faktörlerinin sonucu olabileceği düşünülmektedir (Koven ve Abry, 2015). Değişen beyin işlevleri ve/ya hormon seviyeleri, ortoreksiya nervoza gelişiminde rol oynayan diğer olası risk faktörleridir (Bratman, 2017; Elliott, 2014). İlgili literatür incelendiğinde bazı grupların ortoreksiya

nervozadan daha fazla etkilenmekte olduğu görülmüştür. Bu risk grupları arasında spor yapanlar (Eriksson, Baigi, Marklund ve Lindgren, 2008), tıp doktorları (Fidan ve ark., 2010), tıp öğrencileri (Strand, 2004), diyetisyenler (Alveranga, 2012; Kinzl ve ark., 2006) ve performans sanatçıları (Aksoydan ve Camcı, 2009) bulunmaktadır.

1.2. EBEVEYN PSİKOLOJİK KONTROLÜ

Ebeveyn kontrolü ebeveynin çocuğun davranışlarını ve yapıp ettiklerini aşırı şekilde yönlendirdiği ve/ya düzenlediği tüm kontrol davranışlarını ifade etmektedir (Schaffer ve Crook, 1980). Çocuk ve ergenlerde algılanan ebeveyn kontrolünün doğasını ve etkilerini içeren araştırma literatürü oldukça geniş ve karmaşıktır. Literatürde çok sayıda farklı kontrol kavramsallaştırması bulunmaktadır. Barber (1996), ebeveyn kontrolünü çocuğun davranışlarını ve psikolojisini kontrol eden uygulamalar olmak üzere iki ayrı boyut olarak ele almış ve kontrol biçimlerinin ayrışmasına katkı sağlamıştır. Kontrolün davranışsal ve psikolojik olarak iki ayrı boyut şeklinde ele alınmasıyla ebeveyn kontrolü ile ilgili görece daha tutarlı araştırma sonuçlarına ulaşılmıştır (Barber, Olsen ve Shagle, 1994; Steinberg, Elmen ve Mounts, 1989). Davranışsal kontrol, çocukların davranışlarını kontrol etmeye veya yönetmeye çalışan ebeveyn davranışları; psikolojik kontrol ise çocuğun psikolojik ve duygusal gelişimine müdahale eden kontrol girişimleri olarak tanımlanmaktadır (Barber, 1996). Bu çalışmada ebeveyn kontrolünün çocuğun düşünme süreçleri, kendini ifade etme, duygular ve ebeveyne bağlanma gibi psikolojik ve duygusal gelişimini içeren psikolojik kontrol boyutu ele alınmıştır.

Psikolojik kontrol kavramı 1960'lı yıllarda Becker (1964) ve Schafer'in (1965) çalışmaları ile ortaya çıkmıştır. MacKinnon (1938) ve Allinsmith (1960) tarafından psikolojik disiplin olarak tanımlanan; çocuğu suçlayan, hayal kırıklığına uğradığını belirten, sevgisini esirgeyen ve çocuğu yalnız bırakan ebeveyn davranışları Becker'in (1964) çalışmalarının temelini oluşturmuştur. Schafer (1965) psikolojik kontrol kavramını müdahaleci, aşırı koruyucu, bağımlılığı teşvik eden, başarı talep eden ve aşırı duygusal ebeveynleri tanımlamak için kullanmıştır. Diğer bir değişle, ebeveyn psikolojik kontrolü çocukların duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarına cevap vermeyen ve bağımsız ifade ve özerkliği engelleyen ebeveyn davranışlarını ifade eder (Barber, 2002; Schaefer, 1965).

Barber ve Harmon (2002) psikolojik kontrolü kısıtlayıcı kontrol ve manipülatif kontrol olmak üzere iki ana kategoriye ayırmıştır. Kısıtlayıcı kontrol çocuğun sözel davranışlarını sınırlama ve sözel ifadelerini engelleme olarak tanımlanmaktadır. Kısıtlayıcı kontrol uygulayan ebeveynler çocuğun kendini keşfetmesi ve ifade etmesini engellemektedir. Manipülatif kontrol ise suçluluk uyandırma, sevgiyi geri çekme ve çocuklara ebeveynlerinin koşullu sevgisinin stresini hissetmesini sağlayan kaygıyı aşılama olarak tanımlanmaktadır. Psikolojik kontrol yoluyla çocukların "uygunsuz" davranışlarını değiştirene kadar ebeveynlerinin olumsuz duygularının devam edeceğini öğrenmeleri beklenmektedir (Hart, Nelson, Robinson, Olsen ve McNeilly-Choque, 1998).

Psikolojik olarak kontrol eden bir ebeveynlik ortamı çocuk veya ergenin duygularını, düşünce veya fikirlerini ebeveyn-çocuk ilişkisi yoluyla manipüle ederek davranışları kontrol etmeye yönelik ebeveyn girişimleri ile karakterizedir. Ebeveynlerin çocuğun yapıp ettiklerini kontrol etme girişimi çocuğun psikolojik dünyasını olumsuz yönde etkileyen şekillerde (örn. Suçluluk uyandırma, hayal kırıklığını ifade etme, sevgiyi geri çekme ve aşırı utanç duyma) ortaya çıkmakta ve bu durum çocuğun ve/ya ergenin psikolojik gelişimine zarar vermektedir (Barber ve Harmon, 2002; Smetana ve Daddis, 2002). Psikolojik kontrol süreçleri çocuğun ve/ya ergenin duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamayan bir sosyalleşme baskısı içerir. Bu durum çocuğun ve/ya ergenin kendi düşünce ve duygularını sembolize etme, ifade etme ve sırasıyla düzenleme becerilerine müdahale ederek özerklik gelişimini engellemektedir (Barber ve Harmon, 2002; Maccoby ve Martin, 1983). Yapılan çalışmalar, ebeveynden algılanan yüksek psikolojik kontrolün saldırganlık ve suç gibi dışsallaştırma sorunları (Barber ve Olsen 1997), düşük benlik saygısı (Caron, Weiss ve Harris, 2003), yüksek öz eleştiri seviyesi (Campos, Besser, ve Blatt, 2010), yüksek anksiyete seviyesi (Ballash, Pemble, Usui, Buckley ve Woodruff-Borden, 2006), depresif semptomlar (Pettit, Laird, Dodge, Bates, ve Criss, 2001), duygu düzenleme güçlüğü (Nanda, 2015) ve intihar düşünceleri (Comstock, 1994) ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

İlgili literatür incelendiğinde ebeveynden algılanan yüksek kontrolün, yeme bozukluğuna sahip ergenlerin karakteristik özelliği olduğu ileri sürülmüştür (Vandereycken, 1994). Çalışmalar, bireylerin kendi yaşamları üzerinde algıladıkları düşük kişisel kontrol ile yemek yeme ve dolayısıyla kiloları üzerinde yüksek düzeyde

kontrol uygulama becerisi arasında bir ilişki olduğu üzerinde durmuştur (Crossfield, 2005). Her birey yaşamının bir yönünü kontrol etme ya da en az bir alanda başarı elde etme ihtiyacı yaşamaktadır. Ancak, bireylerin çabalarının bir sonucu olarak mutlak kontrol sağladığı ve/ya başarılı olduğu çok az sayıda alan mevcuttur. Aile dinamikleri, sosyal ilişkiler, sınav performansı ve mesleki gelişim gibi alanlardaki başarı kısmen diğer insanların davranışlarına bağlıdır. Bu bağlamda mutlak kontrol ve/ya başarı için ‘‘kendini kontrol’’ uygun tek alandır. Yemek yemenin başkalarının davranışları ile kontrol edilemeyen kişisel bir alan olması besin alımı ve kilo kontrolünün, kişisel kontrol için uygun bir alan olmasını sağlamaktadır (Slade, 1982). Benzer şekilde Fairburn, Shafran ve Cooper (1999) yeme bozukluğu olan kişilerin yaşamlarının bir dizi alanını kontrol etmeye çalışsalar da gıda alımı üzerindeki kontrollerin kısa süre içerisinde çabalarının odağı olduğunu, çünkü bunu başarılı bir kontrol ifadesi olarak deneyimlediklerini belirtmiştir. Kısıtlayıcı ve duygusal yeme tutumları ebeveynden algılanan kontrol ile ilişkilidir (Carper, Fisher ve Birch, 2000). Ek olarak ebeveynlerin beslenmeye yönelik katı ve kontrollü yaklaşımları, çocukların açlık ve tokluk hislerini dışsal ipuçlarına odaklayarak gıda alımında kendilerini kontrol etmelerinin gelişimine de ket vurabilir (Johnson ve Birch, 1994).

Ebeveynden algılanan yüksek psikolojik kontrolün ilişkili olduğu bir diğer değişken mükemmeliyetçi kişilik özelliğidir (Soenens ve ark., 2005; Soenens vd., 2008). Psikolojik kontrol uygulayan ailelerde çocuğun performans ve davranışları ebeveynlerinin taleplerini karşılayıp karşılamama durumuna göre onay alır veya almaz. Çocuk bu taleplerini karşılayamadığında ebeveynleri tarafından eleştirilir ve suçluluk duygusuna maruz bırakılır. Bu tür psikolojik kontrole maruz kalmanın bir sonucu olarak çocuklar ebeveynlerinin sert ve katı standartlarını benimseyerek yavaş yavaş bu standartları kendilerine uygulamayı öğrenir. Dahası, bu sosyal olarak belirtilen ve kendilerine uygulamayı öğrendikleri standartları karşılamada yetersiz olduklarını düşündüklerinde, kendilerini olumsuz biçimde değerlendirebilirler (örn. Suçluluk, kendi kendini denetleme ve değersizlik) (Flett, Hewitt, Oliver ve MacDonald, 2002).

Burbach ve Bourdin (1986) yaptıkları çalışmada depresyonda olan kişilerin ebeveynlerini aşırı kontrol eden, suçluluk uyandıran bireyler olarak anımsadıklarını ortaya koymuştur. Bazı ergenler bu durumu telafi etmek ve özerk olduklarını ileri sürmek için aşırı öz denetim yolu ile içe dönerler. Bu tür bir denetim, psikolojik kontrol

ile depresyon arasındaki ilişkiye aracılık ettiği görülen uyumsuz mükemmeliyetçilik gibi yapılarda kendisini ortaya koyabilir (Soenens ve ark., 2008).

1.3. UYUMLU – UYUMSUZ MÜKEMMELİYETÇİLİK

Mükemmeliyetçilik kusursuzluk ve eksiksizlik gerektiren, yüksek kişisel standartların belirlenmesiyle karakterize bir kişilik yapısıdır (Burns, 1980; Frost, Marten, Lahart ve Rosenblate, 1990). İlk araştırmalar mükemmeliyetçiliği ağırlıklı olarak olumsuz, tek boyutlu bir kişilik özelliği olarak ele almıştır (Burns, 1980; Pacht, 1984). Mükemmeliyetçiliğin çeşitli fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklar ile ilişkisini destekleyen önemli kanıtlar olması (Flett ve Hewitt, 2002) ve birçok psikolojik zorluğun formülasyonunda teorik olarak öne çıkan bir yapı olması (Frost ve Marten, 1990) mükemmeliyetçiliğin tek boyutluluğuna ilişkin bu görüşleri desteklemiştir. Ancak güncel çalışmalar mükemmeliyetçiliğin hem uyumlu hem uyumsuz eğilimleri içerebileceğini vurgulamaktadır (Bieling, İsraeli ve Antony, 2004; Enns, Cox, Sareen ve Freeman, 2001; Rice ve Ashby, 2007). Mükemmeliyetçiliğin uyumlu yönü kişisel standartlar ve başarı için çabayı içerirken, uyumsuz yönü başkalarının beklenti ve eleştirilerine ilişkin öz eleştirel değerlendirme ve endişeleri içermektedir (Bieling ve ark. 2004).

Bu iki farklı mükemmeliyetçilik türü her iki mükemmeliyetçilik türünün yüksek kişisel standartların belirlenmesi ve sürdürülmesi ile ilgili olduğunu süren Hamachek'in (1978) ilk kavramsal çalışmasına dayanmaktadır. Hamachek'e göre bu iki mükemmeliyetçilik türünü birbirinden ayıran şey uyumsuz mükemmeliyetçiliğe sahip bireylerin amaçlarına başarılı bir şekilde ulaşamayacaklarına ilişkin katı ve sabit inançları nedeniyle çabalarının sonucu olarak tatmin olma duygusunu deneyimleyememeleridir. Buna karşılık uyumlu mükemmeliyetçiliğe sahip bireyler amaçlarının gerektirdiği şekilde esnek olabilme kabiliyetleri ile çabalarının sonucu olarak tatmin olma ve zevk duygusunu deneyimleyebilmektedirler. Belirtilen kapsamda uyumsuz mükemmeliyetçiliğe sahip bireyler yüksek standartları ve çabalarının sonucu arasındaki uyuşmazlıklara odaklanırken (Hamachek, 1978), uyumlu mükemmeliyetçiliğe sahip bireyler çabalarının sonucu olarak amaçlarına ulaştıkları takdirde yüksek standartları ve çabaları arasındaki tutarsızlığı düşünmek yerine neyi

elde etmiş olduklarına odaklanırlar (Stoeber ve Otto 2006), performanslarını hataları ile birlikte başarılı olarak görebilir ve kusursuz olmasalar bile performanslarından memnuniyet duyabilirler (Vallance, Dunn ve Dunn, 2006). Uyumlu mükemmeliyetçiliğe sahip bireyler kendileri için belirlemiş oldukları yüksek standartları gerçekleştirirken özgür hissederler, kendilerinden beklentileri gerçekçidir, güçlü yönlerinin ve sınırlılıklarının farkındadırlar. Uyumsuz mükemmeliyetçiliğe sahip bireyler ise değerlendirme kriterlerinde esnek değildir, yüksek standartlara ulaşma amaçları hata payına yer bırakmamaktadır. Bu nedenle uyumsuz mükemmeliyetçiler küçük hataları felaket olarak algılar ve çabalarının sonucunu başarısız olarak değerlendirirler (Frost ve ark., 1990; Hall, 2006; Slade ve Owens, 1998). Uyumlu mükemmeliyetçiler hedeflenen başarıda mükemmellik ve zevk arayışı ile motive olurken; uyumsuz mükemmeliyetçiler başarılı olmayan bir performansın içeriği üzerine duydukları korku ve endişe ile motive olmaktadır (Burns, 1980; Hall, 2006).

İfade edilen iki uçlu mükemmeliyetçilik anlayışını açıklayabilecek bir düşünce normal / sağlıklı mükemmeliyetçilik ile patolojik mükemmeliyetçilik arasında kavramsal olarak ayrım yapan Slade ve Owens (1998) tarafından ileri sürülmüştür. Davranışçı model temelinde, sağlıklı mükemmeliyetçilik olumlu pekiştirme ile ilgilidir. Yüksek standartların belirlenmesine yol açan mükemmeliyetçilik ve sonuç olarak bu standartlara ulaşmanın mükâfatı psikolojik sıkıntıya yol açmayabilir. Buna karşılık, uyumsuz mükemmeliyetçilik olumsuz pekiştirme ve kendini engelleme davranışlarıyla ilişkilidir. Bireyin başkalarının kendisini nasıl değerlendireceği konusunda endişe duyması, kendisinden şüphe etmesi ve hata yapmaktan korkması olumsuz sonuçları azaltan sorunlu davranışlara (örn. Görevlerden kaçınmak, aşırı kontrol veya kendilik değerini yeniden kazanmayı amaçlayan davranışlar) yol açabilir.

Yapılan çalışmalar uyumsuz mükemmeliyetçiliğin uyumlu mükemmeliyetçiliğe göre daha yüksek depresyon seviyesi (Rice ve Dellwo, 2002; Rice ve Stuart, 2010), daha yüksek obsesif kompulsif bozukluk eğilimi (Rhéaume vd., 2000), daha yüksek kaygı seviyesi (Kawamura, Kunt, Frost, DiBortolo, 2001), daha yüksek yeme bozukluğu eğilimi (Ashby, Kottman ve Schoen, 1998), daha düşük benlik saygısı (Ashby ve Rice, 2002; Soenens, Vansteenkiste, Luyten, Duriez ve Goossens, 2005), daha düşük yaşam doyumu (Gilman ve Ashby, 2013), daha düşük akademik başarı (Accordino, Accordino ve Slaney, 2000) ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

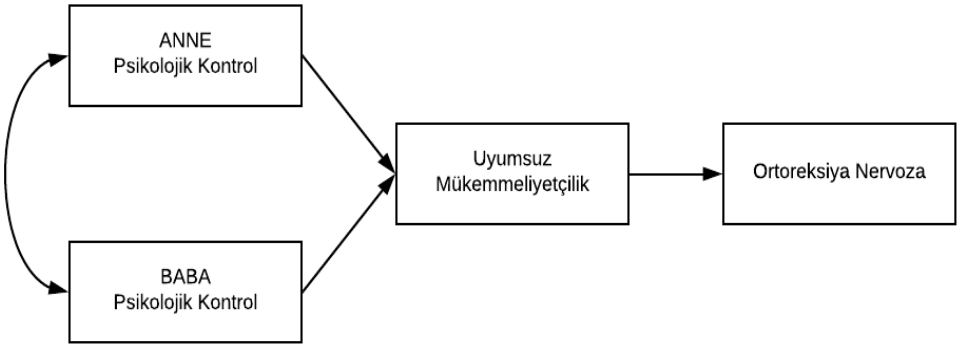
Benzer şekilde Sapmaz, 2006 yılında yaptığı çalışmada uyumlu mükemmeliyetçiliğe sahip olan, uyumsuz mükemmeliyetçiliğe sahip olan ve mükemmeliyetçi olmayan olarak 3 gruba ayırdığı üniversite öğrencilerinin yaşadıkları psikolojik semptom düzeylerini Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90) ile karşılaştırmıştır. Bulgular uyumsuz mükemmeliyetçiliğe sahip katılımcıların uyumlu mükemmeliyetçiliğe sahip katılımcılara göre daha yüksek düzeyde obsesif kompulsif eğilim, daha yüksek düzeyde kişilerarası duyarlık, daha yüksek depresyon belirti düzeyi, daha yüksek düzeyde anksiyete, daha yüksek öfke belirti düzeyi, daha yüksek fobik anksiyete düzeyi yaşadıklarını ortaya koymuştur. Uyumlu mükemmeliyetçiliğe sahip katılımcıların ise mükemmeliyetçi olmayan katılımcılara göre daha yüksek düzeyde kişilararası duyarlık, daha yüksek düzeyde anksiyete, daha yüksek öfke-düşmanlık belirti düzeyi, daha yüksek düzeyde fobik anksiyete belirtileri yaşadıkları ortaya konmuştur.

İlgili literatür incelendiğinde yeme bozukluklarının oluşumunda ve devamında mükemmeliyetçiliğin etkisinin incelendiği çalışmalara rastlanmaktadır (Bardone-Cone vd, 2012; Elgin ve Pritchard, 2006). Mükemmeliyetçilik yeme, beden biçimi, ağırlık ve bunları kontrol edebilmeye ilişkin standartlarda kendini göstermektedir (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003). Yeme bozukluğu ile ilgili farklı teorik açıklamalarda ortak olan, uyumsuz mükemmeliyetçi bireylerin yaşamlarında deneyimledikleri yaygın yetersizlik duygusu ve kontrol eksikliğini telafi etmenin bir aracı olarak yeme ve zayıflık üzerine katı bir odaklanma geliştirmeye yatkın oldukları fikridir. Shafran, Cooper ve Fairburn (2002) bireylerin ideallerindeki vücut ağırlığı standartlarını karşılayamayacaklarına ilişkin endişeleri sebebiyle ideal vücut ağırlığı normlarını sürekli olarak yükselttiklerini ve bu nedenle düzensiz yeme davranışlarının arttığı bir döngüye girdiklerini belirtmiştir.

1.4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma ile Barrada ve Roncero tarafından geliştirilen Teruel Ortoreksiya Ölçeği'nin (Teruel Orthorexia Scale – TOS) Türkiye örneklemi için geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılması amaçlanmaktadır. Çalışmanın bir diğer amacı ebeveynden algılanan psikolojik kontrol düzeyi, uyumlu – uyumsuz mükemmeliyetçilik

özelliklerinin sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza ile ilişkisinin incelenmesi ve ebeveynden algılanan psikolojik kontrolün, ortoreksiya nervoza belirtileri ile uyumsuz mükemmeliyetçilik özellikleri aracılığıyla ilişkili olup olmayacağının araştırılmasıdır (Bkz. Şekil 2).



Şekil 2. Ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişki: uyumsuz mükemmeliyetçiliğin aracı rolü

1.5. ARAŞTIRMA SORULARI VE HİPOTEZLER

Araştırmanın amaçları doğrultusunda iki ayrı çalışma yürütülmüştür. Bölüm 1.5.1'de TOS'un geçerlik - güvenirlik çalışmasını içeren birinci araştırmanın soruları ve hipotezleri, bölüm 1.5.2'de ebeveynden algılanan psikolojik kontrol düzeyi, uyumlu – uyumsuz mükemmeliyetçilik özelliklerinin sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza ile ilişkisinin incelendiği ikinci araştırmanın soruları ve hipotezleri yer almaktadır.

1.5.1 Araştırma 1 Soruları ve Hipotezler

1. TOS Türkçe formu psikometrik açıdan geçerli ve güvenilir özelliklere sahip midir?

Amaçlar doğrultusunda çalışmanın hipotezleri aşağıdaki şekildedir:

1. TOS Türkçe formu psikometrik açıdan geçerli ve güvenilir özelliklere sahiptir.

1.5.2 Araştırma 2 Soruları ve Hipotezler

1. Sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?

2. Ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ile uyumsuz mükemmeliyetçilik arasında ilişki var mıdır?
3. Ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ile sağlıklı ortoreksiya arasında ilişki var mıdır?
4. Ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ile ortoreksiya nervoza arasında ilişki var mıdır?
5. Sağlıklı ortoreksiya ve uyumlu mükemmeliyetçilik arasında ilişki var mıdır?
6. Ortoreksiya nervoza ve uyumsuz mükemmeliyetçilik arasında ilişki var mıdır?
7. Ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide uyumsuz mükemmeliyetçiliğin aracı rolü var mıdır?

Amaçlar doğrultusunda çalışmanın hipotezleri aşağıdaki şekildedir:

1. Sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza cinsiyete göre farklılaşmaktadır.
2. Ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ve uyumsuz mükemmeliyetçilik arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.
3. Ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ile sağlıklı ortoreksiya arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.
4. Ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ve ortoreksiya nervoza arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.
5. Sağlıklı ortoreksiya ve uyumlu mükemmeliyetçilik arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır.
6. Ortoreksiya nervoza ve uyumsuz mükemmeliyetçilik arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.
7. Ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide uyumsuz mükemmeliyetçilik aracı rol üstlenecektir.

1.6. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Literatürde ortoreksiya nervoza ile ilgili yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu ORTO-15 Ölçeğini kullanmıştır. Donini, Marsili, Graziani, Im-briale ve Cannella (2005) tarafından orijinali İtalyanca geliştirilen ölçek Türkçe (Arusoğlu, 2006), Portekizce (Alvarenga vd., 2012), Macarca (Varga, ve ark., 2014), Lehçe (Brytek-Matera, Krupa, Poggiogalle, ve Donini, 2014), Almanca (Missbach vd., 2015), İspanyolca (Roncero, Barrada ve Perpiñá, 2017) gibi çeşitli dillere tercüme edilerek

psikometrik özellikleri değerlendirilmiştir. Ölçek, farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda psikometrik özelliklerine ilişkin tutarsız sonuçlar vermiş ve bu durum araştırmacılarca bir sınırlılık olarak belirtilmiştir (Alvarenga ve ark., 2012; Brytek-Matera ve ark., 2014). Ölçeğin Türkçe formunda ORTO-15'in iç tutarlılık katsayısı .44 olarak bulunmuştur (Arusoğlu, 2006). Bu değer 11 madde üzerinden hesaplandığında .62 olarak belirlenmiştir (Arusoğlu, Kabakçı, Köksal ve Merdol, 2008). Ölçeğin Portekiz formunda iç tutarlılık katsayısı .31, bu değer 12 madde üzerinden hesaplandığında ise .39 olarak belirlenmiştir (Alvarenga ve ark., 2012). Bu değer ölçeğin Macar formunda (11 madde) .82 (Varga ve ark., 2004), Polonya formunda (9 madde) .64 (Brytek-Matera ve ark., 2014), Alman formunda (9 madde) .67 (Missbach ve ark., 2015) ve İspanyol formunda (11 madde) .74'tür (Roncero ve ark, 2017). Bu bilgiler doğrultusunda, birinci çalışma, ORTO-15'ten daha iyi psikometrik özelliklere sahip olduğu düşünülen TOS'un (Barrada ve Roncero, 2018; Depa ve ark., 2019) Türkiye literatürüne kazandırılması açısından önem taşımaktadır. Ek olarak ilgili literatürde yapılan çalışmalar uzun bir süredir yalnızca sağlıklı beslenmeye yönelik problemlere odaklanmıştır. TOS sağlıklı beslenmenin problemli ve problemsiz yönlerini kapsamaktadır. Bu çalışmanın bulgularının ortoreksiyanın problemsiz (sağlıklı) yönlerine de odaklanılması ve ortoreksiya kavramının genişletilmesi açısından ileride yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca çalışma yazarın bilgisine göre yurtiçi literatüründe ''sağlıklı ortoreksiya'' kavramını ele alan ilk çalışma olma niteliğindedir.

İlgili literatür göz önünde bulundurulduğunda, ebeveynden algılanan psikolojik kontrolün mükemmeliyetçilik ile ilişkisinin olduğu görülmektedir ancak spesifik olarak ebeveynden algılanan psikolojik kontrol açısından uyumlu - uyumsuz mükemmeliyetçilik ve ortoreksiya değişkenlerini birlikte ele alan çalışmaya rastlanmamıştır. Literatürde ortoreksiya nervoza ve ilişkili değişkenler ile ilgili çeşitli çalışmalara rastlansa da ortoreksiya nervozanın oluşumunda etkili olabilecek psikolojik ve çevresel değişkenler ile sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Ortoreksiya nervoza henüz bir sınıflama kategorisinde bulunmayan ancak araştırmacıların bir yeme bozukluğu olup olmadığı üzerinde durdukları bir kavramdır. Bu tez kapsamında yapılacak ikinci çalışmada yeme bozukluğu ile ortak özellikler taşıdığı düşünülen, yurtdışı ve yurtiçi literatürde çok araştırılmamış bir kavram olarak ortoreksiya nervozanın ebeveyn kontrolü ve mükemmeliyetçilik özellikleri ile ilişkisinin

araştırılarak literatüre katkı sağlanabileceği düşünülmüştür. Çalışma, yazarın bilgisine göre ebeveynden algılanan psikolojik kontrol açısından sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza değişkenlerini ele alan ilk çalışma olma niteliğindedir. Bu nedenle bu çalışma, aile işlevinin ortoreksiya nervoza ile ilişkili olduğu psikolojik dinamikleri anlamaya yönelik yeni çağrıları içermektedir. Bu bağlamda çalışma sonuçlarının, ortoreksiya nervozaya ilişkin anne-baba eğitim programlarına ve ileride yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM 2. YÖNTEM

Çalışmanın yöntem bölümü çalışma 1 ve çalışma 2 olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. Bölüm 2.1'de çalışmada kullanılan ölçeğin geçerlik-güvenirlik çalışmasını içeren birinci çalışma ve Bölüm 2.2'de geçerlik-güvenirlik çalışması tamamlanmış ölçeğin de kullanıldığı ikinci çalışma aktarılmıştır.

Bu bölümde sırasıyla araştırma modeli, araştırmanın örneklemini oluşturacak katılımcılara ait demografik bilgiler, veri toplamada kullanılacak ölçüm araçları, verilerin toplanması ve çözümlenmesi sürecine ilişkin bilgiler sunulmuştur.

2.1 ÇALIŞMA 1

2.1.1 Araştırma Modeli

Barrada ve Roncero (2018) tarafından bireylerin ortoreksiya nervoza eğilimlerini belirlemek amacıyla geliştirilen TOS'un Türkçeye uyarlanarak psikometrik özelliklerinin ortaya konduğu tarama modelinde bir araştırmadır.

2.1.2 Çeviri Süreci

2018'de yayımlanan TOS'un Türkçe uyarlama çalışmasına başlamadan önce yazarları Juan Ramón Barrada ve María Roncero'ya elektronik posta yoluyla ulaşılmış ve izinleri alınmıştır. Ölçeğin Türkçe formu Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans programına devam etmekte olan bir psikolog ve bağımsız bir çevirmen tarafından oluşturulmuştur. İki farklı çeviri tez danışmanı ve klinik psikoloji alanında uzman, her iki dile hâkim bir psikolog tarafından birbirlerinden bağımsız olarak değerlendirilmiştir. Uzmanların görüşleri doğrultusunda araştırmacı tarafından tek bir Türkçe çeviri formu oluşturulmuştur. İyi seviyede İngilizce bilen iki kişi tarafından ölçek tekrar İngilizceye çevrilerek maddeler özgün formu ile karşılaştırılmıştır.

2.1.3 Örneklem

Ölçeğin Doğrulayıcı Faktör Analizi, ölçüt bağıntılı geçerliği, iç tutarlılığı ve madde toplam korelasyon analizlerini yapmak üzere uygun örnekleme yoluyla seçilen 18-63 yaş aralığındaki 300 katılımcı birinci çalışma grubunu oluşturmuştur. Bu çalışma grubunun 175'i kadın (% 58.3), 125'i (% 41.7) erkektir. Eğitim düzeyleri açısından bakıldığında 2 (% 0.7) ilkokul, 4 (% 1.2) lise, 10 (% 3.3) ön lisans, 249 (% 83) lisans, 35 (% 11.7) lisansüstü eğitim almış katılımcı bulunmaktadır. Katılımcıların demografik bilgilerini içeren betimleyici istatistikler Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler	***Ort.***	***SS.***	***N***	**%**
Yaş	34.25	14.01		
Cinsiyet				
Kadın			175	58.3
Erkek			125	41.7
Eğitim				
İlkokul			2	0.7
Lise			4	1.2
Ön lisans			10	3.3
Lisans			249	83
Lisansüstü			35	11.7

Ölçeğin test tekrar test çalışmasını yapmak üzere ilk örneklemde yer alan ve üniversitede öğrenim gören 86 katılımcıya ulaşılmıştır. Ölçek 21 gün arayla öğrencilere tekrar uygulanmıştır. Bu çalışma grubunun 70'i (% 81.4) kadın, 16'sı (% 18.6) erkektir.

2.1.4 Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada Kişisel Bilgi Formu, Teruel Ortoreksiya Ölçeği, ORTO-11 Ölçeği, Yeme Tutum Testi, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği kullanılmıştır. Kullanılan veri toplama araçları aşağıda ayrıntılı olarak tanımlanmıştır.

2.1.4.1 Bilgilendirilmiş Onam Formu

Çalışmaya başlamadan önce çalışmanın amacı, bilgilerin gizliliği, çalışmanın kimler tarafından uygulandığına dair bilgiler içeren ve gönüllülük esasına dayandığını ifade eden bilgilerin yer aldığı bir form katılımcılara sunulmuştur (Bkz. Ek 1).

2.1.4.2 Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, katılımcıların demografik bilgilerini elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Bu formda sırasıyla yaş, cinsiyet, eğitim durumu, son 6 ayda psikolojik/ruhsal yardım alıp almamaya ilişkin sorulara yer verilmiştir (Bkz. Ek 2).

2.1.4.3 Teruel Ortoreksiya Ölçeği

Barrada ve Roncero (2018) tarafından geliştirilen ölçeğin orijinal adı ‘‘Teruel Orthorexia Scale (TOS)’’ şeklindedir. TOS’un içeriğini, bireylerin sağlıklı beslenmeye yönelik inançlarını ve davranışlarını belirlemeye yönelik ifadeler oluşturmaktadır. Özgün form toplam 17 maddeden ve 2 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar sağlıklı ortoreksiya (9 madde) ve ortoreksiya nervoza’dır (8 madde). Sağlıklı ortoreksiya, sağlıklı gıda ve sağlıklı beslenmeye ilgi duyma eğilimini değerlendirirken, ortoreksiya nervoza saf bir yeme yoluna ulaşmaya çalışmanın olumsuz sosyal ve duygusal etkilerini değerlendirir. Ölçek her bir madde için ‘‘0 = hiç katılmıyorum’’ ve ‘‘3 = tamamen katılıyorum’’ arasında değişen 4’lü likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek sağlıklı ortoreksiya için 1, 2, 3, 6, 7, 8, 11, 13 ve 15 numaralı, ortoreksiya nervoza için 4, 5, 9, 10, 12, 14, 16 ve 17 numaralı maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin özgün formunda iç tutarlılık katsayısı sağlıklı ortoreksiya alt boyutu için .85, ortoreksiya nervoza alt boyutu için .81’dir. Test tekrar test korelasyon katsayıları sağlıklı ortoreksiya alt boyutu için .73, ortoreksiya nervoza alt boyutu için .82 olarak hesaplanmıştır. Ölçek, ORTO-15 Ölçeği ile sağlıklı ortoreksiya alt boyutu için r = -.48 ve ortoreksiya nervoza alt boyutu için r = -.40 orta derecede bir korelasyon göstermektedir. Araştırmanın amacı doğrultusunda ölçek Türkçeye çevrilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (Bkz. Ek 3).

2.1.4.4 ORTO-11 Ölçeği

ORTO-11 Ölçeği ilk olarak ORTO-15 adıyla Donini vd., (2005) tarafından Bratman's Orthorexia Test (2000) olarak bilinen, 10 maddelik ''evet'' ve ''hayır'' şeklinde cevaplanan ölçek göz önünde bulundurularak geliştirilmiştir. Ölçekteki bazı maddeler çıkarılıp yerine yenileri eklenerek 15 maddelik ORTO-15 Ölçeği oluşturulmuştur (Donini ve ark., 2005). Arusoğlu (2006) tarafından Türkçe uyarlama çalışması yapılan ölçek her bir madde için ''her zaman'' , ''sık sık'' , ''bazen'' ve ''hiçbir zaman'' ifadelerini içeren 4'lü likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Türkçe uyarlama çalışmasında, 4 madde istatistiksel gücü yeterli bulunmadığı için ölçekten çıkarılmış ve 11 maddelik form oluşturulmuştur.

Ölçekte ortoreksiya nervoza için ayırt edici olduğu düşünülen cevaplara ''1'', normal yeme davranışı olduğu düşünülen cevaplara ise ''4'' puan verilmektedir. Yalnızca 6. madde ters puanlanmaktadır ve ölçekten alınan düşük puanlar ortorektik eğilime işaret etmektedir. ORTO-15 Ölçeği kognitif-rasyonel alan, klinik alan, duygusal alan olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır (Donini ve ark., 2005). Arusoğlu, Kabakçı, Köksal ve Merdol (2008) tarafından uyarlama çalışması yapılan ölçekte 11 madde için faktör analizi yapılmış ve benzer şekilde üç faktör elde edilmiştir. Ancak maddelerin büyük kısmının birinci faktöre yüklenmesi, ikinci ve üçüncü faktörün ikişer soruya sahip olması ve ikinci faktörün iç tutarlılık katsayısının düşük olması sebebiyle, ölçeğin tek bir yapı halinde ele alınmasının daha uygun olacağı belirtilmiştir. Ölçeğe ait iç tutarlılık katsayısı .62 olarak belirlenmiştir.

ORTO-11'in bu çalışmadaki güvenirlik değerlerini belirlemek amacıyla yapılan iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa katsayısı .77 olarak hesaplanmıştır (Bkz. Ek 4).

2.1.4.5 Yeme Tutum Testi (YTT)

Garner ve Garfinkel (1979) tarafından anoreksiya nervoza semptomlarının objektif biçimde değerlendirilebilmesi amacıyla geliştirilen ölçeğin orijinal adı ''Eating Attitudes Test (EAT-40)'' şeklindedir. Yapılan araştırmalar ölçeğin klinik olmayan örneklemde bozuk yeme tutumlarına olan eğilimi de ölçebildiğini göstermiştir (Mintz ve O'Halloran, 2000). YTT toplam 40 madde ve yedi alt boyuttan oluşan, her bir madde

için ‘‘1= hiçbir zaman’’ ve ‘‘6= daima’’ arasında değişen 6’lı likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin; 1., 18., 19., 23., 27. ve 39. maddeleri ters puanlanan maddelerdir ve hiçbir zaman=3 puan, nadiren=2 puan, bazen=3 puan ve sık sık, çok sık, daima yanıtları 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin diğer maddeleri ise daima=3 puan, çok sık=2 puan, sık sık=1 puan ve bazen, nadiren, hiçbir zaman yanıtları 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin kesim puanı 30 olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yeme bozukluğu bulunma riskinin yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmaları Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmıştır ve Türkçe formunda dört alt boyut elde edilmiştir. Bu alt boyutlar kilo alma endişesi ile diyet yapma, sosyal baskı ve zayıflık ile aşırı meşguliyettir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .70, test tekrar test güvenirliği ise .65 olarak saptanmıştır. Yapılan analizler Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir.

Araştırmanın amacı doğrultusunda ölçeğin genel toplam puanı kullanılmıştır. YTT’nin bu çalışmadaki güvenirlik değerlerini belirlemek amacıyla yapılan iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa katsayısı .76 olarak hesaplanmıştır (Bkz. Ek 5).

2.1.4.6 Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)

Hodgson ve Rachman (1977) tarafından obsesif kompulsif belirtilerin türü ve yaygınlığını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek toplam 30 madde ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Türkçe formun uyarlanmasında Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri’nden 7 madde eklenmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Erol ve Savaşır (1988) tarafından yapılan ölçek toplam 37 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar kontrol etme (9 madde), temizlik (11 madde), yavaşlık (7 madde), kuşku (7 madde) ve ruminasyondur (8 madde). Ölçek maddeleri ‘‘doğru’’ ve ‘‘yanlış’’ olarak yanıtlanmakta ve katılımcılar her doğru yanıtı için 1 puan almaktadır. Yalnızca 11. madde ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 37’dir ve ölçekten alınan yüksek puanlar obsesif kompülsif belirtilerin arttığına işaret etmektedir. Ölçeğe ait iç tutarlılık katsayısı .86 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklere ait güvenilirlik katsayıları .30- .71 arasında değişmektedir.

Çalışmanın amacı doğrultusunda ölçeğin genel toplam puanı kullanılmıştır. MOKSL'nin bu çalışmadaki güvenirlik değerlerini belirlemek amacıyla yapılan iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa katsayısı .87 olarak hesaplanmıştır (Bkz. Ek 6).

2.1.4.7 Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (PANAS)

Watson, Clark ve Tellegen (1988) tarafından olumlu ve olumsuz duyguları belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek toplam 20 madde ve iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar pozitif duygu (1.,3.,5.,9.,10.,12.,14.,16.,17.,19. maddeler) ve negatif duygudur (2.,4.,6.,7.,8.,11.,13.,15.,18.,20. maddeler). Ölçek maddeleri ''1=çok az veya hiç'' ve ''5=çok fazla'' arasında puanlanmaktadır. Pozitif duygu alt boyutundan alınan yüksek puan bireyin pozitif duyguları daha çok deneyimlediği, negatif duygu alt boyutundan alınan yüksek puan bireyin negatif duyguları daha çok deneyimlediğini göstermektedir. Ölçeğe ait iç tutarlılık katsayısı pozitif duygu alt boyutu için .88, negatif duygu alt boyutu için .87'dir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Gençöz (2000) tarafından yapılan ölçeğe ait iç tutarlılık katsayısı pozitif duygu alt boyutu için .83, negatif duygu alt boyutu için .86'dır. Test tekrar test tutarlılığı ise pozitif ve negatif duygu alt boyutları için sırasıyla .40 ve .54 olarak bulunmuştur.

PANAS'ın bu çalışmadaki güvenirlik değerlerini belirlemek amacıyla yapılan iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa katsayısı pozitif duygu alt ölçeği için .86, negatif duygu alt ölçeği için .88 olarak hesaplanmıştır (Bkz. Ek 7).

2.1.5 İşlem

Çalışmaya başlamadan önce Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan çalışmanın yürütülmesi ve ölçeklerin uygulanması için gerekli izinler alınmıştır. Veri toplama aşamasında sırasıyla, birinci çalışma grubu için Kişisel Bilgi Formu, TOS, ORTO-11 Ölçeği, YTT, MOKSL, PANAS uygulanmıştır. Araştırma verileri Ocak – Nisan 2019 tarihleri arasında toplanmış ve veriler katılımcılara internet üzerinden (googleforms.com) ve elden formlar şeklinde ulaştırılmıştır. Uygulama yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Test tekrar test çalışması için sırasıyla, Kişisel Bilgi Formu ve TOS uygulanmıştır. Araştırma verileri 5 Mart 2019 ve 26 Mart 2019 tarihlerinde (21 gün

arayla) aynı üniversite öğrencilerine elden formlar şeklinde ulaştırılmıştır. Uygulama yaklaşık 10 dakika sürmüştür. Çalışmadan elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) ve LISREL paket programları kullanılarak analiz edilmiştir.

2.2 ÇALIŞMA 2

2.2.1 Araştırma Modeli

Araştırma, bireylerde ebeveynden algılanan psikolojik kontrol düzeyi, uyumlu ve uyumsuz mükemmeliyetçilik özelliklerinin sağlıklı ve sağlıksız ortoreksiya ile ilişkisinin incelenmesinin amaçlandığı ilişkisel tarama modelinde betimsel bir araştırma niteliğindedir.

2.2.2 Örneklem

Uygun örnekleme yolu ile seçilen 18-66 yaş aralığındaki 302 birey ikinci çalışma grubunu oluşturmuştur. Katılımcıların 173'ü kadın (% 57.3), 129'u erkektir (% 42.7). Katılımcıların yaş ortalaması 26.76 (ss= 7.95) olarak belirlenmiştir.

Eğitim düzeyleri açısından bakıldığında 23 (% 7.6) lise, 21 (% 7) ön lisans, 218 (% 72.2) lisans, 40 (% 13.2) lisansüstü eğitim almış katılımcı bulunmaktadır. Katılımcıların anne eğitim seviyesi incelendiğinde 25'inin (% 8,3) okur-yazar olmadığı, 13'ünün (% 4,3) okur – yazar olduğu, 111'inin (% 36,8) ilkokul mezunu, 56'sının (% 18,5) ortaokul, 62'sinin (% 20,5) lise mezunu, 6'sının (% 2) ön lisans mezunu, 27'sinin (% 8,9) lisans mezunu, 2'sinin (% 0,7) yüksek lisans ya da doktora mezunu olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların baba eğitim seviyesi incelendiğinde 3'ünün (% 1) okur-yazar olmadığı, 9'unun (% 3) okur-yazar olduğu, 69'unun (% 22,8) ilkokul mezunu, 60'ının (% 19,9) ortaokul mezunu, 70'inin lise (% 23,2) mezunu,16'sının (% 5,3) ön lisans mezunu, 64'ünün (% 21,2) lisans mezunu, 11'inin (% 3,6) yüksek lisans ya da doktora mezunu olduğu gözlenmiştir.

Diyet uygulamaları açısından incelendiğinde katılımcıların 248'i (% 82.1) herhangi bir diyet uygulamadığını, 54'ü (% 17.9) düzenli olarak diyet uyguladığını belirtmiştir. Katılımcıların 76'sı (% 25.2) düzenli olarak spor yapmaktadır. Sağlığa

verilen önem açısından incelendiğinde katılımcıların 69'u (% 22.8) sağlığına önem verdiğini, 201'i (% 66.6) sağlığına kısmen önem verdiğini, 32'si (% 10.6) ise sağlığına önem vermediğini belirtmiştir.

Sigara kullanımı açısından incelendiğinde katılımcıların 197'si (% 65.2) sigara kullanmamakta, 11'i (% 3.6) ayda bir ya da daha az kullanmakta, 11'i (% 3.6) ayda 2-4 kez kullanmakta, 11'i (% 3.6) haftada 3-4 kez kullanmakta, 72'si (% 23.8) düzenli olarak günde en az 1 tane kullanmaktadır. Alkol kullanımı açısından incelendiğinde katılımcıların 200'ü (% 66.2) alkol kullanmamakta, 48'i (% 15.9) ayda bir ya da daha az kullanmakta, 41'i (% 13.6) ayda 2-4 kez kullanmakta, 9'u (% 3) haftada 2-3 kez kullanmakta, 4'ü (% 1.3) haftada 4 ya da daha çok kez kullanmaktadır. Katılımcıların demografik bilgilerini içeren betimleyici istatistikler Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler	***Ort.***	***SS.***	***N***	**%**
Yaş	26.76	7.95		
Cinsiyet				
Kadın			173	57.3
Erkek			129	42.7
Eğitim				
Lise			23	7.6
Ön lisans			21	7
Lisans			218	72.2
Lisansüstü			40	13.2
Anne Eğitim				
Okur-Yazar Değil			25	8.3
Okur-Yazar			13	4.3
İlkokul			111	36.8
Ortaokul			56	18.5
Lise			62	20.5
Ön Lisans			6	2
Lisans			27	8.9
Lisansüstü			2	0.7
Baba Eğitim				
Okur-Yazar Değil			3	1
Okur-Yazar			9	3
İlkokul			69	22.8

Ortaokul	60	19.9
Lise	70	23.2
Ön Lisans	16	5.3
Lisans	64	21.2
Lisansüstü	11	3.6
Diyet		
Uyguluyor	54	17.9
Uygulamıyor	248	82.1
Düzenli Spor		
Evet	76	25.2
Hayır	226	74.8
Sağlığa Verilen Önem		
Evet	69	22.8
Kısmen	201	66.6
Hayır	32	10.6
Sigara Kullanımı		
Kullanmıyor	197	65.2
Haftada 1 ya da daha az	11	3.6
Ayda 2-4 kez	11	3.6
Haftada 2-3 kez	11	3.6
Düzenli olarak, günde en az 1 kez	72	23.8
Alkol Kullanımı		
Kullanmıyor	200	66.2
Ayda 1 ya da daha az	48	15.9
Ayda 2-4 kez	41	13.6
Haftada 2-3 kez	9	3
Haftada 4 ya da daha çok kez	4	1.3

2.2.3 Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri örneklemin demografik bilgilerini elde etmek amacıyla Kişisel Bilgi Formu, ebeveynden algılanan psikolojik kontrol puanlarını belirlemek amacıyla Psikolojik Kontrol Ölçeği, ortoreksiya puanlarını belirlemek amacıyla TOS, mükemmeliyetçilik puanlarını belirleyebilmek amacıyla APS-R Mükemmeliyetçilik Ölçeği Kısa Formu kullanılarak elde edilmiştir. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları aşağıda ayrıntılı olarak tanımlanmıştır.

2.2.3.1 Bilgilendirilmiş Onay Formu

Çalışmaya başlamadan önce çalışmanın amacı, bilgilerin gizliliği, çalışmanın kimler tarafından uygulandığına dair bilgiler içeren ve gönüllülük esasına dayandığını ifade eden bilgilerin yer aldığı bir form katılımcılara sunulmuştur (Bkz. Ek 1).

2.2.3.2 Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, katılımcıların demografik bilgilerini elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Bu formda sırasıyla yaş, cinsiyet, eğitim durumu, anne ve babanın eğitim durumu, boy, kilo, boy-kilo-görünüm memnuniyeti, son 6 ayda psikolojik/ruhsal yardım alıp almama, sigara ve alkol kullanımı, spor ve diyet uygulamalarına ilişkin sorulara yer verilmiştir (Bkz. Ek 2).

2.3.2.3 TOS

TOS'a ilişkin bilgiler 2.1.4.3 başlıklı bölümde (s. 25) aktarılmıştır. TOS'un bu çalışmadaki güvenirlik değerlerini belirlemek amacıyla yapılan iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa katsayısı sağlıklı ortoreksiya alt ölçeği için .84, ortoreksiya nervoza alt ölçeği için .81 olarak hesaplanmıştır.

2.3.2.4 Psikolojik Kontrol Ölçeği (PKÖ)

Barber (1996) tarafından ergenlerin anne ve babalarından algıladıkları psikolojik kontrolü ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin ilk formu 8 maddeden oluşmaktadır. Ancak bu maddelerin Batı'da ve yalnızca kuramsal temel üzerine geliştirilmesi ve kontrolü yaşayan bireylerin görüşü alınmaması bir eksiklik olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle Barber, Olsen, Hunter, Mcneely ve Bose (2007) tarafından kültürlerarası olarak eklenen 8 yeni madde ile 16 maddelik son hali oluşturulmuştur. Ölçek ‘‘psikolojik kontrol (klasik)” ve ‘‘ebeveyn saymazlığı (kültürlerarası)” olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri psikolojik kontrol için 1., 2., 3., 8., 9., 10. ve 13. maddeler ebeveyn saymazlığı için 4., 5., 7., 11., 12., 14., 15. ve 16. maddelerdir. Ölçeğin biri anne diğeri baba için doldurulan iki eşdeğer formu bulunmaktadır.

PKÖ her bir madde için ‘‘1= hiç yapmaz’’ ve ‘‘4= hep yapar’’ arasında değişen 4’lü likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, ebeveynden algılanan psikolojik kontrol düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Orijinal ölçeğin iç tutarlık katsayısı psikolojik kontrol boyutunda anne ve baba için sırasıyla .73 - .78, ebeveyn saymazlığı boyutunda ise anne ve baba için sırasıyla .83 - .90 arasındadır (Barber, Olsen, Hunter, Mcneely ve Bose, 2007). Sayıl ve Kındap (2010) tarafından uyarlaması yapılan ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ebeveyn saymazlığı alt boyutunda anne ve baba için sırasıyla .85 ve .89, psikolojik kontrol alt boyutunda anne ve baba için sırasıyla .77 ve .79’dur. Tüm bu bulgular, ölçeğin her iki boyutunun da özellikle ergenlerde ebeveynden algılanan psikolojik kontrolün ölçülmesinde güvenilir bir araç olarak kullanılabileceğine işaret etmektedir.

PKÖ’nün bu çalışmadaki güvenirlik değerlerini belirlemek amacıyla yapılan iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa katsayısı ebeveyn saymazlığı alt boyutunda anne ve baba için sırasıyla .79 ve .84, psikolojik kontrol alt boyutunda anne ve baba için sırasıyla .82 ve .89 olarak hesaplanmıştır (Bkz. Ek 9).

2.3.2.5 APS-R Mükemmeliyetçilik Ölçeği Kısa Formu (SAPS)

Mükemmeliyetçiliğin uyumlu ve uyumsuz özelliklerini birbirinden ayırt etmek amacıyla Slaney ve Johnson (1992) tarafından geliştirilmiştir. Özgün ölçeğin ilk formu, Slaney ve Ashby (1996) ve Slaney, Rice, Mobley, Trippi ve Ashby (2001) tarafından iki kez revize edilmiş ve böylece APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği oluşturulmuştur. Ölçek toplam 23 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar standartlar (yüksek kişisel performans standartları), uyuşmazlık (performans ve standartlar arasındaki farkın yarattığı huzursuzluk seviyesi), düzendir (düzenliliğe ve organizasyona verilen önem). Uyumlu mükemmeliyetçilik, yüksek kisisel standartlar ve düzenliliği içerirken, uyumsuz mükemmeliyetçilik, gerçek performans ve beklenen standartlar arasındaki uyuşmazlığı içerir.

Sapmaz (2006) tarafından Türkçe uyarlama çalışması yapılan ölçekte uyumlu mükemmeliyetçilik için iç tutarlılık katsayısı .79, uyumsuz mükemmeliyetçilik için .82 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Aydın (2003) ve Ulu (2007) tarafından yapılan iki farklı uyarlama çalışması daha bulunmaktadır. Ulu (2007) tarafından yapılan Türkçe uyarlama

çalışmasında iç tutarlılık katsayısı toplam ölçek için .83, standartlar alt boyutu için .78, uyuşmazlık alt boyutu için .85 ve düzen alt boyutu için .86 olarak bulunmuştur. Tüm bu bulgular APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği'nin Türkiye örnekleminde kullanılabilecek güvenilir bir öz bildirim ölçeği olduğuna işaret etmektedir.

Uyumlu ve uyumsuz mükemmeliyetçilik ölçeği ile ilgili yapılan çalışmalarda ''Düzen'' alt boyutunun diğer boyutlara göre mükemmeliyetçiliği belirlemede ve anlamada bilimsel öngörü sağlamadığı görülmüştür. Bunun üzerine "Düzen'' alt boyutu ölçekten çıkarılarak APS-R Mükemmeliyetçilik Ölçeği'nin gözden geçirilmiş kısa formu (The Short Form of the Revised Almost Perfect Scale - SAPS) geliştirilmiştir (Rice ve ark., 2014). APS-R Ölçeği Kısa formu her bir madde için ''hiç katılmıyorum'' ve ''tamamen katılıyorum'' arasında değişen 7'li likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir Ölçek toplam 8 maddeden ve standartlar (4 madde) ve çelişki (4 madde) olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri standartlar için; 1., 3., 5. ve 7. maddeler çelişki için; 2., 4., 6. ve 8. maddelerdir. Yapılan çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı standartlar alt boyutu için .86, çelişki alt boyutu için .87 olarak bulunmuştur.

SAPS Türkiye'de ilk olarak İşler (2017) tarafından kullanılmış ve ölçeğin iç tutarlılık katsayısı standartlar alt boyutu için .78, çelişki alt boyutu için .74 olarak bulunmuştur. Ölçeğin bu çalışmadaki güvenirlik değerlerini belirlemek amacıyla yapılan iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa katsayısı standartlar alt ölçeği için .81, çelişki alt ölçeği için .76 olarak hesaplanmıştır (Bkz. Ek 10).

2.2.4 İşlem

Veri toplama aşamasında sırasıyla Kişisel Bilgi Formu, TOS, PKÖ, SAPS uygulanmıştır. Araştırma verileri Nisan – Mayıs 2019 tarihleri arasında toplanmış ve veriler katılımcılara internet üzerinden (googleforms.com) ve elden formlar şeklinde ulaştırılmıştır. Uygulama yaklaşık 10 dakika sürmüştür. Çalışmadan elde edilen veriler SPSS ve LISREL paket programları kullanılarak analiz edilmiştir.

BÖLÜM 3. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde ilk olarak, TOS'un psikometrik özelliklerine ilişkin araştırma sonuçlarına, ikinci olarak ebeveynden algılanan psikolojik kontrol düzeyi, uyumlu – uyumsuz mükemmeliyetçilik özellikleri, sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkilere dair bulgulara yer verilmiştir. Son olarak, ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ile ortoraksiya nervoza arasındaki ilişkide uyumsuz mükemmeliyetçiliğin aracı rolüne ilişkin bulgular aktarılmıştır.

3.1 ÇALIŞMA 1 BULGULARI

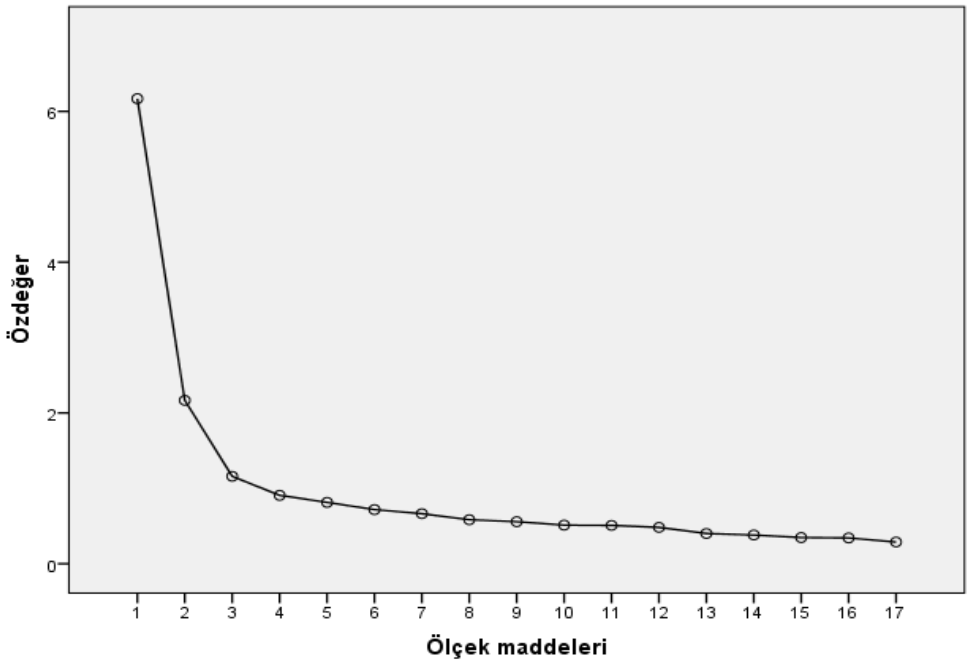
3.1.1 TOS'un Geçerliği

TOS'un geçerlik çalışmaları doğrultusunda, ölçeğin yapı geçerliği ve eş zaman geçerliği incelenmiştir. Ölçeğin yapı geçerliğini incelemek amacıyla Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmış, Türkiye'de ortoreksiya nervozayı değerlendirmede kullanılan ORTO-11 Ölçeği ile ilişkisi incelenmiştir. TOS'un benzer ölçek geçerliğini incelemek için ORTO- 11 Ölçeği; eş zaman geçerliğini incelemek için ise YTT, MOKSL, PANAS ile arasındaki ilişkiler Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. AFA ve Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi birinci çalışma grubundan elde edilen veri seti ile gerçekleştirilirken, DFA ikinci çalışma grubundan elde edilen veri seti ile gerçekleştirilmiştir.

3.1.1.1 AFA

Ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek amacıyla ilk olarak AFA yapılmıştır. Verilerin faktör analizine uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı (KMO) ve Barlett Küresellik testi kullanılarak değerlendirilmiştir. KMO değeri .90 ve Barlett Küresellik testi değeri (1976.581, p <.001) olarak bulunmuştur. Sonuçlar verilerin faktör analizine uygun olduğunu göstermiştir. Yapılan temel bileşenler analizi sonuçlarına göre özdeğeri 1'den büyük olan üç faktör elde edilmiştir. Ancak bu faktörler scree plot ile incelendiğinde ikinci faktörden sonra yüksek ivmeli bir düşüş olduğu görülmüştür (Bkz.

Şekil 3). Scree plot sonucu ile birlikte ölçeğin orijinal versiyonunun faktör yapısı göz önünde bulundurularak analiz 2 faktörlü yapıya zorlanmıştır.



Şekil 3. TOS maddelerine ilişkin öz değer grafiği

Varimax eksen döndürme tekniği kullanılarak yapılan temel bileşenler analizi sonucuna göre iki faktörlü yapının toplam varyansın %49.03'ünü açıkladığı bulunmuştur. Faktörler incelendiğinde sağlıklı ortoreksiya olarak değerlendirilen birinci faktörün toplam varyansın %27.584'ünü açıkladığı ve 10 maddeden oluştuğu görülmüştür (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15). Ortoreksiya nervoza olarak değerlendirilen ikinci faktörün ise toplam varyansın %21.449'unu açıkladığı ve 7 maddeden oluştuğu görülmüştür (5, 9, 10, 12, 14, 16, 17). Ölçeğin 4. maddesi dışındaki tüm maddeler, orijinal ölçekteki faktör yapısına uygun biçimde bir araya gelmişlerdir. Ölçeğe ait analiz faktör yükleri Tablo 4'te sunulmuştur. Mevcut analizin sonuçlarına göre orijinal ölçekte ortoreksiya nervoza boyutunda yer alan 4. madde (Sağlıklı olduğunu düşünmediğim yiyecekleri yediğimde kendimi suçlu hissederim.) sağlıklı ortoreksiya boyutunda yer almıştır. Söz konusu maddenin sağlıklı ortoreksiya faktöründe yer almasının içerik olarak uygun olmadığının düşünülmesi ve ölçeğin dayandığı kuramsal temellere uymaması ile birlikte 2 faktörde de yakın değerlerde yüklenmesi nedenleriyle 4.madde analiz dışında tutularak oluşturulan yeni yapı tekrar analize tabi tutulmuştur.

Tablo 4. TOS'un Analiz Faktör Yükleri ve Açıkladığı Varyans Değeri

Maddeler		**Faktörler**	
		1	**2**
1.Sağlıklı beslendiğim zamanlarda kendimi iyi hissederim.		**.510**	
2.Olabildiğince sağlıklı beslenebilmek için yiyecek alışverişi, planlaması ve hazırlığı için çok zaman harcarım.		**.614**	
3.Beslenme şeklimin çoğu insandan daha sağlıklı olduğunu düşünüyorum.		**.736**	
4.Sağlıklı olduğunu düşünmediğim yiyecekleri yediğimde kendimi suçlu hissederim.		**.503**	.491
6.Sağlıklı beslenmeye olan ilgim, nasıl biri olduğum ve dünyayı nasıl algıladığımın önemli bir parçasıdır.		**.693**	
7.Sağlıklı olmayan lezzetli bir yemektense, çok lezzetli olmayan sağlıklı bir yemek yemeyi tercih ederim.		**.662**	
8.Çoğunlukla, sağlıklı olduğunu düşündüğüm şeyleri yerim.		**.810**	
11.Daha sağlıklı olduğunu düşündüğüm yiyecekler için daha fazla para harcamayı umursamam.		**.521**	
13.Çok miktarda sağlıksız yemektense az miktarda ama sağlıklı yemeği tercih ederim.		**.774**	
15.Çevremdeki insanları benim gibi sağlıklı beslenmeleri için ikna etmeye çalışırım.		**.633**	
5.Sosyal ilişkilerim, sağlıklı beslenme konusundaki hassasiyetimden olumsuz etkilendi.			**.478**
9.Sağlıklı beslenme konusundaki endişelerim çok zamanımı alır.			**.675**
10.Sağlıksız şeyler yeme ihtimalim beni endişelendirir.		.383	**.646**
12.Sağlıksız olduğunu düşündüğüm şeyler yediğimde bunalır ve/ya üzülürüm.		.320	**.682**
14.Sağlıklı beslenme konusunda benimle aynı fikirde olmayan insanlarla yemek yemekten kaçınırım.			**.659**
16.Bir şekilde, sağlıksız olduğunu düşündüğüm bir şey yersem, bunun için kendimi cezalandırırım.			**.706**
17.Sağlıklı beslenme hakkındaki düşüncelerim başka şeylere odaklanmamı engeller.			**.746**
	Özdeğer	4.689	3.646
	Açıklanan Toplam Varyans (%)	49.033	

Not. Birinci faktör: Sağlıklı Ortoreksiya, İkinci faktör: Ortoreksiya Nervoza.

Madde 4 ölçekten çıkarıldıktan sonra TOS'un yapı geçerliğini belirlemek amacıyla tekrar AFA yapılmıştır. KMO değeri .89 ve Barlett Küresellik testi değeri

(1778.913, p <.001) olarak bulunmuştur. Sonuçlar verilerin faktör analizine uygun olduğunu göstermiştir. Sağlıklı ortoreksiya olarak adlandırılan birinci faktörün toplam varyansın %27.881'ini, ortoreksiya nervoza olarak adlandırılan ikinci faktörün toplam varyansın %21.419'unu açıkladığı görülmüştür. TOS'un ikinci analiz faktör yükleri Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. TOS'un İkinci Analiz Faktör Yükleri ve Açıkladığı Varyans Değeri

Maddeler		**Faktörler**	
		1	**2**
Madde 1		**.506**	
Madde 2		**.616**	
Madde 3		**.740**	
Madde 6		**.696**	
Madde 7		**.664**	
Madde 8		**.811**	
Madde 11		**.528**	
Madde 13		**.776**	
Madde 15		**.636**	
Madde 5			**.482**
Madde 9			**.670**
Madde 10		.383	**.640**
Madde 12		.312	**.662**
Madde 14			**.673**
Madde 16			**.714**
Madde 17			**.760**
	Özdeğer	4.461	3.427
	Açıklanan Toplam Varyans (%)	49.301	

Not. Birinci faktör: Sağlıklı Ortoreksiya, İkinci faktör: Ortoreksiya Nervoza.

3.1.1.2 DFA

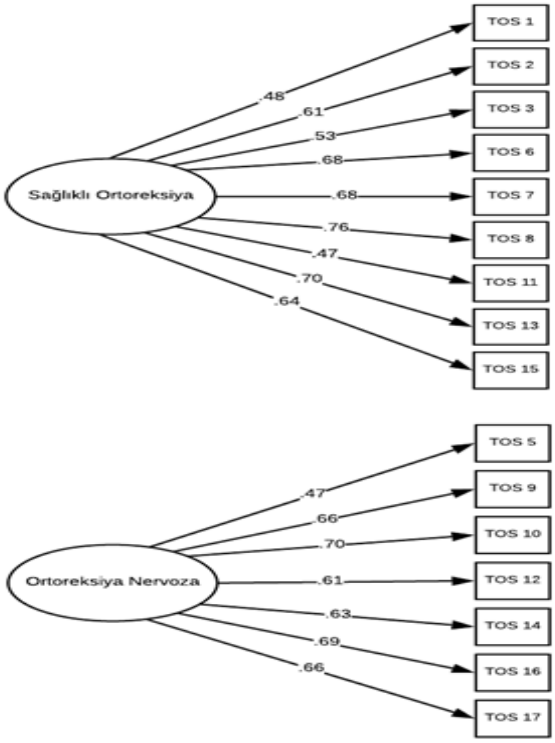
TOS'un yapı geçerliğini belirlemek amacıyla ikinci çalışma grubundan elde edilen veri seti ile DFA yapılmıştır. Analiz sonucunda oluşan model incelendiğinde orijinal ölçekte olduğu gibi iki boyutlu modelin veriye uyumunun uygun olduğu görülmüştür. TOS'un faktör yükleri Şekil 4'te sunulmuştur. Model uyum iyiliğini değerlendirmede ki kare (x^2), normlaştırılmış uyum indeksi (normed fit index, NFI), normlaştırılmamış uyum indeksi (non-normed fit index, NNFI), karşılaştırmalı uyum indeksi (comparative fit index, CFI) ve yaklaşık hataların ortalama karekökü (root mean

square error of approximation, RMSEA) uyum indeksleri kullanılmıştır. Analiz sonuçlarının uyumuna ilişkin istatistikler Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. TOS için Uyum İyiliği Testleri'ne İlişkin Değerler

x^2	sd	P	NFI	NNFI	CFI	RMSEA
279.57	103	0.000	.937	.954	.961	0.0755

Tablo 6 incelendiğinde, x^2/sd oranı (279.57/103) 3'ten küçük bir değer aldığı için oluşturulan modelin toplanan veriye uygun olduğu görülmektedir. NFI, CFI ve NNFI değerlerinin .90'dan yüksek olması model veri uyumunun yüksek olduğunu göstermektedir. RMSEA değeri ise .05-.08 aralığında olduğu için kabul edilir bir uyuma işaret etmektedir. Model veri uyumuna ilişkin değerlerin tamamı göz önüne alındığında oluşturulan modelin veriyle iyi bir uyum verdiği, bu nedenle iyi uyumlu bir model olduğu ve ölçeğin yapısal geçerliliğe sahip olduğu söylenebilir.



Şekil 4. TOS'un faktör yükleri

3.1.1.3 Benzer Ölçek Geçerliği

TOS'un yapı geçerliğini belirlemek amacıyla son olarak Türkiye'de ortoreksiya nervozayı değerlendirmede kullanılan ORTO-11 Ölçeği ile arasındaki ilişki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda TOS'un sağlıklı ortoreksiya alt boyutunun ORTO-11'in toplam puanı ile negatif yönde (r = -.68, p < .001); TOS'un ortoreksiya nervoza alt boyutu, ORTO-11'in toplam puanı ile negatif yönde (r = -.63, p < .001) ve anlamlı ilişki gösterdiği bulunmuştur (Bkz. Tablo 7).

3.1.1.4 Eş Zaman Geçerliği

TOS'un eş zaman geçerliğini belirlemek amacıyla YTT, Maudsley Obsesif MOKSL, PANAS ile arasındaki ilişkiler Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Eş zaman geçerliğine yönelik sonuçlar Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7. TOS Eş Zaman Geçerliği Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7
1 TOS sağlıklı ortoreksiya							
2 TOS ortoreksiya nervoza	.49***						
3 ORTO- 11 toplam	-.68***	-.63***					
4 YTT toplam	.33***	.45***	-.49***				
5 MOKSL toplam	-.04	.24***	-.19**	.23***			
6 PANAS pozitif duygu	.16**	.01	.-13*	.12*	-.01		
7 PANAS negatif duygu	-.14*	.15**	-.05	.18**	.50***	-.21***	

Not. TOS: Teruel Ortoreksiya Ölçeği, YTT: Yeme Tutum Testi, MOKSL: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Envanteri, PANAS: Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği.
****p* < *.001*,***p* < *.01*, **p* < *.05*; n = 300

Tablo 7'de görüldüğü üzere, TOS'un sağlıklı ortoreksiya alt boyutu, YTT'nin toplam puanı ile pozitif yönde (r = .33, p < .001); PANAS pozitif duygu alt boyutu ile pozitif yönde (r = .16, p < .01); PANAS negatif duygu alt boyutu ile negatif yönde (r = -.14, p < 05) ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki göstermektedir. TOS'un sağlıklı ortoreksiya alt boyutu ile MOKSL toplam puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p >.05).

TOS'un ortoreksiya nervoza alt boyutu, YTT'nin toplam puanı ile pozitif yönde (r = .45, p < .001); MOKSL'nin toplam puanı ile pozitif yönde (r = .24, p < .001); PANAS negatif duygu alt boyutu ile pozitif yönde (r = .15, p < .01) ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki göstermektedir. TOS'un ortoreksiya nervoza alt boyutu ile PANAS pozitif duygu alt boyutu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır (p > .05).

3.1.2 TOS'un Güvenirliği

TOS'un güvenirliğini belirleyebilmek amacı ile birinci çalışma grubundan elde edilen veri seti kullanılarak madde toplam korelasyon analizi yapılmış ve Cronbach Alfa, test tekrar test güvenirlik katsayıları hesaplanmıştır. Yapılan güvenirlik analizi bulgularında tüm maddeler için madde toplam korelasyon katsayılarının .37 ve üzeri olduğu görülmüştür. Analize ilişkin sonuçlar Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8. TOS'un Madde Analizi Sonuçları

	Madde çıkınca α değeri	**Madde – toplam r**
Sağlıklı Ortoreksiya		
Madde 1	.86	.41
Madde 2	.84	.55
Madde 3	.84	.60
Madde 6	.84	.61
Madde 7	.84	.61
Madde 8	.83	.68
Madde 11	.85	.49
Madde 13	.83	.71

Madde 15	.84	.59
Ortoreksiya Nervoza		
Madde 5	.81	.37
Madde 9	.77	.62
Madde 10	.77	.62
Madde 12	.76	.63
Madde 14	.78	.56
Madde 16	.79	.51
Madde 17	.79	.52

TOS'un sağlıklı ortoreksiya alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı .86, ortoreksiya nervoza alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı .81 olarak bulunmuştur. Ölçeğin test tekrar test uygulaması için 86 gönüllü katılımcıya TOS 21 gün ara ile tekrar uygulanmıştır. TOS'un sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza alt ölçek toplam puanlarına ait öntest ve sontest puanları arasındaki ilişkiler Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Sağlıklı ortoreksiya alt boyutu için test tekrar test katsayısı .78, ortoreksiya nervoza alt boyutu için test tekrar test katsayısı .67 olarak bulunmuştur ($p < .001$). Analize ilişkin sonuçlar Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9. TOS'un Güvenirliğine İlişkin Bulgular

TOS		
	Cronbach Alfa	Test Tekrar Test
Sağlıklı Ortoreksiya	.86	.78
Ortoreksiya Nervoza	.81	.67

*$p < .001$

3.2 ÇALIŞMA 2 BULGULARI

3.2.1. Cinsiyete Göre Ortoreksiya Puanlarının Karşılaştırılması

Cinsiyet değişkenine göre TOS alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Bağımsız Gruplar T Testi analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre ortoreksiya nervoza alt boyut ortalamalarının katılımcıların cinsiyeti açısından anlamlı derecede farklılaştığı bulunmuştur [$t(300) = -2.03$, $p < .05$]. Erkeklerin ortoreksiya nervoza puan ortalamalarının ($X_{ort.} = 4.37$, ss =

3.76) kadınlardan (X_{ort} = 3.52, ss = 3.42) anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 10'da sunulmuştur.

Cinsiyet değişkenine göre TOS alt boyutu olan sağlıklı ortoreksiya toplam puan ortalamalarının anlamlı derecede farklılaşmadığı bulunmuştur ($p > .05$).

Tablo 10. Cinsiyete Göre Ortoreksiya Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız T Testi Analizi Sonuçları

Gruplar	N.	ort.	ss.	sd	t	p
Sağlıklı Ortoreksiya						
Kadın	173	10.39	4.98			
Erkek	129	11.48	5.33	300	-1.81	.07
Ortoreksiya Nervoza						
Kadın	173	3.52	3.42			
Erkek	129	4.37	3.76	300	-2.03	.04*

*$p < .05$

3.2.2 Düzenli Spor Yapma ve Diyet Uygulamalarına Göre Ortoreksiya Puanlarının Karşılaştırılması

Düzenli spor yapma değişkenine göre TOS alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Bağımsız Gruplar T Testi Analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre sağlıklı ortoreksiya alt boyut puan ortalamalarının katılımcıların düzenli spor yapmaları açısından anlamlı derecede farklılaştığı bulunmuştur [$t(300) = 3.54$, $p < .01$]. Düzenli spor yapan katılımcıların sağlıklı ortoreksiya puan ortalamalarının ($X_{ort.} = 12.77$, ss = 5.63) düzenli olarak spor yapmayan katılımcılardan ($X_{ort.} = 10.21$, ss = 4.83) anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Analiz sonuçları Tablo 11'de sunulmuştur. Spor değişkenine göre TOS alt boyutu olan ortoreksiya nervoza toplam puanlarının ise anlamlı şekilde farklılaşmadığı saptanmıştır ($p > .05$).

Tablo 11. Spor Değişkenine Göre Ortoreksiya Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız T Testi Analizi Sonuçları

Gruplar	N.	ort.	ss.	sd	t	p

Sağlıklı Ortoreksiya						
Düzenli Spor Yapanlar	76	12.77	5.63			
Düzenli Spor Yapmayanlar	226	10.21	4.83	300	3.54	.001*
Ortoreksiya Nervoza						
Düzenli Spor Yapanlar	76	4.40	3.94			
Düzenli Spor Yapmayanlar	226	3.71	3.46	300	1.46	.145

*$p < .01$

Diyet uygulamaları değişkenine göre TOS alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Bağımsız Gruplar T Testi Analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza alt puan ortalamalarının katılımcıların diyet uygulamaları açısından anlamlı derecede farklılaştığı bulunmuştur [sırasıyla: $t(300) = -3.11$, $p < .01$; $t(300) = -3.18$, $p < .01$].

Analiz sonuçlarına göre diyet uygulayan katılımcıların sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza alt boyut puan ortalamalarının [sırasıyla: $X_{ort.}$=12.81, ss=5.52; $X_{ort.}$ =5.44, s = 4.08] diyet uygulamayan katılımcılardan [sırasıyla: $X_{ort.}$= 10.43, ss= 4.98; $X_{ort.}$ =3.54, ss= 3.39] anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Analiz sonuçları Tablo 12'de sunulmuştur.

Tablo 12. Diyet Değişkenine Göre Ortoreksiya Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız T Testi Analizi Sonuçları

Gruplar	N.	ort.	ss.	sd	t	p
Sağlıklı Ortoreksiya						
Diyet Yapanlar	54	12.81	5.52			
Diyet Yapmayanlar	248	10.43	4.98	300	-3.11	.005*
Ortoreksiya Nervoza						
Diyet Yapanlar	54	5.44	4.08			
Diyet Yapmayanlar	248	3.54	3.39	300	-3.18	.002*

*$p < .01$

3.2.3 Değişkenler Arası Korelasyon Analizi

Araştırmada yer alan değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçları Tablo 13'te sunulmuştur.

Tablo 13'te görüldüğü üzere TOS'un sağlıklı ortoreksiya alt boyutu, TOS'un ortoreksiya nervoza alt boyutu ile pozitif yönde (r = .57, p < .001); SAPS mükemmeliyetçilik ölçeği standartlar alt boyutu ile pozitif yönde (r = .12, p < .05); PKÖ baba formu psikolojik kontrol alt boyutu ile negatif yönde (r = -.12, p < .05) ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki göstermektedir. Ek olarak TOS'un sağlıklı ortoreksiya alt boyutu yaş ile pozitif yönde (r = .28, p < .001); boy-kilo-görünüm memnuniyeti ile pozitif yönde [sırasıyla: r = .17, p < .001; r = .20, p < .01; r = .19, p < .01]; sağlığa verilen önem ile pozitif yönde (r = .32, p < .001); sigara ve alkol kullanımı [sırasıyla: r = -.18, p < .01; r = -.19, p < .01] ile negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki göstermektedir.

TOS'un ortoreksiya nervoza alt boyutu PKÖ anne formu psikolojik kontrol alt boyutu ile pozitif yönde (r = .12, p < .05); SAPS çelişki alt boyutu ile pozitif yönde (r = .16, p < .01); yaş ile pozitif yönde (r = .15, p < .01); beden kitle indeksi (r = .17, p < .01) ile pozitif yönde; alkol kullanımı ile negatif yönde (r = -.12, p < .01) ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki göstermektedir.

PKÖ'nün anne formu alt boyutlarından olan psikolojik kontrolün SAPS mükemmeliyetçilik ölçeğinin standartlar alt boyutu ile pozitif yönde (r = .18, p < .01); çelişki alt boyutu ile pozitif yönde (r = .30, p < .001); yaş ile negatif yönde (r = -.16, p < .01) ; görünüm memnuniyeti ile negatif yönde (r = -.18, p < .01) ve anlamlı düzeyde ilişki gösterdiği saptanırken, ölçeğin saymazlık alt boyutunun SAPS mükemmeliyetçilik ölçeğinin çelişki alt boyutu ile pozitif yönde (r = .18, p < .01); yaş ile negatif yönde (r = -.12, p < .05); görünüm memnuniyeti ile negatif yönde (r = -.15, p < .01); sağlığa verilen önem ile negatif yönde (r = -.13, p < .05) ve anlamlı düzeyde ilişki gösterdiği saptanmıştır.

PKÖ'nün baba formu alt boyutlarından olan psikolojik kontrolün SAPS mükemmeliyetçilik ölçeğinin standartlar alt boyutu ile pozitif yönde (r = .17, p < .01)

ve çelişki alt boyutu ile pozitif yönde (r = .25, p < .001); görünüm memnuniyeti ile negatif yönde (r = -.21, p < .001); sağlığa verilen önem (r = -.18, p < .01) ile negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki gösterdiği saptanırken, ölçeğin saymazlık alt boyutunun SAPS mükemmeliyetçilik ölçeğinin standartlar alt boyutu ile pozitif yönde (r = .12, p < .05) ve çelişki alt boyutu ile pozitif yönde (r = .19, p < .01); görünüm memnuniyeti ile negatif yönde (r = -.15, p < .01) ; sağlığa verilen önem (r = -.18, p < .01) ile negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki gösterdiği saptanmıştır.

SAPS mükemmeliyetçilik ölçeği çelişki alt boyutunun yaş ile negatif yönde (r = -.15, p < .01); boy-kilo-görünüm memnuniyeti ile negatif yönde [sırasıyla: r = -.11, p < .05; r = -.12, p < .05; r = -.12, p < .01]; sağlığa verilen önem ile negatif yönde (r = -.12, p < .05) ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki gösterdiği saptanmıştır.

Tablo 13. Değişkenler Arası Korelasyon Katsayıları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 TOS sağlıklı ortoreksiya																
2 TOS ortoresiya nervoza	.57***															
3 PKÖ anne saymazlık	-.02	.10														
4 PKÖ anne psikolojik kontrol	.00	.12**	.66***													
5 PKÖ baba saymazlık	-.05	.05	.52***	.41***												
6 PKÖ baba psikolojik kontrol	-.12**	-.01	.37***	.44***	.74***											
7 SAPS standartlar	.12*	.08	.08	.18**	.12*	.17**										
8 SAPS çelişki	-.01	.16**	.18**	.30***	.19**	.25***	.55***									
9 Yaş	.28***	.15**	-.12*	-.16**	-.05	-.06	-.06	-.15**								
10 BKİ	.07	.17**	.02	.03	-.01	-.00	-.08	-.07	.36***							
11 Boy memnuniyet	.17**	.05	-.01	-.01	-.02	-.08	-.01	-.11*	.12*	.12*						
12 Kilo memnuniyet	.20***	-.04	-.05	-.07	-.01	-.06	.02	-.12*	-.01	-40***	.25***					
13 Görünüm memnuniyet	.19**	.00	-.15**	-.18**	-.15**	-.21***	-.03	-.12**	.16**	-.18**	.35***	.54**				
14 Sigara kullanımı	-.18**	-.08	.02	-.00	.07	.05	-.07	.06	.02	.12*	.10	.00	.12*			
15 Alkol kullanımı	-.19**	-.11**	.04	-.04	.06	.03	.02	.06	.00	.03	-.04	-.04	-.10	.38***		
16 Sağlığı Önemseme	.32***	.06	-.13*	-.13*	-.18**	-.18**	.00	-.12*	.05	-.15**	-.06	.26***	.23***	-20***	.20***	

Not. TOS:Teruel Ortoreksiya Ölçeği, PKÖ:Psikolojik Kontrol Ölçeği, SAPS: APS-R Mükemmeliyetçilik Ölçeği Kısa Formu.
****p* < .001,***p* < .01, **p* < .05; n = 302

3.2.4 Model Testi

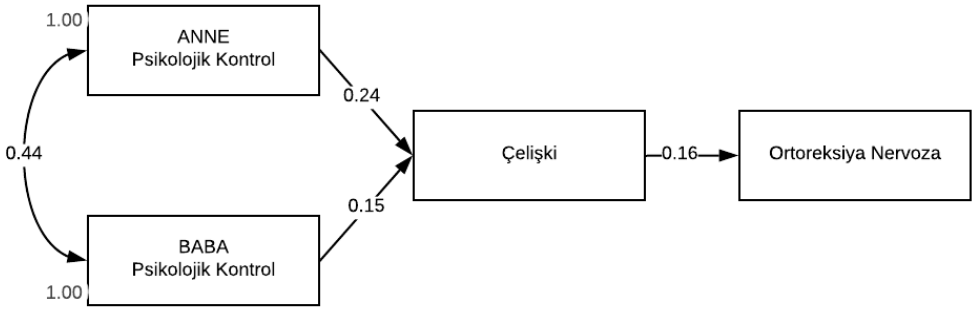
Ebeveynden algılanan psikolojik kontrolün ortoreksiya nervoza ile uyumsuz mükemmeliyetçilik üzerinden dolaylı olarak ilişkili olup olmayacağını incelemek amacıyla verilere yapısal eşitlik model testi uygulanmıştır. Anneden algılanan psikolojik kontrol ve babadan algılanan psikolojik kontrolün SAPS alt boyutlarından olan çelişkiyi (uyumsuz mükemmeliyetçilik) ve ortoreksiya nervoza puanlarını, çelişkinin de ortoreksiya nervoza puanlarını yordayacağı hipotez edilmiştir (bkz. Şekil 2).

Şekil 5'te verilen analiz sonuçlarını değerlendirmede x^2, NFI, NNFI, CFI, kök artık kareler ortalaması (root mean square residual, RMR), uyum iyiliği indeksi (goodness of fit index, GFI), düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi (adjusted goodness of fit index, AGFI) ve RMSEA uyum indeksleri kullanılmıştır. Analiz sonuçlarının uyumuna ilişkin istatistikler Tablo 14'te sunulmuştur.

Tablo 14. Model Uyum İyiliği Testleri'ne İlişkin Değerler

x^2	sd	p	NFI	NNFI	CFI	RMR	GFI	AGFI	RMSEA
5.47	2	0.0648	.954	.907	.969	.594	.991	.955	0.076

Tablo 14 incelendiğinde p değeri .05'ten büyük bir değer aldığı için oluşturulan modelin toplanan veriye uygun olduğu görülmektedir. NFI, NNFI, CFI, GFI ve AGFI değerlerinin .90'dan büyük olması model veri uyumunun yüksek olduğunu göstermektedir. RMR değerinin 0 – 1 aralığında, RMSEA değerinin ise .05-.08 aralığında olması kabul edilir bir uyumu göstermektedir.



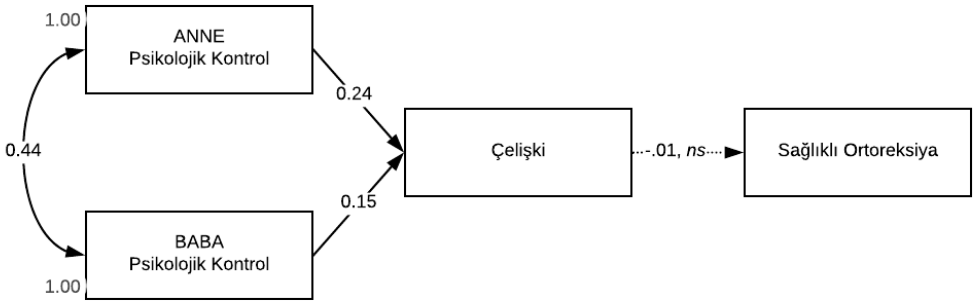
Şekil 5. Ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişki: uyumsuz mükemmeliyetçiliğin aracı rolü

İkinci olarak ebeveynden algılanan psikolojik kontrolün sağlıklı ortoreksiya ile uyumsuz mükemmeliyetçilik üzerinden dolaylı olarak ilişkili olup olmayacağını incelemek amacıyla verilere yapısal eşitlik model testi uygulanmıştır. Şekil 6'da verilen analiz sonuçlarını değerlendirmede x^2, NFI, NNFI, CFI, RMR, GFI, AGFI ve RMSEA uyum indeksleri kullanılmıştır. Analiz sonuçlarının uyumuna ilişkin istatistikler Tablo 15'te sunulmuştur.

Tablo 15. İkinci Model Uyum İyiliği Testleri'ne İlişkin Değerler

x^2	sd	p	NFI	NNFI	CFI	RMR	GFI	AGFI	RMSEA
5.52	2	0.0632	.950	0.898	0.966	1.104	0.991	0.955	0.076

Tablo 15 incelendiğinde p değerinin .05'ten büyük bir değer aldığı görülmektedir. NFI, GFI ve AGFI değerlerinin .90'dan büyük olması model veri uyumunun yüksek olduğunu göstermektedir. CFI değerinin .95'ten büyük, RMSEA değerinin ise .05-.08 aralığında olması kabul edilir bir uyumu göstermektedir. Buna karşılık RMR değerinin 0 – 1 aralığında olmaması model veri uyumunu desteklememektedir. Şekil 6 incelendiğinde anneden algılanan psikolojik kontrol ve babadan algılanan psikolojik kontrolün sağlıklı ortoreksiya ile ilişkisinde uyumsuz mükemmeliyetçiliğin anlamlı bir aracılık etkisi olmadığı görülmüştür. Uyumsuz mükemmeliyetçilikten sağlıklı ortoreksiyaya giden yol anlamlı değildir.



Şekil 6. Sağlıklı ortoreksiyanın ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ve uyumsuz mükemmeliyetçilik ile ilişkisi

BÖLÜM 4. TARTIŞMA

Bu bölümde, ilk olarak TOS'un psikometrik özelliklerine ilişkin bulgular ilgili literatür çerçevesinde tartışılarak yorumlanmıştır. İkinci olarak ebeveynden algılanan psikolojik kontrol düzeyi, uyumlu – uyumsuz mükemmeliyetçilik özellikleri, sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkilere dair bulguların ilgili literatür çerçevesinde tartışma ve yorumuna yer verilmiştir.

4.1 TOS'un Geçerliğinin Değerlendirilmesi

TOS'un yapı geçerliğini belirlemek amacıyla farklı veri setleri kullanılarak AFA ve DFA yapılmıştır. Benzer ölçek geçerliğini incelemek için ORTO- 11 Ölçeği, eş zaman geçerliğini incelemek için ise YTT, MOKSL, PANAS ile arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Yapılan AFA sonucunda özdeğeri 1'den büyük olan 3 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ancak bu faktörler scree plot ile incelendiğinde ikinci faktörden sonra yüksek ivmeli bir düşüş olduğu görülmüştür. Scree plot sonucu ile birlikte ölçeğin orijinal versiyonu göz önünde bulundurularak analiz 2 faktörlü yapıya zorlanmıştır. Analiz sonucunda orijinal form çalışması (Barrada ve Roncero, 2018) ile tutarlı olarak sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza olmak üzere iki boyuttan oluştuğu belirlenmiştir. Bununla birlikte 4.maddenin (Sağlıklı olduğunu düşünmediğim yiyecekleri yediğimde kendimi suçlu hissederim.) orijinalinden farklı olarak sağlıklı ortoreksiya alt boyutunda yer aldığı görülmüştür. ‘‘Suçluluk’’ her iki ortoreksiya türünde görülebilecek temel bir duygudur. Sağlıklı beslenmeye yönelik patolojik bir ilgiyi ölçmede suçluluk ifadesinin daha keskin biçimde ele alınarak, ‘‘Sağlıklı olduğunu düşünmediğim yiyecekleri yediğimde fazlasıyla / çok / oldukça suçluluk hissederim.’’ gibi şekillerde ifade edilmesinin maddenin ayırt ediciliği açısından daha geçerli sonuçlar sağlayacağı düşünülmektedir. Ek olarak sonucun ölçeğin dayandığı kuramsal temellere uymaması, iki faktörde de .30'un üzerinde ve birbirlerine yakın yük değerlerine sahip olması nedenleri de göz önünde bulundurularak 4.maddenin ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Bununla birlikte maddelerin faktör yükleri sağlıklı ortoreksiya için .50 ve .81; ortoreksiya nervoza için .48 ve .76 arasında değişmektedir.

İlk hali 96 maddeden oluşan orijinal form çalışmasında ise madde faktör yükleri .50 üzerinde değer alan maddeler seçilerek 17 maddelik yeni yapı oluşturulmuştur. Bu değerlere bakıldığında elde edilen madde faktör yüklerinin orijinal form çalışmasına ait değerlere yakın olduğu görülmektedir.

AFA uygulamaları sonucunda oluşturulan 16 maddelik yeni yapı 302 katılımcıdan oluşan başka bir çalışma grubunda DFA ile sınanmıştır. Analiz sonucu değerlendirildiğinde sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza olmak üzere iki faktörlü yapının doğrulandığı görülmüştür. DFA yoluyla elde edilen sonuçlar orijinal çalışmanın sonuçları ile karşılaştırıldığında RMSEA değerinin orijinal form bulgularından yüksek düzeyde, x^2 değerinin ise orijinal form bulgularından düşük düzeyde değer aldığı görülmüştür. CFI ve df değerleri ise büyük ölçüde benzemektedir. Tüm sonuçlar dikkate alındığında oluşturulan modelin veriyle iyi bir uyum verdiği şeklinde yorumlanabilir.

TOS'un benzer ölçek geçerliğini belirlemek amacıyla ORTO-11 Ölçeği kullanılmıştır. ORTO-11 ölçeği ortorektik eğilimi ölçen, daha önce Arusoğlu (2006) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış bir ölçüm aracıdır. Ölçekteki düşük puanlar yüksek ortorektik eğilime işaret etmektedir. Yapılan analiz sonucunda sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervozanın ORTO-11 Ölçeği toplam puanı ile negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur. TOS'un orijinal form çalışmasında da (Barrada ve Roncero, 2018) benzer şekilde sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza ORTO-15 Ölçeği toplam puanı ile negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı şekilde ilişki göstermiştir. Bulgular ölçeğin yapısal geçerliğini destekler niteliktedir. Çalışmanın sonuçlarına göre orijinal form çalışması ile tutarlı olarak sağlıklı ortoreksiyanın ORTO-15 Ölçeği ve ORTO-11 Ölçeği ile negatif yönlü ve anlamlı ilişki gösterdiği bulunmuştur. Sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza sağlıklı beslenmenin farklı boyutlarıdır. Bu açıdan bakıldığında ORTO-15 Ölçeği ve ORTO-11 Ölçeği'nin ortoreksiya nervoza alt boyutu ile negatif ilişki gösterirken, sağlıklı ortoreksiya alt boyutu ile pozitif ilişki göstermesi beklenmektedir. ORTO-15 Ölçeği ve ORTO-11 Ölçeği'nin ortoreksiyayı tek boyutta ölçmesi ve hem sağlıklı ortoreksiya hem de ortoreksiya nervozayı değerlendiren maddeleri bir arada bulundurmasının bu sonucu açıklayabileceği düşünülmektedir. Örneğin, ORTO-11 Ölçeği'nde yer alan ''Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?'',

‘‘Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?’’, ‘‘Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?’’ maddeleri sırasıyla, TOS’un sağlıklı ortoreksiya alt boyutunda yer alan ‘‘Çoğunlukla, sağlıklı olduğunu düşündüğüm şeyleri yerim.’’, ‘‘Sağlıklı olmayan lezzetli bir yemektense, çok lezzetli olmayan sağlıklı bir yemek yemeyi tercih ederim.’’, ‘‘Daha sağlıklı olduğunu düşündüğüm yiyecekler için daha fazla para harcamayı umursamam.’’ maddeleri ile büyük ölçüde benzerlik göstermektedir.

TOS’un eş zaman geçerliğini belirlemek amacıyla orijinal form çalışması (Barrada ve Roncero, 2018) göz önünde bulundurulmuş ve ölçeğin YTT, MOKSL, PANAS ile ilişkileri incelenmiştir Analiz sonuçlarına göre sağlıklı ortoreksiya sorunlu yeme eğilimi ile pozitif, negatif duygular ile negatif yönlü ve anlamlı düzeyde ilişki göstermektedir. Sonuçlar orijinal çalışma bulguları ile tutarlıdır. Ek olarak sağlıklı ortoreksiyanın pozitif duygular ile pozitif yönlü ve anlamlı düzeyde ilişki gösterdiği bulunmuştur. Tüm bu bulgular sağlıklı ortoreksiyanın psikolojik sıkıntı ve psikopatoloji ile ters orantılı olarak beslenmeye ve yiyeceğe olan sağlıklı ilgiyi temsil ettiği görüşünü (Barrada ve Roncero, 2018) destekler niteliktedir.

Bununla birlikte, mevcut çalışmada sağlıklı ortoreksiya ile obsesif kompulsif eğilim arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Orijinal çalışmada ise sağlıklı ortoreksiya ve obsesif kompulsif eğilim arasında düşük de olsa pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r = .11, p < .05). Obsesif kompulsif eğilimi değerlendirmede orijinal çalışma ve mevcut çalışmada kullanılan ölçüm araçları ve örneklem farklılıklarının bu sonucu açıklayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca araştırma sonuçlarına göre orijinal çalışma bulguları ile tutarlı olarak ortoreksiya nervozanın bozuk yeme eğilimi ile pozitif, obsesif kompulsif eğilim ile pozitif ve negatif duygular ile pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Literatürde ortoreksiya nervozanın bozuk yeme eğilimi ve obsesif kompulsif eğilimi ile pozitif yönde ilişkili olduğunu destekleyen çalışmalar mevcuttur (Arusoğlu 2006; Duran, 2016). Tüm sonuçlar dikkate alındığında TOS Türkçe formunun yapısal özellikleri açısından kabul edilebilir düzeyde işlerliğe sahip olduğu söylenebilir.

4.2 TOS'un Güvenirliğinin Değerlendirilmesi

TOS'un güvenirlik analizinde öncelikle her iki faktöre ait maddelerin faktör toplam puanlarıyla ilişkilerini incelemek amacıyla madde toplam korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Analiz sonucunda madde toplam korelasyonlarının .37 ve .71 arasında değiştiği görülmüştür. Literatürde madde toplam korelasyonu için sınır değer .30 olarak belirtilmektedir (Büyüköztürk, 2007). Bu bağlamda, tüm maddelerin ait oldukları faktörle ilişkili olduğu söylenebilir. Orijinal form bulgularında ise madde toplam korelasyonlarına yer verilmemiştir.

Güvenirlik analizinde ikinci olarak alt boyutların iç tutarlılık katsayıları incelenmiştir. Cronbach alfa katsayısı sağlıklı ortoreksiya için .86, ortoreksiya nervoza için .81 olarak hesaplanmıştır. Orijinal form çalışmasında ise bu değerler sağlıklı ortoreksiya için .85 ve ortoreksiya nervoza için .81'dir. Bu değerlere bakıldığında iç tutarlılık katsayılarının orijinal çalışma ile büyük ölçüde benzediği görülmektedir. Literatürde psikolojik bir ölçüm aracı için hesaplanan güvenirlik katsayısının .70 ve üzeri olmasının test puanlarının güvenirliği için genel olarak yeterli görüldüğü belirtilmiştir (Büyüköztürk, 2007). Bu bağlamda testin iç tutarlılığının yeterli düzeyde olduğu söylenebilir.

Güvenirlik analizinde son olarak üniversitede öğrenim gören 86 öğrenciye 21 günlük zaman aralığında test tekrar test uygulaması gerçekleştirilmiştir. Test tekrar test katsayısı sağlıklı ortoreksiya için .78, ortoreksiya nervoza için .67 olarak bulunmuştur. Orijinal form çalışmasında ise bu değerler sağlıklı ortoreksiya için .73, ortoreksiya nervoza için .82'dir. Bu değerlere bakıldığında sağlıklı ortoreksiyanın orijinal form çalışmasından yüksek düzeyde, ortoreksiya nervozanın ise orijinal form çalışmasından düşük düzeyde kararlılık katsayısına sahip olduğu görülmüştür. Mevcut çalışmada zaman aralığının daha kısa ve örneklem büyüklüğünün daha az olmasının bu farklılığa etki edebilecek nedenler olabileceği düşünülmektedir. Ek olarak test tekrar test analizi sonucunda elde edilen korelasyon katsayısının +1'e yaklaştıkça ölçüm aracının kararlılığının o derece yükseldiği kabul edilmektedir (Tavşanel, 2002; Özgüven, 2000). Korelasyon katsayısının .70-1.00 arasında olması yüksek, 0.30-.70 arasında olmasının orta düzeyde bir ilişki olarak tanımlanmaktadır (Büyüköztürk, 2007). Bu bağlamda

sağlıklı ortoreksiya alt boyutunun yüksek, ortoreksiya nervoza alt boyutunun ise orta derecede bir kararlılık gösterdiği söylenebilir.

4.3 Cinsiyete İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Bu çalışmada sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervozanın cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Erkeklerin ortoreksiya nervoza puan ortalamalarının kadınlardan anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Elde edilen bu bulgu ortoreksiya nervozanın erkekler arasında daha yaygın olduğunu ortaya koyan çeşitli araştırma bulgularını destekler niteliktedir (Bosi ve ark., 2007; Donini ve ark., 2004; Fidan ve ark., 2010; Kazkondu, 2010). Bu durum toplumdaki kalıp yargılar nedeniyle fiziksel özelliklerin ve dış görünümün daha önemli hale gelmesi ve bazı toplumlarda erkeklerin sağlıklı yiyecekleri seçmeyi estetik kaygılarını azaltmak için bir davranış modeli olarak benimsemesi (örn. kadınlar estetik kaygılarını azaltma noktasında yiyecek seçiminin yanı sıra kozmetiğe de yönelmekte, erkekler ise kozmetik açıdan bir girişimde bulunmamaktadır) şeklinde yorumlanmıştır (Donini ve ark., 2004). Buna karşılık literatürdeki bazı çalışmalarda kadınların ortoreksiya nervoza puanlarının daha yüksek olduğu (Arusoğlu ve ark, 2008; Yıldırım, 2018) bazı çalışmalarda ise ortoreksiya nervozanın cinsiyete göre farklılaşmadığı (Baş, 2014; Özkahya, 2015; Varga ve ark., 2014) görülmüştür. Literatür bulgularındaki bu farklılıklar sözü edilen çalışmalarda erkeklerin yeterince temsil edilememesi ve kültürel etkiler ile açıklanabilir. Araştırmanın diğer bir sonucuna göre sağlıklı ortoreksiya puan ortalamaları cinsiyete göre farklılık göstermemiştir. Bu sonuç sağlıklı ortoreksiyayı cinsiyet açısından ele alan ilk çalışma bulgusunu destekler niteliktedir. Depa, Barrada ve Roncero (2019) yaptıkları çalışmada sağlıklı ortoreksiya puan ortalamalarının cinsiyete göre farklılık göstermediğini bulmuştur.

4.4 Düzenli Spor Yapma ve Diyet Uygulamalarına Göre Ortoreksiya Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmada sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervozanın düzenli olarak spor yapma ve diyet uygulamalarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre düzenli olarak spor yapan katılımcıların sağlıklı

ortoreksiya puan ortalamaları düzenli olarak spor yapmayan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksektir. Ayrıca düzenli olarak diyet yapan katılımcıların sağlıklı ortoreksiya puanlarının düzenli olarak diyet yapmayan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Sağlıklı ortoreksiya alt boyutunun beslenme şekli ve diyete olan sağlıklı bir ilgiyi ve diyet yapmayla ilgili sağlıklı davranışları içermesi (Depa, Barrada ve Roncero, 2019) mevcut çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

Çalışmanın bir diğer bulgusu düzenli olarak diyet yapan katılımcıların ortoreksiya nervoza puanlarının düzenli olarak diyet yapmayan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek olmasıdır. Ortoreksiya nervoza eğilimi daha yüksek olanların sağlıklı bir diyetle aşırı meşgul olmaları (Depa ve ark., 2019), kısıtlayıcı bir diyet ile yiyecek hazırlamaya odaklanmaları ve ritüelleştirilmiş yeme örüntülerini takip etmeleri (Bratman, 1997) gibi özellikleri bu sonucu açıklayabilir. Mevcut çalışma sonuçlarına göre ortoreksiya nervoza puanları düzenli spor yapan ve düzenli spor yapmayan katılımcılar arasında farklılık göstermemektedir. Dalmaz (2017) yaptığı çalışmada ise spor yapan katılımcıların spor yapmayanlardan anlamlı derecede yüksek ortoreksiya puanlarına sahip olduğu yönünde bir sonuç elde etmiştir. Aynı çalışma ortoreksiya nervozalı bireylerin sağlıklı beslenme noktasında yiyecek seçimine dikkat ederken, ortoreksiya nervozaya sahip olmayan bireylerin ise sağlıklı beslenme noktasında düzenli beslenmeye dikkat ettiklerini ortaya koymuştur. Bu sonucun sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza arasındaki patolojik farkı açıklayabileceği düşünülmektedir.

4.5 Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilerin Tartışılması

Çalışmanın sonuçlarına göre sağlıklı ortoreksiya yaş, boy-kilo-görünüm memnuniyeti ve sağlığa verilen önem ile pozitif, sigara ve alkol kullanımı ile negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişki göstermektedir. Depa vd., (2019) yaptıkları çalışmada yaş arttıkça sağlıklı ortoreksiya düzeyinin de arttığını bulmuştur. Bu bulgu elde edilen sonucu destekler niteliktedir. Turgul, Doğan, Mandıracıoğlu ve Lüleci (2002) yaptıkları çalışmada yirmili yaşlarda sağlık endişesinin altmışlı yaşlara oranla daha az olduğunu ve sağlığı geliştiren davranışların ileri yaşlarda daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur. Bu durum yaşın ilerlemesi ile birlikte sağlık endişesinin artıyor olması (Branch ve Jette, 1984) şeklinde yorumlanabilir. Literatürde sağlıklı ortoreksiyanın boy-kilo-görünüm

memnuniyeti, sigara ve alkol kullanımı ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Mevcut araştırmanın sonuçlarına göre sağlıklı ortoreksiya arttıkça boy-kilo-görünüm memnuniyeti artmakta, sigara ve alkol kullanımı ise azalmaktadır. Sağlıklı beslenmenin bir sonucu olarak boy, kilo ve görünümde meydana gelen değişiklilerin bu sonucu açıklayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bu değişiklikler ve değişikliklere bağlı memnuniyet de sağlıklı beslenmeye yönelik tutum ve davranışların devamını pekiştiriyor olabilir. Ek olarak bireylerin sağlıklı beslenmek amacıyla sigara ve alkol kullanımını azaltıyor olması teorik yapıyla tutarlı, beklendik bir sonuçtur.

Çalışmanın bir diğer değişkeni olan ortoreksiya nervoza yaş ve beden kitle indeksi ile pozitif, alkol kullanımı ile negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişki göstermektedir. Elde edilen bu bulgu yaş arttıkça ortoreksiya nervoza düzeyinin arttığını ortaya koyan çeşitli araştırma bulgularını destekler niteliktedir (Bosi ve ark., 2007; Depa vd., 2019; Donini ve ark., 2004; Tek ve Ermumcu; 2016). Bu durum yaşın ilerlemesi ile birlikte sağlığa ilişkin farkındalığın artıyor olması şeklinde yorumlanmıştır (Depa, Schweizer, Bekers, Hilzendegen ve Stroebele-Benschop, 2017). Yaşın ilerlemesi ile bireylerin ekonomik olarak daha özgür hale gelmeleri dolayısıyla sağlıklı besini daha kolay elde edebilmelerinin bu sonucu açıklayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca yaş ilerledikçe sağlık sorunlarının artması da sağlıklı beslenme konusunda daha hassas davranışlar sergilemeye yöneltebilir. Mevcut araştırmanın sonuçlarına göre beden kitle indeksi arttıkça ortoreksiya nervoza düzeyi artmaktadır. Elde edilen bu bulgu çeşitli araştırma bulgularını destekler niteliktedir (Asil ve Sürücüoğlu; 2015; Oberle ve ark., 2017). Bu bulgu, kilo arttıkça kilo vermeye yönelik girişimlerin artması ve dolayısıyla fiziksel sağlık için ideal bir kiloya ulaşmak ve o kiloyu korumak adına sağlıklı beslenmeye yönelinmesi ile açıklanabilir. Buna karşılık literatürdeki bazı çalışmalarda beden kitle indeksi ile ortoreksiya nervozanın ilişkili olmadığı (Aksoydan ve Camcı, 2009; Ergin, 2014; McInerney-Ernst, 2011) görülmüştür. Literatürde beden kitle indeksi ve ortoreksiya nervoza arasında negatif yönlü ilişkiyi ortaya koyan bir çalışmaya ise rastlanmamıştır. Bu durum Oberle, Samaghabadi ve Hughes (2017) tarafından ortoreksiya nervozanın aşırı düşük bir beden kitle indeksi ile tanımlanan anoreksiya nervoza ile farkının göstergesi olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmanın sonuçlarına göre sağlıklı ortoreksiya babadan algılanan psikolojik kontrol ile negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişki gösterirken ortoreksiya nervoza

anneden algılanan psikolojik kontrol ile pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişki göstermektedir. Literatürde ortoreksiya nervozanın aile faktörü açısından incelendiği çalışmalar oldukça sınırlıdır. Ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmaya ise rastlanmamıştır. Gürel (2017) tarafından yapılan çalışmada ebeveynden algılanan psikolojik kontrolün yeme tutum bozukluğu ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Snoek, Engels, Janssens ve Strien (2007) ise yaptıkları çalışmada anneden algılanan psikolojik kontrolün bozuk yeme tutumu ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgu çalışma sonucunda elde edilen ortoreksiya nervozanın anneden algılanan psikolojik kontrol ile ilişkili olduğu sonucuna paralellik göstermektedir.

Mevcut çalışmanın sonuçlarına göre sağlıklı ortoreksiya uyumlu mükemmeliyetçilik (SAPS standartlar alt boyutu), ortoreksiya nervoza ise uyumsuz mükemmeliyetçilik (SAPS çelişki alt boyutu) ile pozitif yönde ve anlamlı ilişki göstermektedir. Elde edilen bu sonuç araştırma hipotezini destekler niteliktedir. Literatürde ortoreksiya nervozanın mükemmeliyetçilik ile ilişkisini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Barnes ve Caltabiano, 2017; Koven ve Senbonmatsu; 2013) ancak mükemmeliyetçiliğin uyumlu ve uyumsuz boyutları ile ortoreksiya nervozanın ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Mevcut çalışmada uyumsuz mükemmeliyetçilik arttıkça ortoreksiya nervoza düzeyinin de arttığı bulunmuştur. Ortoreksiya nervozada bireylerin diyetlerinde mükemmel bir saflık düzeyine erişmeyi amaç edinmeleri (Bratman ve Knight, 2000), bu amaçtan uzaklaştıkları takdirde suçluluk hissetmeleri (Billings, 2015), sağlıksız buldukları bir yiyeceği tüketerek katı beslenme kurallarını ihlal ettikleri takdirde kendilerini giderek artan daha katı beslenme kısıtlamaları ile cezalandırmaları (Bağcı Bosi ve ark., 2007) gibi özellikleri uyumsuz mükemmeliyetçiliğin klinik tanımında var olan yüksek standartlar belirleme, küçük hataları felaket olarak algılama ve amaçlarını gerçekleştiremedikleri takdirde başarısızlık hissetme (Hall, 2006) gibi özellikleri ile benzerlik göstermektedir. Bu bağlamda elde edilen sonucun ortoreksiya nervozanın klinik tanımıyla tutarlı olduğu söylenebilir. Ayrıca araştırmanın bir diğer bulgusuna göre uyumlu mükemmeliyetçilik arttıkça sağlıklı ortoreksiya düzeyi de artmaktadır. Elde edilen bu sonuca göre hem sağlıklı ortoreksiya hem de ortoreksiya nervoza mükemmeliyetçilik ile ilişkilidir. Her iki türde de temel olarak sağlıklı beslenmenin amaçlanması ve amaca yönelik standartların benimsenmesi bir ortaklık olarak ifade edilebilir. Aralarındaki fark ise

sağlıklı ortoreksiyanın mükemmeliyetçiliğin uyumlu yönü ile ortoreksiya nervozanın mükemmeliyetçiliğin uyumsuz yönü ile ilişkili olmasıdır. Elde edilen bu sonuç her iki ortoreksiya türü arasındaki patolojik farkı açıklayabilir.

4.6 Model Testine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Ailede ve ebeveynlik süreçlerinde yaşanan problemlerin yeme bozukluklarının gelişiminde ve seyrinde rol oynadığı görüşü literatürde oldukça sık ele alınmıştır (Polivy ve Herman, 2002). Benzer şekilde mükemmeliyetçiliğin kökeni ile ilgili yapılan çalışmalar da ebeveyn kontrolünün önemini vurgulamıştır (Enns, Cox ve Larsen, 2000; Flett ve ark., 2002). Bununla birlikte Shafran, Cooper ve Fairburn (2002) yeme bozukluklarının gelişiminde ve seyrinde mükemmeliyetçiliğin ve uyumsuz mükemmeliyetçiliğin merkezi rol oynadığını belirtmiştir. Yapılan araştırmalar mükemmeliyetçiliğin yeme bozukluğu üzerindeki rolünü doğrulasa da uyumlu ve uyumsuz mükemmeliyetçilik arasında yeme bozukluğu açısından ayrım yapılmadığı dikkat çekmiştir. Mevcut çalışmada bu bilgiler göz önünde bulundurularak literatürde bir yeme bozukluğu olup olmadığı üzerinde durulan ortoreksiya nervoza yapısını kuramsal olarak kısmen de olsa açıklaması olası görünen varsayımsal bir model geliştirilmiştir. Geliştirilen model istatistiksel olarak doğrulanmıştır. Model testinin bulgularında ebeveynden algılanan psikolojik kontrolün ve uyumsuz mükemmeliyetçiliğin ortoreksiya nervoza üzerinde etkisi olduğu görülmektedir. Modele dayanarak, ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ve uyumsuz mükemmeliyetçiliğin yüksek olduğu bireylerde ortoreksiya nervoza riskinin fazla olduğu söylenebilir. Test edilen modelin diğer bir sonucuna göre ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ve ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide uyumsuz mükemmeliyetçilik aracı rol üstlenmiştir. Elde edilen bu sonuçlar araştırma hipotezlerini destekler niteliktedir ve Soenens (2008) tarafından ortaya konan yeme bozukluğu modeline paralellik göstermektedir. Soenens (2008) yaptığı vaka kontrol çalışmasında yeme bozukluğuna sahip olan ve olmayan katılımcıların ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ve mükemmeliyetçilik düzeylerindeki farklılıkları incelemiştir. Bulgular, yeme bozukluğuna sahip ve özellikle bulumik olan katılımcıların yeme bozukluğuna sahip olmayanlara kıyasla yüksek düzeyde baba psikolojik kontrolü algıladıkları ve uyumsuz mükemmeliyetçilik gösterdiklerini ortaya koymuştur. Bununla birlikte yapılan aracılık

analizleri uyumsuz mükemmeliyetçiliğin ebeveyn psikolojik kontrolü ile yeme bozukluğu semptomları arasında bir aracı değişken olduğunu göstermiştir.

Yapılan ikinci model testinde ise ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ve sağlıklı ortoreksiya arasında uyumsuz mükemmeliyetçiliğin aracı rolüne rastlanmamıştır. Diğer bir deyişle ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ve uyumsuz mükemmeliyetçilik ortoreksiyanın sağlıklı boyutunda bir etki göstermezken, ortoreksiyanın patolojik boyutunun gelişiminde etki göstermektedir. Bu bulgu her iki ortoreksiya türü arasındaki patolojik farkı açıklamada kritik bir noktaya işaret ediyor olabilir.

Literatür bilgisi ve mevcut çalışmanın sonuçları göz önünde bulundurulduğunda psikolojik olarak yüksek kontrol uygulayan bir ebeveyn ortamının başarısızlığın kabul edilemez olduğu, ebeveyn sevgisinin belirli standartların ve normların yerine getirilme derecesine bağlı olduğu (Flett ve ark., 2002; Frost ve ark., 1990) uyumsuz mükemmeliyetçiliğe etki ettiği söylenebilir. Uyumsuz mükemmeliyetçilik ise bireyin en iyi şekilde sağlığını geliştirdiğine inandığı kısıtlayıcı beslenme şekillerini benimsediği, sağlıklı beslenme konusunda yüksek standartlar belirlediği, kendisine dayattığı beslenme kurallarını ihlal ettiği takdirde anksiyete ve utanç duyguları yaşadığı (Dunn ve Bratman, 2016) ortoreksiya nervoza eğilimine yol açabilir.

4.7 Genel Değerlendirme

İlk olarak çalışmada Barrada ve Roncero (2018) tarafından geliştirilen ve orijinal ismi ‘‘Teruel Orthorexia Scale’’ olan ölçek Türkçe’ye uyarlanmış, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe ismi ‘‘Teruel Ortoreksiya Ölçeği’’ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin geçerlik çalışması için yapı geçerliği, eş zaman geçerliği ve benzer ölçek geçerliği değerlendirilmiştir. AFA’da ölçeğin 4. maddesi dışındaki tüm maddeler, orijinal ölçekteki faktör yapısına uygun biçimde bir araya gelmiştir. Söz konusu madde analiz dışında tutularak oluşturulan yeni yapı tekrar analize tabi tutulmuş ve orijinal hali ile tutarlı 2 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. DFA’da ise modelin veriyle iyi bir uyum verdiği görülmüştür. Eş zaman ve uyum geçerliği çalışmalarında faydalanılan ölçekler ile ilişkilerinin beklendik yönde ve şiddette olduğu görülmüştür.

Ölçeğin güvenirlik çalışması için madde toplam korelasyon analizi yapılmış ve Cronbach Alfa, test tekrar test güvenirlik katsayıları değerlendirilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ölçeğin tüm maddelerinin ait oldukları faktörle ilişkili olduğu görülmüştür. Aynı zamanda ölçek yüksek düzeyde iç tutarlılık, orta düzeyde kararlılık katsayısına sahiptir. Çalışmadan elde edilen veriler sonucunda TOS'un sağlıklı beslenmenin problemli ve problemsiz yönlerini iki boyutta değerlendiren, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu söylenebilir. Literatürde ortoreksiya nervoza ile ilgili yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu ORTO-15 ölçeğini kullanmıştır. Mevcut çalışma sonucunda TOS'un iç tutarlılık ve test tekrar test güvenirliği açısından ORTO-15 Ölçeğinden daha iyi psikometrik özelliklere sahip olduğu görülmüştür. Ek olarak TOS sağlıklı beslenmenin problemli yönlerine odaklanmanın yanı sıra sağlıklı beslenmenin problemsiz yönlerini de değerlendirmektedir. Bu bağlamda mevcut çalışma TOS'un ve ''sağlıklı ortoreksiya'' kavramının yurtiçi literatürüne kazandırılması ve ortoreksiya kavramının genişletilmesi açısından önem taşımaktadır.

Bu çalışmada ikinci olarak sağlıklı ortoreksiya, ortoreksiya nervoza, ebeveynden algılanan psikolojik kontrol düzeyi ve uyumlu – uyumsuz mükemmeliyetçilik özellikleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma yazarın bilgisine göre yurtiçi literatüründe sağlıklı ortoreksiya kavramını ele alan ilk çalışma olmanın yanı sıra yurtdışı ve yurtiçi literatüründe, ebeveynden algılanan psikolojik kontrol açısından sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza değişkenlerini ele alan ilk çalışma olma niteliğindedir. Çalışmanın önemli bir bulgusu sağlıklı ortoreksiyanın uyumlu mükemmeliyetçilik, ortoreksiya nervozanın ise uyumsuz mükemmeliyetçilik ile ilişkili olmasıdır. Her iki türde de mükemmeliyetçiliğin ortak nokta olması aynı dinamiğe sahip olduklarının, mükemmeliyetçiliğin türü açısından farklılaşmaları ise aralarındaki patolojik farkının göstergesi olabilir. Çalışmada ayrıca ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide uyumsuz mükemmeliyetçiliğin aracı rolüne ilişkin model test edilmiştir. Test edilen model istatistiksel olarak doğrulanmıştır. Çalışma sonucu Soenens (2008) tarafından ortaya konan yeme bozukluğu modeline paralellik göstermiştir. Ortoreksiya nervoza, henüz bir sınıflama kategorisinde bulunmasa da araştırmacıların sıklıkla yeme bozukluğu olup olmadığı üzerinde durdukları bir kavramdır. Bu bağlamda mevcut çalışmanın önemli bir bulgusu da yeme bozukluğu için test edilmiş ve desteklenmiş bir modelin (Soenens, 2008) ortoreksiya

nervoza için de uyumlu sonuçlar vermesidir. Bu bulgu klinik açıdan yeme bozukluğunda uygulanan tedavi yöntem ve tekniklerinin ortoreksiya nervozaya uyarlanabileceği konusunda yürütülecek çalışmalar ve tartışmalar için önem taşımaktadır. Örneğin, yeme bozukluğunun psikolojik tedavisinde oldukça önemli görülen aile ilişkileri ve örüntülerinin (Le Grange ve Lock, 2005) değerlendirildiği aile temelli bir terapi ortoreksiya nervoza için de uygulanabilir. Ek olarak ilgili literatürde ortoreksiya nervozanın oluşumunda ve gelişiminde etkili olabilecek değişkenler ile ilgili sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Çalışma sonucunda aile faktörünün ortoreksiya nervoza için önemli bir risk faktörü olduğu söylenebilir. Bu açıdan bakıldığında tedavi için ilişkisel sorunlar müdahalede odak noktalarından biri olarak gösterilebilir. İlişkisel problemi tespit ederek ve üzerinde çalışarak, yeme ile oluşan uyumsuz ilişki modeli de değiştirilebilir.

4.8 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

Mevcut çalışmanın ikinci aşamasında uygun örnekleme yoluyla seçkisiz olmayan şekilde seçilen katılımcıların eğitim durumları düzenli dağılım göstermemiştir. Katılımcıların 218'i lisans mezunudur. Bu bağlamda araştırma bulgularında lisans mezunu katılımcıların temsil edici gücünün yüksek olduğu söylenebilir. Test tekrar test çalışması ise üniversitede öğrenim gören 86 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Bu durum ölçeğe dair özelliklerin genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Bu bağlamda gelecek çalışmalarda, genellenebilirlik açısından seçkisiz biçimde oluşturulacak daha geniş örneklemler ile çalışılması önerilebilir. Ayrıca her 2 çalışma grubunu da klinik olmayan örneklemler oluşturmuş ve katılımcıların geçmiş psikolojik tedavi öyküleri incelenmemiştir. Gelecek çalışmalarda hem klinik hem klinik olmayan gruplar birlikte kullanılarak gruplar arası karşılaştırma yapılması önerilebilir.

Çalışmada düzenli spor yapma ve diyet uygulamalarına ilişkin bulgular katılımcıların ‘‘evet-hayır’’ şeklindeki değerlendirmeleriyle elde edilmiştir. Bu açıdan bakıldığında henüz bir önceki gün spor yapan biri nihayet spora başladığını düşünerek ‘‘düzenli spor yapıyorum’’, aylardır spor yapan ancak daha sık ve daha fazla spor yapması gerektiğini düşünen biri hedeflediği kadar spor yapmadığı için ‘‘düzenli spor yapmıyorum’’ demiş olabilir. Dolayısıyla karşılaştırmalar ifade edilen özellikleri tam

olarak taşıyan grupları temsil etmiyor olabilir. Bu bağlamda gelecek çalışmalarda zaman ve sıklığa göre örneklem grupları oluşturulması önerilebilir.

Çalışmanın diğer bir sınırlılığı öz-bildirime dayalı ölçeklerin kullanılması ve verilerin katılımcıların öznel değerlendirmeleri ile elde edilmesidir. Katılımcıların sorulara yanlı cevap vermiş olabileceği ve bu durumun çalışmanın geçerlik ve güvenirliğini etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ek olarak değişkenler arası korelasyonel ilişkiler, istatistiksel olarak anlamlı olsa da, görece düşük sayılabilecek r değerleri temkinli biçimde değerlendirilmelidir.

Çalışmada kullanılan PKÖ için yetişkin katılımcılardan ebeveynlerinin psikolojik kontrol düzeylerine ilişkin geriye dönük bilgi vermeleri istenmiştir. Sorular katılımcıların çocukluk ve/ya ergenlik döneminde hatırladıkları ebeveynlerine ve ebeveynleri ile ilişkilerine ilişkindir. Bu sınırlılık katılımcıların o dönemi olduğundan daha iyi veya daha kötü hatırlamasına sebep olmuş olabilir. Ek olarak çalışmada kullanılan kesitsel desen tartışılan değişkenler arasında nedensel ilişkilerden söz etmeye uygun değildir. Gelecek çalışmalarda boylamsal desenin kullanılarak tartışılan değişkenler arasındaki ilişkilerin neden-sonuç bağlamında incelenmesi önerilebilir. Ayrıca yeme bozukluklarında tanısal örtüşme ve tanılar arasında geçişin sık olması (Fichther ve Quadflieg, 2007) ortoreksiya nervoza olan bireylerin geçmişte sağlıklı ortoreksiya olma ihtimalini düşündürmektedir. Boylamsal çalışma böylesi bir prognozun olup olmadığının incelenmesi açısından da önem taşımaktadır.

EK'LER

Ek-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU

Bu çalışma, Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan danışmanlığında, Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi olan Betül Asarkaya tarafından yürütülen bir tez çalışmasıdır. Bu çalışmanın amacı; ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ve uyumlu-uyumsuz mükemmeliyetçilik özelliklerinin sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza ile ilişkisinin incelenmesidir.

Gizlilik ilkesi doğrultusunda sizden adınız, soyadınız gibi kimlik bilgileriniz istenmeyecek; toplanan bilgiler yalnızca araştırmacı tarafından, toplu olarak değerlendirilecektir. Çalışmadan elde edinilen bilgiler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Dilerseniz çalışmaya katılmama ya da çalışmayı istediğiniz zaman bırakma hakkına sahipsiniz.

Çalışma kapsamında yer alan soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Lütfen her sayfanın başında yer alan yönergeleri dikkatlice okuyarak, size en uygun gelen yanıtı işaretleyiniz. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Betül Asarkaya ile iletişime geçebilirsiniz (e-posta: psk.betulasarkaya@gmail.com). Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman bırakabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Tarih:

İmza:

Ek-2:KİŞİSEL BİLGİ FORMU

<table>
<tr><td colspan="2">1) Doğum Yılınız:</td><td colspan="2">2) Cinsiyetiniz:</td></tr>
<tr><td colspan="4">3) Eğitim Durumunuz:
( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise
( ) Ön lisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü</td></tr>
<tr><td colspan="4">4) Annenizin Eğitim Durumu:
( ) Okur-yazar değil ( ) Okur- yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul
( ) Lise ( ) Ön lisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü</td></tr>
<tr><td colspan="4">5) Babanızın Eğitim Durumu:
( ) Okur- yazar değil ( ) Okur- yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul
( ) Lise ( ) Ön lisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü</td></tr>
<tr><td colspan="2">6) Boyunuz (cm):</td><td colspan="2">7) Kilonuz (kg):</td></tr>
<tr><td>8)Boyunuzdan memnun musunuz?
( ) Hiç memnun değilim.
( ) Pek memnun değilim.
( ) Kararsızım.
( ) Oldukça memnunum.
( ) Son derece memnunum.</td><td>9) Kilonuzdan memnun musunuz?
( ) Hiç memnun değilim.
( ) Pek memnun değilim.
( ) Kararsızım.
( ) Oldukça memnunum.
( ) Son derece memnunum.</td><td colspan="2">10)Fiziksel görünümünüzden memnun musunuz?
( ) Hiç memnun değilim.
( ) Pek memnun değilim.
( ) Kararsızım.
( ) Oldukça memnunum.
( ) Son derece memnunum.</td></tr>
<tr><td colspan="2">11)Herhangi bir sağlık probleminiz var mı?
( ) Evet ( ) Hayır
Evet, ise nedir? Belirtiniz:</td><td colspan="2">12)Düzenli bir ilaç tedavisi alıyor musunuz?
( ) Evet ( ) Hayır
Evet, ise nedir? Belirtiniz:</td></tr>
<tr><td colspan="2">13)Daha önce herhangi bir konuda psikolojik yardım ((ilaç, danışmanlık, psikoterapi) aldınız mı?
( ) Evet ( ) Hayır
Evet, ise nedir? Belirtiniz</td><td colspan="2">14)Şuanda herhangi bir konuda psikolojik yardım (ilaç, danışmanlık, psikoterapi) alıyor musunuz?
( ) Evet ( ) Hayır
Evet, ise nedir? Belirtiniz:</td></tr>
</table>

15)Sigara kullanıyor musunuz?	**16)Alkol kullanıyor musunuz?**
( ) Hayır, kullanmıyorum. ( ) Ayda bir ya da daha az kullanıyorum. ( ) Ayda 2-4 kez kullanıyorum. ( ) Haftada 2-3 kez kullanıyorum. ( ) Düzenli olarak; günde en az 1 tane kullanıyorum.	( ) Hayır, kullanmıyorum. ( ) Ayda 1 ya da daha az kullanıyorum. ( ) Ayda 2-4 kez kullanıyorum. ( ) Haftada 2-3 kez kullanıyorum. ( ) Haftada 4 ya da daha çok kez kullanıyorum.

17) Düzenli olarak spor/egzersiz yapıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

18)Sürekli uyguladığınız bir diyet programı var mı? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)

( ) Hayır, uygulamıyorum.

( ) Zayıflamak için uyguluyorum.

( ) Formumu korumak için uyguluyorum.

( ) Hastalığımın tedavisi için uyguluyorum.

19)Kendinizi sağlığına önem veren biri olarak tanımlar mısınız? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)

( ) Evet ( ) Kısmen ( ) Hayır

20)Bir önceki soruya cevabınız kısmen veya hayır ise, sağlığınıza önem vermenizi engelleyen şeyler aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri olabilir? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)

( ) Günlük yaşamın yoğunluğu ve zaman problemi

( ) Yeterince bilgi sahibi değilim

( ) Önemsemediğimden

( ) Ekonomik şartların uygun olmaması

( ) Alışkanlık edinememem (beslenme, fiziksel aktivite vb.)

22) Satın aldığınız ambalajlı ürünlerin etiketlerinde hangi bilgileri değerlendirirsiniz? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)

( ) Etikette yazanları değerlendirmem

( ) Üretim tarihi

( ) Son kullanma tarihi

( ) Firma ismi

( ) Katkı maddeleri

( ) Besin değeri

( ) Hepsi

Ek-3: TOS

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

Ek-4: ORTO-11 ÖLÇEĞİ

Aşağıda yeme davranışlarına ilişkin maddeler yer almaktadır. Her bir maddenin sizin için ne oranda geçerli olduğunu size uyan seçeneğe **(X)** koyarak belirtiniz. **Lütfen tüm maddeleri yanıtlayınız ve her madde için tek seçenek işaretleyiniz.**	**Asla**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Her zaman**
1-Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?	1	2	3	4
2-Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?	1	2	3	4
3-Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?	1	2	3	4
4- Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?	1	2	3	4
5- Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?	1	2	3	4
6- Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?	1	2	3	4
7- Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi arttırır mı?	1	2	3	4
8- Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açısından)	1	2	3	4
9- Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4
10- Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hisseder misiniz?	1	2	3	4
11- Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4

Ek 5: YTT

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

22.Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	1	2	3	4	5	6
23.Adetlerim düzenlidir. (Yalnızca kızlar cevaplandıracak)	1	2	3	4	5	6
24.Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.	1	2	3	4	5	6
25.Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.	1	2	3	4	5	6
26.Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer.	1	2	3	4	5	6
27. Lokantada yemek yemeyi severim.	1	2	3	4	5	6
28.Müshil kullanırım.	1	2	3	4	5	6
29.Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.	1	2	3	4	5	6
30.Diyet (perhiz) yemekleri yerim.	1	2	3	4	5	6
31.Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5	6
32.Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.	1	2	3	4	5	6
33.Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm.	1	2	3	4	5	6
34.Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.	1	2	3	4	5	6
35.Kabızlıktan yakınırım.	1	2	3	4	5	6
36.Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.	1	2	3	4	5	6
37.Diyet (perhiz) yaparım.	1	2	3	4	5	6
38.Midemin boş olmasından hoşlanırım.	1	2	3	4	5	6
39.Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	1	2	3	4	5	6
40.Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	1	2	3	4	5	6

Ek-6: MOKSL

Aşağıda günlük yaşamınıza ilişkin maddeler yer almaktadır. Her bir maddenin sizin için geçerli olup olmadığını size uyan seçeneğe **(X)** koyarak belirtiniz. **Lütfen tüm maddeleri yanıtlayınız ve her madde için tek seçenek işaretleyiniz.**	**Doğru**	**Yanlış**
1.Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım.		
2.Sık sık hoşa gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.		
3.Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm.		
4.İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.		
5.Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.		
6.Sık sık doğal gazı, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.		
7.Değişmez kurallarım vardır.		
8.Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen her gün beni rahatsız eder.		
9.Kaza ile bir başkasına çarptığımda rahatsız olurum.		
10.Her gün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam.		
11.Çocukken annem de babam da beni fazla zorlamazdı.		
12.Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor.		
13.Çok fazla sabun kullanırım.		
14.Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur.		
15.Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.		
16.Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.		
17.Temizliğe aşırı düşkünüm.		
18.Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.		
19.Pis tuvaletlere giremem.		
20.Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.		
21.Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.		
22.Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim.		

23.Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.		
24.Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissederim.		
25.Alıştığım işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım.		
26.Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.		
27.Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım.		
28.Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.		
29.Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır.		
30.Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.		
31.Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar, hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur.		
32.En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.		
33.Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.		
34.Sık sık kendime bir şeyleri dert edinirim.		
35.Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm.		
36.Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.		
37.Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.		

Ek -7: PANAS

Aşağıda farklı duyguları tanımlayan sözcükler yer almaktadır. **Son iki hafta** nasıl hissettiğinizi göz önünde bulundurarak her bir maddenin sizin için ne oranda geçerli olduğunu her maddenin yanında ayrılan yere yazınız. **Lütfen tüm maddeleri yanıtlayınız.**

1	**2**	**3**	**4**	**5**
Çok az ya da Hiç	Biraz	Ortalama	Oldukça	Çok fazla

_____1.İlgili

_____2.Sıkıntılı

_____3.Heyecanlı

_____4.Mutsuz

_____5.Güçlü

_____6.Suçlu

_____7.Ürkmüş

_____8.Düşmanca

_____9.Hevesli

_____10.Gururlu

_____11.Asabi

_____12.Uyanık (dikkati açık)

_____13.Utanmış

_____14.İlhamlı (yaratıcı düşüncelerle dolu)

_____15.Sinirli

_____16.Kararlı

_____17.Dikkatli

_____18.Tedirgin

_____19.Aktif

_____20.Korkmuş

Ek-8: PKÖ ANNE VE BABA FORMU

	ANNEM'in Özelliklerine			
Aşağıda **annenizle** ilişkinizde söz konusu olabilecek bazı davranışlar yer almaktadır. Bu davranışların çocukluğunuz ve ergenliğinizde anneniz için ne oranda geçerli olduğunu size uyan rakama **(X)** koyarak belirtiniz. **Lütfen tüm maddeleri yanıtlayınız ve her madde için tek seçenek işaretleyiniz.**	**Hiç Benzemiyor**	**Biraz Benziyor**	**Benziyor**	**Çok Benziyor**
1.Eğer onu utandıracak bir şey yaparsam beni görmezden gelmeye çalıştığı olurdu.	1	2	3	4
2.Eğer bazı şeylerde onun gibi düşünmezsem bana soğuk davrandığı olurdu.	1	2	3	4

3.Herhangi bir şey hakkındaki hislerimi ve düşüncelerimi değiştirmeye çalıştığı olurdu.	1	2	3	4
4.Ben konuşurken sözümü kestiği olurdu.	1	2	3	4
5.Ailedeki problemler yüzünden beni suçladığı olurdu.	1	2	3	4
6.Eğer onu kıracak bir şey yaparsam, gönlünü alıncaya kadar benimle konuşmadığı olurdu.	1	2	3	4
7.Ne zaman bir şey anlatmaya çalışsam konuyu değiştirdiği olurdu.	1	2	3	4
8.Beni eleştirirken geçmişte yaptığım hataları dile getirdiği olurdu.	1	2	3	4
9.Yapmamam gerektiğini düşündüğü bir şeyi yaptığımda kendimi suçlu hissettirdiği olurdu.	1	2	3	4
10.Beni sık sık bir başkasıyla haksız yere karşılaştırdığı olurdu.	1	2	3	4
11.Beni başkalarının (arkadaşlarımın) önünde utandırdığı olurdu.	1	2	3	4
12.Odama izinsiz girer, çantamı ve eşyalarımı karıştırdığı olurdu.	1	2	3	4
13.Benden çok şey beklediği olurdu (okulda başarılı olmamı, iyi insan olmamı vb.).	1	2	3	4
14.Beni aşağılar küçük düşürdüğü olurdu (aptal, işe yaramaz vb. olduğumu söyler).	1	2	3	4
15.Bir birey olarak bana saygı duymadığı olurdu (konuşmama izin vermez, diğerlerini bana tercih eder).	1	2	3	4
16.Beni sık sık yok saydığı olurdu (beni bırakıp yürüyüp gider, beni dikkate almaz).	1	2	3	4

	BABAM'ın Özelliklerine			
Aşağıda **<u>babanızla</u>** ilişkinizde söz konusu olabilecek bazı davranışlar yer almaktadır. Bu davranışların çocukluğunuz ve ergenliğinizde babanız için ne oranda geçerli olduğunu size uyan rakama **(X)** koyarak belirtiniz. **Lütfen tüm maddeleri yanıtlayınız ve her madde için tek seçenek işaretleyiniz.**	**Hiç Benzemiyor**	**Biraz Benziyor**	**Benziyor**	**Çok Benziyor**
1.Eğer onu utandıracak bir şey yaparsam beni görmezden gelmeye çalıştığı olurdu.	1	2	3	4
2.Eğer bazı şeylerde onun gibi düşünmezsem bana soğuk davrandığı olurdu.	1	2	3	4

3.Herhangi bir şey hakkındaki hislerimi ve düşüncelerimi değiştirmeye çalıştığı olurdu.	1	2	3	4
4.Ben konuşurken sözümü kestiği olurdu.	1	2	3	4
5.Ailedeki problemler yüzünden beni suçladığı olurdu.	1	2	3	4
6.Eğer onu kıracak bir şey yaparsam, gönlünü alıncaya kadar benimle konuşmadığı olurdu.	1	2	3	4
7.Ne zaman bir şey anlatmaya çalışsam konuyu değiştirdiği olurdu.	1	2	3	4
8.Beni eleştirirken geçmişte yaptığım hataları dile getirdiği olurdu.	1	2	3	4
9.Yapmamam gerektiğini düşündüğü bir şeyi yaptığımda kendimi suçlu hissettirdiği olurdu.	1	2	3	4
10.Beni sık sık bir başkasıyla haksız yere karşılaştırdığı olurdu.	1	2	3	4
11.Beni başkalarının (arkadaşlarımın) önünde utandırdığı olurdu.	1	2	3	4
12.Odama izinsiz girer, çantamı ve eşyalarımı karıştırdığı olurdu.	1	2	3	4
13.Benden çok şey beklediği olurdu (okulda başarılı olmamı, iyi insan olmamı vb.).	1	2	3	4
14.Beni aşağılar küçük düşürdüğü olurdu (aptal, işe yaramaz vb. olduğumu söyler).	1	2	3	4
15.Bir birey olarak bana saygı duymadığı olurdu (konuşmama izin vermez, diğerlerini bana tercih eder).	1	2	3	4
16.Beni sık sık yok saydığı olurdu (beni bırakıp yürüyüp gider, beni dikkate almaz).	1	2	3	4

Ek-9: SAPS

Aşağıda insanların kendilerine, performanslarına ve diğer insanlara karşı tutumlarına ilişkin maddeler yer almaktadır. Her bir maddenin sizin için ne oranda geçerli olduğunu size uyan rakama **(X)** koyarak belirtiniz**. Lütfen tüm maddeleri yanıtlayınız ve her madde için tek seçenek işaretleyiniz.**	**Hiç Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kısmen Katılmıyorum**	**Bir Fikrim Yok**	**Kısmen Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Tamamen Katılıyorum**
1.Kendimden beklentilerim yüksektir.	1	2	3	4	5	6	7

2. Elimden gelenin en iyisini yapmam benim için asla yeterli değildir.	1	2	3	4	5	6	7
3. Kendim için çok yüksek standartlar koyarım.	1	2	3	4	5	6	7
4. Bir işi tamamladığımda genellikle hayal kırıklığı duyarım çünkü daha iyisini yapabileceğimi bilirim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mükemmeli elde etmek için çok fazla çabalama ihtiyacı hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
6. Gösterdiğim performansla nadiren standartlarıma ulaşırım.	1	2	3	4	5	6	7
7. Kendimden en iyisini beklerim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Performansımdan neredeyse hiç tatmin olmam.	1	2	3	4	5	6	7

KAYNAKÇA

Accordino, D. B., Accordino, M. P., & Slaney, R. B. (2000). An investigation of perfectionism, mental health, achievement and achievement motivation in adolescents. *Psychology in the School*, 37, 535-545.

Aksoydan, E., & Camcı, N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eat Weight Disord. 14*(1), 33–37.

Altman, S. E., & Shankman, S, A. (2009). What is the association between obsessive–compulsive disorder and eating disorders? *Clin Psychol Rev, 29*, 638-646.

Alvarenga, M., Martins, M., Sato, K., Vargas, S., Philippi, S., & Scagliusi, F. (2012). Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the

Portuguese version of ORTO-15. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 17*(1), 29-36

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Arusoğlu, G. (2006). *Sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya) belirtilerinin incelenmesi, ORTO-15 ölçeğinin uyarlanması.* (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Arusoğlu, G., Kabakçı E., Köksal, G., & Merdol, T. (2008). Ortoreksiya Nervoza ve Orto-11'in Türkçeye uyarlama çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi, 19*(3), 283-292.

Ashby, J. S., Kottman, T., & Schoen, E. (1998). Perfectionism and eating disorders reconsired, *Journal of Mental Health Counseling*, *20*(3), 261-271.

Ashby, J. S., Noble, C., & Gnilka, P. B. (2012). Multidimensional perfectionism, depression, and satisfaction with life: Differences among perfectionists and tests of a stress-mediation model. *Journal of College Counseling, 15,* 130–143.

Asil, E., & Sürücüoğlu, M. S. (2015). Orthorexia nervosa in Turkish dieticians. *Ecology of Food and Nutrition, 54,* 303-313.

Aydın, K. B. (2013). Cross-cultural validity of the almost perfect scale-revised on the college students in the United States and Turkey. *Educational Research and Reviews, 8*(14), 1150.

Bağcı Bosi, A. T., Çamur, D., & Güler, C. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite, 49*(3), 661–666.

Ballash, N. G., Pemble, M. K., Usui, W.M., Buckley, A.F., & Woodruff-Borden, J. (2006). Family functioning, perceived control, and anxiety: A mediational model. *Anxiety Disorders, 20*(4), 486–497.

Barber, B., Olsen, J., & Shagle, S. (1994). Associations between parental psychological and behavioral control and youth internalizing and externalizing behaviors. *Child Development, 65,* 1120-1136.

Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development, 67,* 3296- 3319.

Barber, B. K., & Olsen, J. A. (1997). Socialization in context: Connection, regulation, and autonomy in the family, school, and neighborhood, and with peers. *Journal of Adolescent Research, 12,* 287–315.

Barber, B. K. (1999). Political violence, family relations, and Palestinian youth functioning. *Journal of Adolescent Research, 14,* 206–230.

Barber, B. K. (2002). Intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents. Washington, DC, US: American Psychological Association Press.

Barber, B. K., & Harmon, E. L. (2002). Violating the self: Parental psychological control of children and adolescents. In B. K. Barber (Ed.), *Intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents* içinde (15-52). Washington, DC, US: American Psychological Association Press.

Barber, B. K., Olsen, J. A., Hunter, S. B., Mcneely, J. M., & Bose, K. (2007, March). *Refining the measurement of parental control integrating input from adolescents.* Society for Research in Child Development Conference, Boston, USA.

Bardone-Cone, A. M., Fitzsimmons-Craft, E. E., Harney, M. B., Maldonado, C.R., Lawson, M. A., Smith R., & Robinson, D. P. (2012). The interrelationships between vegetarianism and eating disorders among females. *J Acad Nutr Diet. 112*(8), 1247–1252.

Barnes, M., & Calbiano, M. L. (2017). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eat Weight Disord, 22*, 177–184.

Barrada, J. R., & Roncero, M. (2018). Bidimensional structure of the orthorexia: Development and initial validation of a new instrument. *Anales de Psicología, 34*(2) , 283-291.

Bartrina, J. A. (2007). Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession. Archivos *Latinoamericanos Nutricion, 57*(4), 313-315.

Baş, Y. (2014). *Diyetisyenlerde sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya nervoza) ve yeme tutumlarının saptanması.* (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.

Becker, W. C. (1964). Consequences of different kinds of parental discipline. M. L. Hoffnian & W. W. Hoffman (Eds.), *Review of child development research* içinde (169-208). New York: Russell Sage Foundation.

Bieling, P. J., Israeli, A. L., & Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences, 36*, 1373–1385.

Billings, T. (2005). Other Types of Eating Disorders. Erişim tarihi: 10/05/2018, http://www.something-fishy.org adresinden edinilmiştir.

Bratman, S. (1997). Original essay on orthorexia. Erişim tarihi: 13.01.2019, http://www.orthorexia.com adresinden edinilmiştir.

Bratman, S., & Knight, D. (2000). Health food junkies: overcoming the obsession with healthful eating. New York: Broadway Books,

Bratman, S. (2014, 24 Haziran). What is orthorexia? Erişim tarihi: 08/05/2018, http://www.orthorexia.com/what-is-orthorexia/ adresinden edinilmiştir.

Bratman, S. (2017). Orthorexia vs. theories of healthy eating. Eating and weight disorders - studies on anorexia, *Bulimia and Obesity*, *22*(3), 381–385.

Branch, L. G., & Jette, A. M. (1984). Personal health practices among elderly. *Am J. Public Health, 74,* 1126-1129.

Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa–an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit. *Arch Psychiatry Psychother, 1*, 55–60.

Brytek-Matera A. (2014). Healthy eating obsession in women with anorexia nervosa: a case control study. Gramaglia, C., & Zeppegno, P (Eds.), *New developments in anorexia nervosa research* içinde (39-50). New York: Nova.

Brytek-Matera A., Krupa M., Poggiogalle E., & Donini L. M. (2014). Adaptation of the ORTHO-15 test to Polish women and men. *Eating and Weight Disorders, 19*, 69–76.

Burbach, D. J., & Bourdin, C. M. (1986). Parent- child relations and the etiology of depression: A review of methods and findings. *Clinical Psychology Review, 6*, 133-153.

Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, *14*(6), 34-52.

Büyüköztürk, Ş. (2007). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Ankara: Pegem A Yayıncılık.

Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2010). The mediating role of self-criticism and dependency in the association between perceptions of maternal caring and depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, *27*(12), 1149–1157.

Caron, A.L., Weiss, B., & Harris, V. (2003, April). *A meta-analysis of parental behavioral, psychological control and adolescent adjustment.* In Poster presented at the 70th Society for Research on Child Development, Tampa, FL.

Carper, J. L., Fisher, J.O. & Birch, L.L. (2000). Young girls' emerging dietary restraint and disinhibition are related to parental control in child feding. *Appetite*, *35*(2), 121-129.

Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. International Journal of Health Services, 10, 365–388.

Comstock, D. C. (1994). *Parental control and gender-specific etiology of internalized and externalized adolescent deviance.* (Yüksek lisans tezi). Brigham Young Üniversitesi, Provo, Utah.

Crossfield, A.G. (2005). *Parental control, low perceived control and perfectionism: an integration of three etioloical models of dısordered eating.* (Doktora Tezi). Temple Üniversitesi, Philadelphia, ABD.

Dalmaz, M. (2014). *Spor Salonunda Spor Yapanlarda Ortoreksiya Nervoza Belirtilerinin İncelenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul.

Dellava, J. E., Hamer, R. M., Kanodia, A., Reyes-Rodrı´guez, M. L., & Bulik, C.M. (2011). Diet and physical activity in women recovered from anorexia nervosa: A pilot study. *Int J Eat Disord, 44*(4), 376–382.

Dell'Osso, L., Carpita, B., Muti, D., Cremone, I.M., Massimetti, G., Diadema , E., Gesi, C., & Carmassi, C. (2018). Prevalence and characteristics of orthorexia nervosa in a sample of university students in Italy. *Eat Weight Disord, 23*(1), 55-65.

Depa, J., Schweizer, J., Bekers, S.-K., Hilzendegen, C., & Stroebele-Benschop, N. (2017). Prevalence and predictors of orthorexia nervosa among German students using the 21-item-DOS. *Eating and Weight Disorders, 22(1),* 193–199.

Depa, J., Barrada., J. R., & Roncero, M. (2019). Are the Motives for Food Choices Different in Orthorexia Nervosa and Healthy Orthorexia? *Nutrients, 11*, 697.

Donini, L.M., Marsili, D., Graziani, M.P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2004). Orthorexia Nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat Weight Disord, 9*(2), 151-7.

Donini, L.M., Marsili, D, Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2005) Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord, 10*(2), 28–32

Dunn, T.M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors, 21*, 11–17.

Dunn T.M., Gibbs, J., Whitney, N., & Starosta, A. (2017) Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1%: data from a US sample. *Eat Weight Disord, 22*(1),185-192.

Duran, S. (2016). Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) riski ve etkileyen faktörler, *Pamukkale Tıp Dergisi, 9*(3), 220-226.

Elgin, J. & Pritchard, M. (2006). Adult attachment and disordered eating in undergraduate men and women. *Journal of College Student Psychotherapy, 21* (2), 25-40.

Elliott, G. (2014) Orthorexia. When healthy eating becomes an obsession. GRIN Verlag GmbH, Norderstedt, Almanya: Demand GmbH books.

Enns, M. W., Cox, B. J., & Larsen, D. K. (2000). Perceptions of parental bonding and symptom severity in adults with depression: Mediation by personality dimensions. *Can J Psychiatry. 45*, 263–268.

Enns, M. W., Cox, B. J., Sareen, J., & Freeman, P. (2001). Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. *Medical Education, 35,* 1034‑1042.

Ergin, G. (2014). *Sağlık personeli olan ve olmayan bireylerde ortoreksiya nervoza sıklığı araştırması.* (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.

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

Erol, N., & Savaşır, I., (1988) Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı. Ankara: GATA Basımevi.

Fairburn, C.G., Shafran, R. & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy. 37,* 1-13.

Fairburn, C., Cooper Z., & Shafran,R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41,* 509–528.

Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2006). Long-term stability of eating disorder diagnoses. *Int J Eat Disord, 40,* 61-66.

Fidan, T., Ertekin, V., İşikay, S., & Kırpınar, İ. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry, 51,* 49–54.

Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* içinde (5–31). Washington, DC: American Psychological Association.

Flett, G. L., Hewitt, P. L., Oliver, J. M., & Macdonald, S. (2002). Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* içinde (89-132). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Frost, R. O. & Marten, P. A. (1990). Perfectionism and evaluative threat. *Cognitive Therapy and Research, 14,* 559-572.

Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*(5), 449–468.

Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9,* 273-279.

Gençöz, T. (2000). Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi, 15*(46),19-26.

Gilman, R., & Ashby, J. (2003). A first study of perfectionism and multidimensional life satisfaction among adolescents. *Journal of Early Adolescence, 23*, 218–235.

Grant, N., Wardle, J., & Steptoe, A. (2009). The relationship between life satisfaction and health behavior: a cross-cultural analysis of young adults. *International Journal of Behavioral Medicine, 16*, 259-268.

Gürel, A. (2017). *Ergenlerin duygusal şemaları ve ebeveyn kontrollerinin yeme tutumlarıyla ilişkisinin incelenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi), Maltepe Üniversitesi, İstanbul.

Hall, H. K. (2006). Perfectionism: A hallmark quality of world class performers, or a psychological impediment to athletic development. *Essential Processes for Attaining Peak Performance, 1*(7), 178-211.

Hart, C. H., Nelson, D. A., Robinson, C. C., Olsen, S. F., & McNeilly-Choque, M. K. (1998). Overt and Relational Aggression in Russian Nursery-School-Age Children: Parenting Style and Marital Linkages. *Developmental Psychology, 34*, 687-97.

Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy, 15*, 389-395

World Health Organization (2016). International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10). France: WHO Press.

İşler, S.D. (2018). *Uyumlu ve uyumsuz mükemmeliyetçilik özellikleri ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile depresyon arasındaki ilişkiler*. (Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, İstanbul.

Jacka, F. N., Pasco, J. A.,Mykletun, A.,Williams, L. J., Hodge, A.M., O'Reilly, S. L., Nicholson, G. C.,Kotowicz, M. A., & Berk, M. (2010). Association of Western and traditional diets with depression and anxiety in women. *American Journal of Psychiatry, 167*, 305-311.

Johnson, S.L., & Birch, L.L. (1994). Parents' and children's adiposity and eating style. *Pediatrics, 94*, 653-661.

Kawamura, K., Hunt, S., Frost, R. & Dibartolo, P. (2001). Perfectionism, anxiety and depression. Are the relationship ındependent? *Cognitive Therapy and Research, 25*(3), 291-301.

Kazkondu İ, 2010. *Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) belirtilerinin incelenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.

Kelloniemi, H., Ek, E., & Laitinen, J. (2005). Optimism, dietary habits, body mass index and smoking among young Finnish adults. *Appetite, 45*, 169-176.

Kinzl, J.F., Hauer, K., Traweger C., & Kiefer, I. (2006). Orthorexia nervosa in dieticians. *Psychother Psychosom*. *75*(6), 395–396.

Klopp, S.A., Heiss, C.J., & Smith, H.S. (2003). Self-reported vegetarianism may be a marker for college women at risk for disordered eating. *J Am Diet Assoc*. *103*(6), 745–747.

Koven, N. S., & Senbonmatsu, N. (2013). A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open J Psychiatr, 3* ,214–222.

Koven, N., & Abry, A. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment ,11*, 385–394

Kummer, A., Dias F.M., & Teixeira, A.L. (2008). On the concept of orthorexia nervosa. Scand *J Med Sci Sports 18*(3), 395–396.

Le Grange, D. & Lock, J. A. (2005). The dearth of pyschological treatment studies for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 37,* 79-91.

Lupton, D. (1995). The imperative of health: Public health and the regulated body. London: SAGE Publications.

Mac Evilly, C. (2001). The price of perfection. *Nutrition Bulletin*, *26*(4), 275-276.

Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. E. M. Hetherington , P. H. Mussen (Eds.), *Socialization, personality, and social development* içinde (1-101). New York, Wiley: Handbook of child psychology.

Mathieu, J. (2005) What is orthorexia? *J Am Diet Assoc. 105*(10), 1510–1512.

McMartin, S.E., Jacka, F.N., & Colman, I. (2013). The association between fruit and vegetable consumption and mental health disorders: Evidence from five waves of a national survey of Canadians. *Preventive Medicine, 56*, 225-230.

McInerney-Ernst, E. M. (2011). *Orthorexia nervosa: Real construct or newest social trend?* (Doktora tezi). Missouri Üniversitesi, Kansas City, MO.

Mintz, L. B., & O'Halloran, M. S. (2000). The Eating Attitudes Test: validation with DSM-IV eating disorder criteria. *Journal of Personality Assessment, 74*(3), 489-503.

Missbach B., Hinterbuchinger B., Dreiseitl V., Zellhofer S., Kurz C., & König J. (2015). When eating right, is measured wrong! A validation and critical examination of the ORTO-15 questionnaire in German. *PLoS ONE, 10*(8), 1-15.

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

Nanda, M. M. (2015). *Parental psychological control and emotion dysregulation among anxious children: a transactional model.* (Doktora tezi). Rhode Island Üniversitesi, Washington, DC.

Oberle, C.D., Samaghabadi, R.O., & Hughes, E.M. (2017). Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite, 108*, 303-310.

Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist, 39*(4), 386–390.

Pettit, G. S., Laird, R. D., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Criss, M. M. (2001). Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control. *Child Development, 72*, 583–598.

Poirier, H.P. (2016). *An investigation into the illusion of safety construct of orthorexia nervosa,* (Doktora Tezi). William James Koleji, Newton.

Polivy, J., & Herman, P.C. (2002). Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol*. *53*,187–213.

Ramacciotti, C.E., Perrone, P., Coli, E., Burgalassi, A., Conversano, C., Massimetti, G., & Dell'Osso L. (2011). Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eat Weight Disord*. 16(2), 127–130.

Rhéaume, J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Bouchard, C., Gallant, L., Talbot, F., & Vallières, A. (2000). Functional and dysfunctional perfectionists: are they different on compulsive-like behaviors? *Behaviour Research and Therapy, 38*(2), *119–128.*

Rice, K., & Dellwo, J. (2002). Perfectionism and self-development: Implications for college adjustment. *Journal of Counseling & Development, 80*, 188–196.

Rice, K., & Ashby, J. (2007). An efficient method for classifying perfectionists. *Journal of Counseling Psychology, 54*, 72–85.

Rice, K., & Stuart, J. (2010). Differentiating adaptive and maladaptive perfectionism on the MMPI-2 and MIPS Revised. *Journal of Personality Assessment, 92*, 158–167.

Rice, K. G., Richardson, C. M., & Tueller, S. (2014). The short form of the revised almost perfect scale. *Journal of personality assessment, 96*(3), 368-379.

Roncero, M., Barrada, J.M., & Perpiñá, C. (2017). Measuring Orthorexia Nervosa: Psychometric Limitations of the ORTO-15. *The Spanish Journal of Psychology, 20* (41), 1–9.

Sapmaz, F. (2006). *Üniversite öğrencilerinin uyumlu ve uyumsuz mükemmeliyetçilik özelliklerinin psikolojik belirti düzeyleri açısından incelenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi), Sakarya Üniversitesi, Sakarya.

Savaşır I., & Erol, N. (1989). Yeme Tutum Testi: Anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Türk Psikoloji Dergisi, 23*,19-25.

Sayıl, M., & Kındap, Y. (2010). Ergenin anne-babadan algıladığı psikolojik kontrol: Psikolojik kontrol ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Yazıları. 13*(25), 62-71.

Schaefer, E. S. (1965). Children's reports of parental behavior: An inventory. *Child Development, 36*, 413-424.

Schaffer, H.R. & Crook, C.K. (1980) Child compliance and maternal control techniques. *Developmental Psychology, 16*, 54-61.

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

Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther. 40*, 773–791.

Slade, P.D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology. 21*, 167-180.

Slade, P. D., & Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification, 22*, 372‑390.

Slaney, R. B., & Johnson, D. G. (1992). The almost perfect scale. Unpublished manuscript, Pennsylvania State University, University Park.

Slaney, R. B. & Ashby, J. S. (1996). Perfectionists: study of a criterion group. *Journal of Counselling and Development, 74* (4), 393-398.

Slaney, R.B., Rice, K.G., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. S. (2001). The revised almost perfect scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 34*, 130-145.

Smetana, J. G., & Daddis, C. (2002). Domain-specific antecedents of parental psychological control and monitoring: The role of parenting beliefs and practices. *Child Development, 73*, 563-580.

Snoek, H. M., Engels, R. C., Janssens, J. M., & Strien, T. V. (2007). Parental behavior and adolescents' emotional eating. *Appetite, 49*, 223-230.

Soenens, B., Vansteenkiste, M., Luyten, P., Duriez, B., & Goossens, L. (2005). Maladaptive perfectionistic self-representations: The mediational link between psychological control and adjustment. *Personality and Individual Differences, 38*, 487−498.

Soenens, B., Luyckx, K., Vansteenkiste, M., Duriez, B., & Goossens, L. (2008). Clarifying the link between parental psychological control and adolescents' depressive symptoms: reciprocal versus unidirectional models. *Merril-Palmer Quarterly, 54,* 411–444.

Soenens, B., Luyckx, K., Vansteenkiste, M., Luyten, P., Duriez, B., & Goossens, L. (2008). Maladaptive perfectionism as an intervening variable between psychological control and adolescent depressive symptoms: A three-wave longitudinal study. *Journal of Family Psychology, 22* (3), 465-474.

Steinberg, L., Elmen, J. D. & Mounts, N. S. (1989). Authoritative parenting, psychosocial maturity and academic success among adolescents. *Child Development, 60,* 1424-1436.

Steptoe, A., Perkins-Porras, L., McKay, C., Rink, E., Hilton, S., & Cappuccio, F. P. (2003). Psychological factors associated with fruit and vegetable intake and with biomarkers in adults from a low-income neighborhood. *Health Psychology, 22,* 148.

Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review, 10,* 295–319.

Strand E. (2004). A new eating disorder? *Psychol Today, 37*(5), 16.

Tatlıses, M. (2016). *Spor Salonunda Düzenli Spor Yapan Kişilerin Ortoreksiya Nervoza Belirtileri ile Beden Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul.

Tavşanel, E. (2002). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi (s. 16-61). Ankara: Atlas Yayınevi.

Tek, N. & Ermumcu, Ş. M. (2016). Sağlık Profesyonellerinde Sağlıklı Beslenme Kaygısı: Ortoreksiya Nervoza (ON). *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1*(2), 59-71.

Turgul, Ö., Doğan, F., Mandıracıoğlu, A., & Lüleci, E. (2002). Sağlığı Geliştirici Davranışların Değerlendirilmesi Amacıyla Çok Boyutlu Sağlık Anketi (ÇSA)'nın Bausel Ölçeği ile Birlikte Uygulanması. *Ege Tıp Dergisi, 41*(2), 91 – 95.

Özgüven, İ. E. (2000). Psikolojik Testler.(s.83-108). Ankara: Sistem Ofset.

Özkahya, K. D. (2015). *Online Diyet Alan Yetişkin Bireylerde Ortoreksiya Nervoza ve İlişkili Parametrelerin Değerlendirilmesi.*(Yüksek Lisans Tezi), Okan Üniversitesi, İstanbul.

Ulu, P. (2007). *An investigation of adaptive and maladaptive dimensions of perfectıonism in relation to adult attachment and big five personality traits.* (Doktora Tezi), Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.

Watson, D., Clark, L.A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54,* 1063-1070.

White, B. A., Horwath, C. C., & Conner, T. S. (2013). Many apples a day keep the blues away- Daily experiences of negative and positive affect and food consumption in young adults. *British Journal of Health Psychology, 18,* 782-798.

World Health Organization. (1986, November 21). *Ottawa charter for health promotion.* Paper presented at the First international Conference on Health promotion, Ottawa: WHO.

Valera, J.H., Ruiz, P.A., Valdespino, B.R., & Visioli, F. (2014). Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: A pilot study. *Eating and Weight Disorders.19*(4), 469-472.

Vallance, J. K., Dunn, J. G., & Causgrove Dunn, J. L. (2006). Perfectionism, anger, and situation criticality in competitive youth ice hockey. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 28,* (3), 383-406

Vandereycken, W. (1994). Parental rearing behaviour and eating disorders. C Perris, WA Arrindell & M. Eisemann (Eds), *Parenting and Psychopathology* içinde (218–234). Chichester: John Wiley.

Van Duyn, M. A. S., & Pivonka, E. (2000). Overview of the health benefits of fruit and vegetable consumption for the dietetics professional: Selected literature. *Journal of the American Dietetic Association, 100,* 1511-1521.

Varga, M., Thege, B. K., Dukay-Szabo´ S., Tu´ry F., & van Furth, E. F. (2014) When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry 14*(1):59–70.

Yıldırım, P. (2018). *Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza'nın Obsesif Kompulsif Bozukluk ile İlişkisi.* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul.