ORTOREKSİYA VE BOZUK YEME TUTUMLARININ BEDEN İMGESİ, SAĞLIK KAYGISI VE OBSESİF İNANÇLARLA İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Özüm Karadayı
171180103
Orcid: 0000-0001-9436-4806

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Başak Bahtiyar

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Haziran, 2020



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

maltepe üniversitesi	LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI	Doküman No	FR-178
		İlk Yayın Tarihi	01.03.2018
		Revizyon Tarihi	23.01.2020
		Revizyon No	01
		Sayfa	1

18/06/2020

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bulguların sunumu olmak üzere tüm aşamalarında 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.

Özüm Karadayı

Hazırlayan: Enstitü Sekreterliği	Onaylayan: Kalite Yönetim Koordinatörlüğü

TEŞEKKÜR

Öncelikle, yüksek lisans eğitimimde tanıma şansına eriştiğim, hem ders hem de tez yazım sürecinde desteğini benden esirgemeyen, fikirleriyle ve rehberliğiyle mesleki vizyonuma büyük katkılar sağlayan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Başak Bahtiyar'a teşekkürü bir borç bilirim.

Ayrıca, savunma jürimde yer almayı kabul eden ve çalışmamla ilgili çok değerli görüşler sunan Dr. Öğr. Üyesi Meral Bozdemir ve Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur Aktaş'a teşekkür ederim.

Yüksek lisans deneyimini benim için daha da keyifli kılan sevgili dönem arkadaşım Gizem Alaloğlu'na manevi desteği ve dostluğu için teşekkür ederim.

Aldığım her kararda yanımda olan, en büyük destekçim sevgili annem Yasemin Karadayı'ya ve bu güzel süreci paylaşamasam da fikirlerini kulaklarımda, sevgisini her daim kalbimde hissettiğim babam Fuat Karadayı'ya üzerimdeki sayısız emekleri için minnettarım.

Son olarak, yüksek lisansa başlamamda büyük katkısı olan, hayallerimi gerçekleştirmem için her zaman beni yüreklendiren; ilgisini, sevgisini, bana olan inancını ve desteğini her an hissettiğim sevgili nişanlım Alberto Palladini'ye sonsuz teşekkür ederim.

Özüm Karadayı

Haziran, 2020

ÖZ

ORTOREKSİYA VE BOZUK YEME TUTUMLARININ BEDEN İMGESİ, SAĞLIK KAYGISI VE OBSESİF İNANÇLARLA İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Özüm Karadayı
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Başak Bahtiyar
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2020

Ortoreksiya ve bozuk yeme tutumlarıyla ilgili araştırma sonuçları, klinik gözlemler ve teorik görüşler sağlık kaygısı, beden imgesi ile obsesif inançların bu iki problemli yeme örüntüsüyle ilişkili olabileceğini öne sürmektedir. Ayrıca, görece yeni tanımlanan "ortoreksiyanın" bir yeme bozukluğu türü olarak ele alınıp alınamayacağına yönelik tartışmalar da devam etmektedir. Bu nedenle, ortoreksiyanın kavramsallaştırılmasında, rahatsızlığın bozuk yeme tutumlarıyla olan benzerliklerini ve farklılıklarını ilgili değişkenler bağlamında incelemek önem kazanmaktadır. Buradan hareketle, araştırmanın amacı bozuk yeme tutumu ile ortoreksiyanın ilişkisinin incelenmesi ve her iki örüntüde sağlık kaygısı, beden imgesi ve obsesif inançların rolünün araştırılmasıdır. Bu amaçla, araştırmaya yaşları 18-45 arasında (*Ort* = 26.01, *SS* = 6.44) değişen 203 kadın ve 178 erkek gönüllü katılımcı dahil olmuştur. Araştırmadaki verilerinin elde edilmesinde Demografik Bilgi Formu, Yeme Tutum Testi, ORTO-11, Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği, Obsesif İnanışlar Ölçeği (OİÖ-44) ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon) kullanılmıştır. Yapılan hiyerarşik regresyon analizinin sonuçları, artan sağlık kaygısı, sağlıkla ilgili uğraşlar ve görünüşle ilgili memnuniyetsizliğin hem ortoreksiya hem de bozuk yeme tutumlarını yordadığını göstermektedir. Ek olarak, ortoreksiya ve bozuk yeme tutumları birbirlerindeki artışı açıklamada en büyük payı alırken; obsesif inançlardan aşırı sorumluluk algısı/tehdit beklentisinin yalnızca ortoreksiyanın açıklanmasında rol oynadığı görülmektedir. Ortoreksiya ve bozuk yeme tutumlarının hem kendine özgü yordayıcıları, hem de birbirleriyle olan benzerliklerine dair elde edilen bu sonuçlar, ilgili alanyazın da göz önünde bulundurularak değerlendirilmiştir. Bu noktada, araştırmanın alanyazına katkıları, gelecek araştırmalar için öneriler ve iki problemli yeme örüntüsünün önlenmesine dair müdahalelere de yer verilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Ortoreksiya, Yeme Tutumu, Sağlık Kaygısı, Beden İmgesi, Obsesif İnançlar.

ABSTRACT

THE INVESTIGATION OF ORTHOREXIA AND DISORDERED EATING ATTITUDES IN THE RELATION TO BODY IMAGE, HEALTH ANXIETY AND OBSESSIVE BELIEFS

Özüm Karadayı
Master Thesis
Department of Psychology
Clinical Psychology Programme
Thesis Advisor: Asst. Prof. Başak Bahtiyar
Maltepe University Graduate School, 2020

Literature findings, clinical observations and theoretical views on orthorexia and disordered eating attitudes emphazies the possible role of health anxiety, body image and obsessive beliefs on these problematic eating patterns. Furthermore, there is ongoing debate about orthorexia that is a relatively new concept to be considered as a subtype of eating disorder or not. Accordingly, in the conceptualisation of orthorexia, it is impotant to highlight the similarities and differences with disordered eating attitudes within the context of the related variables. Building on this idea, the aim of this study was to investigate the relationship between disordered eating attitudes and orthorexia, and additionally, to explore the role of health anxiety, body image, and obsessive beliefs in these eating patterns. Based on this objective, 381 paticipants (203 female and 178 male), aged between 18 and 45 (M = 26.01, SD = 6.44), voluntarily participated in the study. For data collection, participants completed Demographic Information Form, Eating Attitudes Test (EAT-40), ORTO-11, Multidimesional Body-Self Relationship Questionnaire (MBSRQ), Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44), and Short Health Anxiety Inventory. The results of the hierarchical regression analysis revealed that increased health anxiety, health-related investment and appearance dissatisfaction predicted both orthorexia and disordered eating attitudes. It was further revealed that, orthorexia and disordered eating attitudes strongly predicted each other, while responsibility/threat estimastion as an obsessive belief was observed only in predicting orthorexia. These results revealing the both uniqe predictors of each pattern and similarities between orthorexia and disordered eating attitudes, were further interpreted by considering the related literature. The contributions of the results to the literature, suggestions for future research, and potential interventions to prevent these problematic eating patterns were also indicated.

Keywords: Orthorexia, Eating Attitudes, Health Anxiety, Body Image, Obsessive Beliefs.

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
KISALTMALAR xi
ÖZGEÇMİŞ xii
BÖLÜM 1. GİRİŞ 1
1.1. Ortoreksiya Nervoza 2
1.2. Yeme Tutumu 6
1.2.1. Bozuk Yeme Tutumlarının Ortoreksiya ile İlişkisi 9
1.3. Beden İmgesi 10
1.3.1. Olumsuz Beden İmgesinin Ortoreksiya ve Bozuk Yeme Tutumu ile İlişkisi 13
1.4. Sağlık Kaygısı 14
1.4.1. Sağlık Kaygısının Ortoreksiya ve Bozuk Yeme Tutumu ile İlişkisi 16
1.5. Obsesif İnançlar 16
1.5.1. Obsesif İnançların Ortoreksiya ve Bozuk Yeme Tutumu ile İlişkisi 19
1.6. Araştırmanın Amacı 20
BÖLÜM 2. YÖNTEM 21
2.1. Örneklem 21
2.2. Veri Toplama Araçları 25
2.2.1. Demografik Bilgi Formu 25
2.2.2. Yeme Tutum Testi 25
2.2.3. ORTO-11 26
2.2.4. Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği 27
2.2.5. Obsesif İnanışlar Ölçeği (OİÖ-44) 29
2.2.6. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon) 31
2.3. İşlem 33
2.4. Verilerin Analizi 33

BÖLÜM 3. BULGULAR 34
3.1. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizinin Sonuçları 34
3.2. Araştırma Değişkenlerinin Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması 38
3.2.1. Değişkenlerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması 38
3.2.2. Değişkenlerin Yaşa Göre Karşılaştırılması 42
3.3. Yeme Tutumunu Yordayan Faktörlerin İncelenmesi 46
3.4. Ortoreksiyayı Yordayan Faktörlerin İncelenmesi 47
BÖLÜM 4. TARTIŞMA 50
4.1. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizine Yönelik Bulguların Tartışılması 50
4.2. Grup Karşılaştırmalarına Yönelik Bulguların Tartışılması 52
4.3. Ortoreksiya ve Yeme Tutumunun Yordayıcılarına Yönelik Bulguların 57
Tartışılması 57
4.4. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri 60
4.5. Sonuç ve Öneriler 61
EK'LER 64
Gönüllü Katılım Formu (EK A) 64
Demografik Bilgi Formu (EK B) 65
Yeme Tutum Testi (EK C) 67
ORTO-11 (EK D) 69
Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği (EK E) 70
Obsesif İnanışlar Ölçeği (OİÖ-44) (EK F) 73
Sağlık Anksiyetesi Envanteri (Kısa Versiyon) (EK G) 76
KAYNAKÇA 79

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.a. Katılımcıların Demografik Özellikleri 23
Tablo 1.b. Katılımcıların Demografik Özellikleri (devamı) 24
Tablo 2. Ölçeklerin Betimsel Özellikleri 32
Tablo 3.a. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları 36
Tablo 3.b. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları (devamı) 37
Tablo 4. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Gruplanması 38
Tablo 5. Değişkenlerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması 41
Tablo 6. Değişkenlerin Yaşa Göre Karşılaştırılması 45
Tablo 7. Yeme Tutumunun Yordayıcıları 47
Tablo 8. Ortoreksiyanın Yordayıcıları 49

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Cinsiyete Göre Görünüş Yönelimi, Fiziksel Yeterlilik Değerlendirme ve Fiziksel Yeterlilik Yönelimi Ortalamaları 39
Şekil 2. Cinsiyete Göre Obsesif İnanışlar Toplam, Sorumluluk/Tehlike Beklentisi ve Düşüncelere Önem Verme/Kontrol Etme Ortalamaları 40
Şekil 3. Yaşa Göre Fiziksel Yeterlilik Yönelimi ve Beden Alanlarından Doyum Ortalamaları 42
Şekil 4. Yaşa Göre OİÖ Toplam, Sorumluluk/Tehlike Benlentisi ve Düşüncelere Önem Verme/Kontrol Etme Ortalamaları 43
Şekil 5. Yaşa Göre Sağlık Anksiyetesi Ortalamaları 44

KISALTMALAR

Akt. :Aktaran

APA :American Psychiatric Association

EAT-40 :Eating Attitudes Test

Ed. :Editör

Çev. :Çeviren

MBSRQ :Multidimensional Body-Self Relationship Questionnaire

OCCWG :Obsessive Compulsive Cognitions Working Group

OKB :Obsesif Kompulsif Bozukluk

TÜİK :Türkiye İstatistik Kurumu

WHO :World Health Organization

ÖZGEÇMİŞ

Özüm Karadayı

Psikoloji Anabilim Dalı

Eğitim

Y. Ls.	2017-2020	Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Klinik Psikoloji Programı
Ls.	2011-2016	İstanbul Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı (Yüksek Onur Öğrencisi)
Ls.	2015	Almanya Bielefeld Üniversitesi, Erasmus+ Student Exchange Programme
Lise	2007-2011	Kartal Fatin Rüştü Zorlu Anadolu Lisesi

İş/İstihdam

2017-	Psikolog. Göztepe Özel Tanyuva Anaokulu
2019	Stajyer Psikolog. Kıyı Psikolojik Danışmanlık
2018	Stajyer Psikolog. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi
2016	Psikolog. Bahariye Uçan Balon Anaokulu

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri ve yılı İstanbul, 1993 Cinsiyet: K

Yabancı Diller İngilizce (çok iyi); Almanca (temel); İtalyanca (temel)

e-posta ozumkaradayi@gmail.com

BÖLÜM 1. GİRİŞ

Sağlıklı bir diyet benimsemenin diyabet, kanser, kalp hastalıkları ve obezite gibi pek çok rahatsızlıktan korunmaya yardımcı olduğu bilinmektedir (World Health Organization [WHO], 2018). Bu nedenle, sağlıklı ve formda kalmak için tüketilen yiyeceklerin kalitesi, türü ya da miktarıyla ilgili seçici davranmak anahtar rol oynamaktadır (Chaki, Pal ve Bandyopadhyay, 2013). Ancak, bazı durumlarda sağlıklı beslenme arayışı sağlıksız bir hal alabilmekte ve sağlıklı beslenmeyle ilgili heves zorlayıcı bir örüntüye dönüşebilmektedir (Bratman, 2017a). Bu durum, bireylerin sağlıklarını korumak için saf, sağlıklı ve doğru türdeki yiyecekleri tüketmeyle ilgili zorlantılı hale geldiği ortoreksiya nervozaya işaret etmektedir (Chaki ve ark., 2013). Ortoreksiya nervoza henüz anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza gibi DSM-V'te tanımlanmamış olsa da, bu rahatsızlığın yeme bozukluklarıyla benzerlikleri pek çok araştırmacı tarafından tartışılmaktadır (ör. Koven ve Abry, 2015; Zamora, Bonaechea, Sanchez ve Rial, 2005). Ayrıca, ortoreksiyanın hem yeme bozukluklarıyla hem de zamanla yeme bozukluklarına dönüşebileceği öne sürülen bozuk yeme tutumlarıyla (Kotler, Cohen, Davies, Pine ve Walsh, 2001) ilişkili olduğu da araştırma bulgularında desteklenmiştir (ör. Barrada ve Roncero, 2018; Segura-Garcia ve ark., 2015). Öte yandan, görece yeni bir kavram olan bu örüntünün ortaya çıkışı ile ilgili bilgi ihtiyacı devam etmektedir. Bir yanda, bir hastalık tehdidini önlemeyi ve mevcut sağlık durumunu ya da hastalığı iyileştirmeyi istemekle başlayan ortoreksiyanın (Bratman, 1997) sağlık kaygısı ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Koven ve Abry, 2015). Bunun yanı sıra, araştırmalar ortoreksiya ve beden imgesi arasındaki ilişkiyi de kanıtlamış (Almeida, Borba ve Santos, 2018; Barnes ve Caltabiano, 2017); ayrıca ortoreksiyada mükemmeliyetçilik gibi obsesif kompulsif mekanizmaların bulunduğu görüşü de klinik gözlemlere dayandırılmıştır (Zamora ve ark., 2005). Sağlık kaygısı, beden imgesi ve obsesif inançların aynı zamanda bozuk yeme tutumları ve davranışlarıyla da ilişkili olduğu bilinmektedir (ör. Costarelli, Demerzi ve Stamou, 2009; Griffiths ve McCabe, 2000; Hadjistavropoulos ve Lawrence, 2007; Konstantellou ve Reynolds, 2010).

Özetle, görece yeni tanımlanan ortoreksiya nervozanın tetikleyicileri ve sonuçlarının araştırılmasına dair ihtiyaç devam etmektedir. Ayrıca, bu örüntünün yeme bozuklukları arasındaki yeri de hala netleştirilmemiştir. Bu noktada, hem ortoreksiyanın

hem de bozuk yeme tutumlarının sağlık kaygısı, beden imgesi ve obsesif inançlarla ilişkisinde benzer bir tablo ortaya çıkarıp çıkartmayacağını araştırmak bu iki problemli yeme örüntüsünün benzerliklerini anlamada önemli bir adım olarak görülmektedir. Bunlara ek olarak, ortoreksiyanın kimi yazarlar tarafından yeme bozuklukları için bir risk faktörü (MacEvilly, 2001); kimileri tarafından da yeme bozukluklarının bir sonucu olarak görülmesi (Segura-Garcia ve ark., 2015) nedeniyle bozuk yeme tutumları ve ortoreksiyanın birbirini açıklamadaki rolünü anlamak da önem kazanmaktadır.

1.1. Ortoreksiya Nervoza

Ortoreksiya nervoza, kronik bir hastalığı iyileştirme ya da genel sağlığı koruma arzusu ile birlikte, sağlıklı yiyecekleri tüketmeye ilişkin hevesin bir zorlantıya dönüşmesi olarak tanımlanmıştır (Bratman, 1997; 2014; 2017a). Ortorektik bireyler, yapay renkler, tatlar, sağlıksız yağlar, böcek ilacı kalıntısı, pestisit, koruyucu maddeler, genetiğiyle oynanmış malzemeler, çok fazla tuz, şeker ya da diğer bileşenleri içeren besinlerden zorlantılı biçimde kaçınmaktadırlar (Bartrina, 2007). Bununla tutarlı olarak, bu bireylerin kısıtlayıcı bir diyet benimsemeleri ve vejetaryen, frutaryen ya da çiğ besin tüketimleri öne çıkmakta (Zamora ve ark., 2005); ayrıca, kullandıkları mutfak eşyaları ve diğer araçlar ile yiyecekleri hazırlama biçimleri de obsesif ritüele dönüşebilmektedir (Bartrina, 2007). Bratman (2017a), "sağlıklı beslenme teorilerini" içeren bir diyet benimsenmeden ortoreksiyanın gelişmesinin mümkün olmadığını belirtmiştir. Bununla birlikte, sağlıklı bir beslenme örüntüsünü benimsemenin ortoreksiya nervozadan muzdarip olma anlamına gelmediğini de vurgulamıştır (Bratman, 2017a;b).

Bratman (2017b) ortoreksiyanın oluşumuna dair iki aşamalı bir model oluşturmuştur. İlk aşama, sağlıklı bir diyet seçme şeklinde masum bir basamaktır. İkincisi ise, sağlıksız bir saplantı peşinde koşmanın yoğunlaşmasını içeren patolojik basamaktır (Bratman, 2017b). Bu basamakta, obsesif düşünme, kompulsif davranışlar, kendini cezalandırma ve geleneksel yeme bozukluklarının diğer dinamikleriyle birlikte artan kısıtlamalar ortaya çıkmaktadır (Bratman, 2017b). Benimsenen diyetteki kısıtlamanın artması yeme bozukluğuna yol açan psikolojik faktörlerin ortaya çıkma olasılığını da arttırmaktadır (Bratman, 2017a). Ortorektik bireyler için bu diyet kısıtlamaları genellikle yalnızca gluteni diyetlerinden çıkarmak gibi basit bir şekilde başlamakta; ancak aşamalı olarak şekeri, süt ürünlerini, organik olmayan ve işlenmiş besinleri tüketmemek gibi daha da katı kısıtlamalar belirmektedir (Oberle, Watkins ve

Burkot, 2017a). Bu kısıtlamaları ihlal etmek ise, utanç gibi olumsuz duygulara ve benliğe yönelik olumsuz değerlendirmelere neden olabilmektedir (Oberle ve ark., 2017a). Özetle, ortoreksiya nervozanın tanımında, sağlıklı beslenmeye dair bir heves ve çabanın, zorlayıcı ve kişinin hayatını kısıtlayıcı katı bir hale dönüşmesi ön plandadır (Bratman, 2017a).

Ortoreksiya nervozada besin kalitesi ön plana çıkmakta, bu nedenle bu örüntü sağlıklı besin bağımlılığı ya da sağlıklı besinlere olan saplantı şeklinde de nitelendirilmektedir (Varga, Dukay-Szabo, Tury ve van Furth, 2013). Buna göre, lezzet ya da keyif alma gibi faktörler ortoreksiyada geri planda kalırken besinlerin sağlıklı olarak algılanması ve besin değerleri daha önemli hale gelmektedir (Varga ve ark., 2013). Ortorektik bireyler tüm varlıklarını sağlıklı olduğunu düşündükleri yiyecekleri alma, hazırlama, planlama ve tüketmeye adayabilmektedirler (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale ve Cannella, 2004). Ayrıca, bu şekilde tek yönlü bir yeme davranışı, diğer insanların yaşam tarzları ile yeme alışkanlıklarına göre bir üstünlük hissine de yol açabilmektedir (Donini ve ark., 2004). Benzer şekilde Bratman (2017a) da, ortoreksiyadaki sağlıklı yeme hakkında düşünmenin günün neredeyse her anında merkezi bir tema; her türlü kaygıya karşı bir kalkan ve özgüven ile özdeğerin birincil kaynağı haline geldiğini belirtmiştir. Öte yandan, bu durum sosyal izolasyon, fiziksel zarar ya da psikolojik rahatsızlıkla sonuçlanabilmektedir (Bratman, 2017a).

Ortoreksiyanın klinik bir olgu olarak tanımlanmasında rol oynayan kriterlere dair farklı görüşler olmakla birlikte, sağlıklı beslenme ile ilgili zorlantılı ya da aşırı zihinsel meşguliyetin sosyal, akademik ve mesleki alanlarda işlevselliği bozduğuna yönelik fikir ortaklığı dikkati çekmektedir (Barthels, Meyer ve Pietrowsky, 2015; Dunn ve Bratman, 2016; Moroze, Dunn, Holland, Yager ve Weintraub, 2015; Varga ve ark., 2013). Kişinin kendisine dayattığı beslenme kurallarına uymamanın suçluluk, utanç ve anksiyete gibi duygusal sonuçlara yol açması; yeme ile ilgili kompulsif davranışlar ya da ritüellerin varlığı ile yetersiz beslenme ve kilo kaybı da genellikle öne çıkan belirtiler arasındadır (Barthels ve ark., 2015; Dunn ve Bratman, 2016; Moroze ve ark., 2015; Varga ve ark., 2013). Bunlara ek olarak, ortorektik patoloji nedeniyle aşırı zaman ve para harcanması (Moroze ve ark., 2015); sağlıklı beslenmeye yönelik düşüncelere aşırı değer verilmesi, çocukların yaşına uygun olmayan şekilde beslenmesine yol açılması (Barthels ve ark., 2015); diyet kısıtlamasının artması, kişinin kendi belirlediği sağlıklı yeme biçimine

uymasının olumlu beden imgesini ve özdeğeri etkilemesi (Dunn ve Bratman, 2016) gibi klinik belirtiler de tanımlanmıştır.

Çeşitli kültürlerde yapılan çalışmalar, ortoreksiyanın yaygınlığı ile ilgili farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Örneğin, İtalya'da genel popülasyon temel alınarak yapılan bir çalışmada yaygınlık %6.9 olarak belirlenmiştir (Donini ve ark., 2004). İngiltere'de, sosyal medya ve sağlıkla ilgili bloglardan elde edilen kadın katılımcılardan oluşan bir çalışma bu oranı %90.6 olarak tespit etmiştir (Turner ve Lefevre, 2017). Türkiye'de ise, yaygınlık oranları diyetisyenlerle yapılan bir çalışmada %41.9 (Asil ve Sürücüoğlu, 2015); tıp öğrencileriyle yapılan bir çalışmada %43.6 (Fidan, Ertekin, Işıkay ve Kırkpınar, 2010); asistan doktorlarla yapılan bir çalışmada %45.5 (Bağcı Bosi, Çamur ve Güler, 2007); performans sanatçılarıyla yapılan bir çalışmada %56.4 (Aksoydan ve Camcı, 2009); farklı bölümlerde okuyan üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada %59.8 (Şanlıer, Yassıbaş, Bilici, Şahin ve Çelik, 2016); beslenme ve diyetetik bölümünde öğrenim gören kadınlarla yapılan bir çalışmada ise %70.6 (Agopyan ve ark, 2019) olarak belirlenmiştir. Ortoreksiya nervozanın sağlıkla ilgili bir alanda eğitim gören ya da çalışan bireyler ile sanatçılardaki yaygınlığı kanıtlanmış olsa da; pek çok çalışma bu bireyleri diğer örneklemlerle karşılaştırmamıştır (McComb ve Mills, 2019). Ayrıca, ortoreksiya nervozanın genel popülasyonda da yaygın olduğunun kanıtlanması (ör. Ramacciotti ve ark., 2011) sağlıkla bağlantılı bir alanda yer almanın ortoreksiya için bir risk faktörü olup olmadığını belirlemeyi zorlaştırmaktadır (McComb ve Mills, 2019). Örneğin bir çalışmada, beslenme bilimi öğrencilerinde ortoreksiya yaygınlığının ekonomi öğrencilerinden daha fazla olmadığı belirlenmiştir (Depa, Schweizer, Bekers, Hilzendegen ve Stroebele-Benschop, 2017). Öte yandan, egzersiz biliminde okuyan öğrencilerde, işletmede okuyanlara göre daha yüksek düzeyde ortorektik belirti gözlenmesine karşın (Malmborg, Bremander, Olsson ve Bergman, 2016); atlet olan ve olmayan öğrencilerde ortorektik belirtiler açısından bir fark olmadığı da belirtilmiştir (Clifford ve Blyth, 2018). Bu sonuçlar, ortorektik örüntünün belli bir meslek grubuna özgü olmadığını göstermektedir.

Ortoreksiyanın epidemiyolojisi ile ilgili diğer özelliklere bakıldığında da, aynı belirsizliğin devam ettiği görülmektedir. Ortoreksiya nervozanın demografik özelliklerden cinsiyete (ör. Almeida ve ark., 2018; Dell'Osso ve ark., 2018; Karakuş, Hidiroğlu, Keskin ve Karavus, 2017), yaşa (Dittfeld, Gwizdek, Jagielski, Brzęk ve Ziora,

2017; Donini ve ark., 2004; Reynolds, 2018), medeni duruma (Donini ve ark., 2004; Maghetti ve ark., 2015) ve eğitim düzeyine (Asil ve Sürücüoğlu, 2015; Barnes ve Caltabiano, 2017; Donini ve ark., 2004) göre farklılıklarına dair yapılan karşılaştırma sonuçları, farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Benzer şekilde, aileleriyle yaşayan öğrencilerin başka bir evde yaşayanlara göre ortorektik belirtilerinin daha fazla olduğunu gösteren bir çalışmaya karşın (Karakuş ve ark., 2017); üniversite öğrencilerinin birlikte yaşadıkları kişi ve yere göre ortorektik belirtilerinde fark olmadığını ortaya koyan bir çalışma da (Gezer ve Kabaran, 2013) mevcuttur. Ayrıca, ortorektik belirtilerin, farklı sosyoekonomik özelliklere sahip bölgelerde benzer yaygınlıkta görüldüğü de araştırma bulgularıyla desteklenmiştir (Bağcı Bosi ve ark., 2007; Fidan ve ark., 2010). Bu sonuçlar birlikte incelendiğinde, ortoreksiya için özellikle riskli olarak kabul edilebilecek bir demografik özelliğin belirlenemediği gözlenmektedir.

Ortoreksiyanın anlaşılması ve kavramsallaştırılması için farklı modeller, farklı risk faktörlerine odaklanmıştır. İlk olarak, fiziksel açıdan sağlıklı olmanın bir yönüyle birey için uygun olan kiloyu korumak olduğu fikrini (Oberle, Samaghabadi ve Hughes, 2017b) temel alarak, vücut kitle indeksinin ortoreksiya ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bunu destekler şekilde, Fidan, Ertekin, Işıkay ve Kırkpınar (2010) tıp öğrencileriyle yürüttükleri çalışmada vücut kitle indeksindeki artışla birlikte ortoreksiya riskinin de arttığını belirlemiş; Bundros, Clifford, Silliman ve Morris (2016) de ortorektik belirtilerin kilolu ve obez olan katılımcılarda daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Öte yandan, zayıf olan bireylerin diğerlerine göre daha fazla ortorektik belirti gösterdiğini bulan (Gezer ve Kabaran, 2013) çalışmalar da olduğu gibi; pek çok çalışmada ortoreksiyanın vücut kitle indeksiyle bağlantılı olmadığı belirlenmiştir (ör. Barrada ve Roncero, 2018; Donini ve ark., 2004; Karakuş ve ark., 2017). İkinci olarak ortoreksiyanın, bireylerin bedenlerine yönelik değerlendirmeleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Almeida, Borba ve Santos (2018), spor merkezi üyeleriyle yaptıkları çalışmada, ortorektik belirtilere sahip olmanın görünüşle ilgili endişeli olma ya da görünüşten memnun olmamayla ilişkili olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde, diğer çalışmalar da beden imgesinde görünüşe yönelik memnuniyetsizliğin; ayrıca görünüş ile fiziksel yeterliliğe yönelik uğraşların da ortoreksiyayı yordadığını göstermiştir (Barnes ve Caltabiano, 2017; Brytek-Matera, Donini, Krupa, Poggiogalle ve Hay, 2016).

Henüz kendi başına bir rahatsızlık, bir yeme bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), yeme bozukluklarının bir türevi ya da bir hastalığın öncüsü olup olmadığı bilinmeyen ortoreksiyada (Brytek-Matera, Donini, Krupa, Poggiogalle ve Hay, 2015) obsesif kompulsif, fobik ve hipokondriyak mekanizmaların da rol oynadığı belirtilmektedir (Zamora ve ark., 2005). Uygun olmayan zamanlarda sağlık ve yiyeceklerle ilgili tekrarlayan, istemsiz düşüncelere sahip olma; kirlilik ve saf olmama konusunda aşırı endişe; yiyecekleri araştırma, sınıflandırma ve ölçmede zaman harcanması ve yemekleri hazırlamanın ritüelleşmesi ortoreksiyanın, OKB ile ortaklığına işaret etmektedir (Dell'Osso ve ark., 2016; Akt., Koven ve Abry, 2015). Bununla tutarlı olarak, Çiçekoğlu ve Tunçay (2018) obsesif kompulsif semptomların artmasıyla birlikte ortorektik eğilimlerin de arttığını saptamıştır. Ancak, ortoreksiya yeme bozukluklarıyla da ortak özellikler paylaşmaktadır (Akt. Mathieu, 2005). Buna istinaden, pek çok araştırmacı da bu rahatsızlığı tanımlarken yeme bozukluğu ya da bozuk yeme davranışları kavramlarına gönderme yapmıştır (ör. Barthels ve ark., 2015; Bratman, 1997).

1.2. Yeme Tutumu

Yeme tutumu yiyeceklere ilişkin inançlar, düşünceler, duygular, davranışlar ve yiyeceklerle olan ilişkiler olarak tanımlanmaktadır (Alvarenga, Scagliusi ve Philippi, 2010). Yeme tutumları ve davranışları, yiyeceklere karşı sağlıklı tutumlar ve davranışlarla besleyicilik açısından dengeli bir diyet tüketme şeklinde normal bir yeme biçiminden bozulmuş yemeye kadar bir süreklilik içindedir (Scott, Haycraft ve Plateu, 2019). Yeme davranışlarındaki bozulmalar kilo kaybı ya da kontrolü için başvurulan aç kalma veya öğün atlama, diyet hapları alma, laksatif kullanma, kusma, sigara kullanma; beden biçimi, kilo ve yemeyle ilgili endişeler; tıkınırcasına, kısıtlayıcı, duygusal veya gece yeme gibi örüntüleri içermektedir (Croll, Neumark- Sztainer, Story ve Ireland, 2002; Quick ve Byrd- Bredbenner, 2013). Bu örüntüler, kendi başlarına anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza gibi yeme bozukluklarının tanısı için yeterli olmamakla birlikte bunların yeme bozukluklarıyla ilişkili oldukları bilinmektedir (Quick ve Byrd- Bredbenner, 2013). Genellikle semptomlarıyla hayat boyu mücadeleyi gerektiren anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza gibi yeme bozuklukları (Hirst ve ark., 2017), anormal yeme tutumlarının aşırı tezahürleri olarak görülmektedir (Michou ve Costarelli, 2011). Bozuk yeme tutum ve davranışları hem Amerika, Brezilya ve İtalya gibi Batı ülkelerinde (De Souza Ferreiraa, De Souza Jr., Da Costa, Sichieri ve Da Veiga, 2013; Grave, Luca ve

Oliosi, 1997; Reba-Harrelson ve ark., 2009;) hem de Asya, Afrika ve Ortadoğu ülkelerinde (Alpaslan, Koçak, Avcı ve Taş, 2015; Gargari ve ark., 2011; Musaiger ve ark., 2012; Pengpid ve Peltzer, 2018) yaygın olarak görülmektedir.

Yıllar içinde bozuk yeme tutumlarının gelişimine katkıda bulunan veya bu tutumlarla ilişkili olan pek çok faktör belirlenmiştir. Örneğin, yeme tutumuyla ilgili çoğu çalışma yemekle ilgili normal olmayan tutumların kadınlarda daha fazla gözlendiği sonucuna varmıştır (ör. Bilali, Galanis, Velonakis ve Katostaras, 2010; Wang, Byrne, Kenardy ve Hills, 2005) ve bununla paralel olarak alanyazında yalnızca kadınlarla yürütülen çalışmalar bulunmaktadır (ör. Drobnjak, Atsız, Ditzen, Tuschen-Caffier ve Ehlert, 2014; Jones, Bennett, Olmsted, Lawson ve Rodin, 2001). Bununla birlikte, erkek katılımcıları da içeren çalışmalar, bozuk yeme tutumlarının kadınlara özgü bir durum olmadığını ortaya koymuştur (ör. Croll ve ark., 2002; Musaiger ve ark., 2012). Örneğin, Croll, Neumark-Sztainer, Story ve Ireland (2002), 9 ve 12. sınıf öğrencileriyle yaptıkları çalışmada bozuk yeme tutumlarının kız öğrencilerin %55'inde; erkek öğrencilerin ise, %30'unda görüldüğünü saptamıştır. Bu yaygınlık oranları, ergenlik ve olgunlaşma sürecindeki değişimlerle başa çıkabilmek için gençlerin sıklıkla bozuk yeme tutumları benimsediği görüşüyle (Yannakoulia ve ark., 2004) tutarlılık göstermektedir. Ancak, bozuk yeme tutumlarının yalnızca bir ergenlik sorunu olmadığı araştırmalarca kanıtlanmıştır. Örneğin, kilo kaybetme çabaları ve zayıf olma arzusu ilk ve ortaokul öğrencilerinde de görülmekte; buna istinaden kilo kontrol uygulamalarının ergenlikten önce geliştiği tartışılmaktadır (Rolland, Farnill ve Griffits, 1997; Shisslak ve ark., 1998). Ayrıca, bozuk yeme tutumlarının ergenlikten genç yetişkinliğe geçişte korunduğu ya da arttığı; beliren yetişkinlikte (Gonidakis, Lemonoudi, Charila ve Varsou, 2018; Neumark-Sztainer, Wall, Larson, Eisenberg ve Loth, 2011), hatta orta yaş ve üzerinde (Drobnjak ve ark., 2014; Gagne ve ark., 2012) dahi görülebildiği belirtilmektedir.

Yaş ve cinsiyetin yanı sıra, bireylerin yaşadıkları yerin ve sosyoekonomik durumun da bu tutumlarla ilişkisini inceleyen araştırmalar bulunmaktadır. Ancak, ilgili araştırma bulguları tutarsızlık göstermektedir. Örneğin, bazı araştırmalarda şehirde yaşayan ergenlerin daha fazla bozuk yeme tutumu gösterdiği saptanırken (Palma-Coca ve ark., 2011) bazılarında kırsal alanda ve şehirde yaşayan ergenler arasında bozuk yeme tutumları açısından belirgin bir fark saptanmamıştır (Santos ve ark., 2013). Benzer şekilde, bozuk yeme örüntüsünde belirli bir sosyoekonomik düzey (ör. Wang ve ark.,

2005) ya da ebeveyn eğitim seviyesi de öne çıkmamaktadır (ör. Allen, Gibson, McLean, Davis ve Byrne, 2014; Alpaslan ve ark., 2015; Yu ve ark., 2015).

Öte yandan, bozuk yeme tutumları ile beden kitle indeksindeki artış arasında yakın ilişki vardır (ör. Drobnjak ve ark., 2014). Genel olarak yeme tutumlarındaki bozulmanın yanı sıra, spesifik olarak diyet yapma davranışının da obez bireylerde önemli ölçüde gözlemlendiği saptanmıştır (Dwyer, Feldman ve Mayer, 1967). Yüksek vücut kitle indeksine ek olarak, beden algısındaki çarpıtmalar, bir başka deyişle şu anki kilo durumu ve algınan kilo durumu arasındaki tutarsızlıklar da güvenli olmayan kilo kayıpları için risk faktörüdür (Liechty, 2010). Beden algısındaki çarpıtmalar gibi bozuk yeme tutumlarıyla ilişkisi kanıtlanan bir başka kavram da beden memnuniyetsizliğidir (Griffiths ve McCabe, 2000; Munkholm ve ark., 2016). Örneğin, Griffiths ve McCabe (2000), beden memnuniyetsizliğine sahip kızların daha çok kısıtlayıcı ve bulimik yeme gibi bozuk yeme tutumları gösterdiğini saptamıştır. Bunlara ek olarak, aşırı egzersiz yapma gibi davranışların da bozulmuş yeme tutumlarını yordadığı kanıtlanmıştır (Álvarez-Malé, Bautista-Castaño ve Serra-Majem, 2015).

Yeme tutumlarında bireysel faktörler kadar sosyal öğeler de önemli rol oynamaktadır. Örneğin, medya, akranlar ve aile gibi sosyalleşme öğelerinin aşırı kısıtlayıcı diyet, bedenle ilgili zihinsel meşguliyet ve ekstrem kilo kontrol uygulamaları gibi yeme patolojilerine model olabileceği öne sürülmektedir (Stice, 1998). Nitekim, televizyon reklamlarındaki "kadın kahramanlar" genellikle ince, genç ve güzel olarak sunulmakta (Mallick, Ray ve Mukhopadhyay, 2014) böylelikle medya çoğu kadını bedenle ilgili ulaşılması neredeyse imkasız standartlara erişmeye itmektedir (Tiggemann ve Pickering, 1996). Stice (1998) de hem ailenin hem de akranların sosyal pekiştime ve model alma yoluyla anormal yeme davranışlarını desteklediğini saptamıştır.

Bozuk yeme tutumlarının ruh sağlığıyla ilişkisi de araştırmalara konu olmuştur. Örneğin, depresif semptomların bozuk yeme tutumları için bir risk faktörü olduğu kanıtlanmış (Pengpid ve Peltzer, 2018); ayrıca stres ve kaygı da bu tutumlarla ilişkili bulunmuştur (Gan, Taib, Shariff ve Saab, 2011). Bu rahatsızlıklar gibi bozuk yeme tutumlarıyla ilişkisi kanıtlanan bir diğer rahatsızlık ise, ortoreksiya nervozadır (Barrada ve Roncero, 2018; Poyraz ve ark., 2015).

1.2.1. Bozuk Yeme Tutumlarının Ortoreksiya ile İlişkisi

Birçok çalışmada yeme tutumlarındaki bozulma ile ortorektik eğilimlerdeki artış arasında ilişki saptanmıştır (ör. Barrada ve Roncero, 2018; Çiçekoğlu ve Tunçay, 2018; Segura-Garcia ve ark., 2012). Bu iki örüntünün birbiri ile yakın ilişkili olmasının yanı sıra, yeme bozuklukları ve ortoreksiya arasında da ortak olan mekanizmalar bulunmaktadır. Örneğin, her iki yeme probleminde de mükemmeliyetçilik ve kontrol ihtiyacı gibi ortak bireysel özellikler dikkati çekmektedir (Akt., Mathieu, 2005).

Genel bozuk yeme örüntüsünün yanı sıra, özellikle anoreksiya ile ortoreksiyada ortaklıklar mevcuttur. Örneğin, hem anoreksiyada hem de ortoreksiyada davranışlar ve yaşam yiyecekler etrafında dönmekte; diyet bu rahatsızlıklara sahip bireylere bir kimlik sağlama işlevi görebilmekte; yiyecek odaklı obsesif kaygı sosyal izolasyonu tetikleyebilmektedir (Zamora ve ark., 2005). Ayrıca, her iki yeme örüntüsüne sahip bireylerde başarı odaklı olma, diyetlerine yönelik katı bir özdisiplin, diyetlerinden sapmayı ise özkontrolde başarısızlık olarak değerlendirme eğilimi öne çıkmaktadır (Koven ve Abry, 2015). Bunların yanı sıra, her iki grupta da egosintonik düşünceler; yasaklı gıdaların tüketilmesi sonucu ortaya çıkan suçluluk, düşük içgörü; fiziksel durumla ilgili bilişsel çarpıtma, aleksitimik özellikler ve işlevsel bozulmaların reddi görülmektedir (Dell'Osso ve ark., 2016; Koven ve Abry, 2015; Zamora ve ark., 2005). Öte yandan, anorektiklerden farklı olarak ortorektik bireyler genellikle kilolu olma kaygısı ya da zayıf olma arzusu ön plana çıkmayan ve şişman olmak yönünde çarpık bir beden algısına sahip olmayan; ancak, saf olduğunu hissetme, sağlıklı ve doğal olma, gerçek ya da abartılmış fiziksel semptomları azaltma eğilimine sahip bireyler olarak nitelendirilmektedir (Ramacciotti ve ark., 2005). Ayrıca, anorektik bireylerde öğün atlama yaygınken, ortorektik bireylerde öğün sırası ve zamanının takip edilmesi de dikkati çeken bir farklılıktır (Bratman, 2016). Öte yandan, Bratman (2016) anoreksiya ile ortoreksiya arasındaki ayrımın bu kadar net olmayabileceğini öne sürerek; sağlıklı ve düşük kalorili besin odağının ortoreksiya ve anoreksiyayı; kilo kaybetmektense toksinlerden arınma amacıyla kusma ya da laksatif kullanma gibi davranışların da ortoreksiya ve bulimiyayı yakınlaştırdığını belirtmiştir. Bununla tutarlı olarak, anorektik, bulimik ve sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcılarla yapılan bir çalışma da, ortoreksiya nervozanın hasta grupta daha yaygın olduğunu ortaya koymuştur (Segura-Garcia ve ark., 2015). Çalışmada önemli bir diğer sonuç ise, tedavi sonrasında da ortorektik belirtilerin yükselme eğilimi

göstermesidir. Bu sonuç, yeme bozukluklarının ortoreksiyaya evrilmesi yönünde tartışılmıştır. Buna göre, bulimiya ve anoreksiya hastaları, tedavi sonrasında yeme miktarına yönelik uğraşlarını, yemeklerin kalitesine yönlendirmekte; böylece yeme bozukluğu semptomları iyileşirken bu belirtiler ortoreksiya gibi klinik ciddiyeti daha hafif olan belirtilere geçiş yapmaktadır (Segura-Garcia ve ark., 2015).

Ortoreksiyanın bir yeme bozukluğu olarak kabul edilip edilmemesinde, bu iki örüntünün öncüllerindeki ortaklıkların da önemli olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda, yeme bozukluklarında öne çıkan beden imgesinin, ortoreksiya için de etkili olup olmadığının anlaşılmasına yönelik çaba değerli görünmektedir.

1.3. Beden İmgesi

Beden imgesi, bireyin kendi beden biçimi ve görünüşü ile birlikte sağlığı, atletik becerileri, koordinasyonu, zindeliği gibi fiziksel özellikleri, yeterliliği ve de biyolojik bütünlüğüne yönelik tutum ve değerlendirmelerini kapsamaktadır (Cash, 2012). Bu değerlendirme ve tutumlar, objektif ve doğru olduğu kadar; öznel ve çarpık da olabilmektedir. Cash (2012) bireyin bedensel özellikleri ve işlevselliğine yönelik tutumlarının, değerlendirme ve yatırım olmak üzere iki sistemde etkili olduğunu öne sürmüştür. Değerlendirme, bireyin genel görünüşü ya da görünüşünün belirli özellikleri hakkındaki bilişsel değerlendirmelerine veya olumlu ya da olumsuz inançlarına gönderme yapmaktadır (Cash, 2012). Buna göre bir birey, kendisinin kabul edilebilir ya da çekici yüz özellikleri, beden biçimi ve kiloya sahip olduğuna ya da olmadığına inanabilir. Ayrıca, bu değerlendirmeler bedenden memnun olma ya da olmama ile gurur ya da utanç gibi duygusal bir bileşene de sahiptir (Cash, 2012). Yatırım ise, görünüşe harcanan dikkat, görünüşün önemi ve davranışsal yönetimi ile ilgili olup, bireyin görünüşüne verdiği psikolojik öneme işaret etmektedir (Cash, 1994; 2012).

Cash'e (2012) göre, bireyin bedenine yönelik düşünceleri, duyguları ve davranışları geçmiş olaylar, deneyimler ve öznitelikler olan tarihsel faktörlerden etkilenmektedir. Çekicilik ve sosyal olarak kabul edilebilirlik gibi fiziksel özellikler; ergenlikte, hamilelikte ya da yaş aldıkça ortaya çıkan fiziksel değişimler ve kişilik özellikleri beden imgesine yönelik algıların ve tutumların şekillenmesinde önemli bir role sahiptir (Cash 2011; 2012). Ayrıca, medyadan gelen mesajlara maruz kalma, aile, akranlar ve arkadaşlarla etkileşim gibi kişilerarası deneyimler ve görünüşe dair çekicilikle

ilgili ya da cinsiyet temelli beklentileri taşıyan kültürel mesajların da bu bağlamda önemli bir rolü bulunmaktadır (Cash, 2011; 2012).

Beden imgesinin en çok araştırılan özelliği beden imgesiyle ilgili rahatsızlıktır. Bu rahatsızlık, hem beden boyutunu algılamadaki doğruluk olan algısal bileşeni hem de beden memnuniyetini de kapsayan tutumsal bileşeni içerir (Gardner, 2012). Bu iki bileşen genellikle birbirinden bağımsız olmakta birlikte, anoreksiya ve bulimiya gibi yeme bozukluklarında hem beden boyutuyla ilgili çarpıtılmış algı hem de beden memnuniyetsizliği sıklıkla birlikte görülür (Gardner, 2012). Beden memnuniyetsizliğinin bozuk yeme tutumları, sağlıksız kilo kontrol davranışları, tıkınırcasına yeme, diyet yapma, duygusal yeme, bulimiya, stres, sağlıksız egzersiz yapma, sigara içme, estetik operasyonlar yaptırma, düşük özgüven, depresif duygulanım gibi sağlıkla ilgili davranışlar ya da psikolojik sıkıntılar üzerinde olumsuz etkisi olduğu kanıtlanmıştır (Clark ve ark., 2005; Grogan, 2017; Johnson ve Wardle, 2005; Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan, Haines ve Story, 2006; Paxton, Neumark-Sztainer, Hannan ve Eisenberg, 2006; Sarwer, Wadden, Pertschuf ve Whitaker, 1998; Tiggemann, 2005).

Pek çok araştırmacı beden memnuniyetsizliğinin kadınlarda daha fazla gözlendiğini saptamıştır (ör. Bearman, Presnell, Martinez ve Stice, 2006; MacNeill, Best ve Davis, 2017). Ayrıca, beden memnuniyetsizliğinin yetişkin kadınlardakine benzer şekilde 8 yaşındaki çocuklarda dahi görülebilmekte olduğu da alanyazındaki bulgular arasındadır (Grogan ve Wainwright, 1996). Beden memnuniyetsizliği beden kitle indeksindeki artışla ilişkili olarak orta okuldan liseye artmakta ve genç yetişkinliğe geçişte de artış devam etmektedir (Bucchianeri, Arikian, Hannan, Eisenberg ve Neumark-Sztainer, 2013). Daha ileri yaşları kapsayan çalışmalarda, 18-60 yaş arası erkeklerde şişmanlıkla ilgili memnuniyetsizliğin yaşla birlikte artabildiği bulunsa da (Tiggemann, Martins ve Kirkbride, 2007) 16 ve 63 yaşındaki kadınların benzer derecede beden memnuniyetsizliği gösterdiği saptanmıştır (Grogan, 2017). Yaşla ilgili bulgulara ek olarak kızlarda erken, erkeklerde ise geç ergenliğe girenlerin daha yüksek beden memnuniyetsizliğine sahip oldukları düşünülmektedir (Stice, 2003).

Pek çok araştırmacı ince ya da kaslı ideallerin içselleştirilmesinin de beden memnuniyetsizliğinin ortaya çıkmasına katkıda bulunduğu görüşündedir (ör. Carlson Jones, 2004; Presnell, Bearman ve Stice, 2004). Kadınların kilo, erkeklerin ise beden

biçimi değişimi için diyete başladıkları belirtilmekteyken (Andersen ve DiDomenico, 1992) Furnham, Badmin ve Sneade (2002) kadınlar ve erkekler arasındaki bu farkın, erkek ve kadın ideallerinin işlevi olabileceğini öne sürmektedir. Buna göre, erkek ideal büyük pazı, göğüs ve omuzlara vurgu yapılan V şekilli bir figürken, kadın ideal çok zayıf figürdür ve bu figürde ince kalça, alt bölüm ile uyluklara vurgu yapılmaktadır (Furnham, Badmin ve Sneade, 2002). Bu görüşle tutarlı olarak, çok zayıf model görüntülerine maruz kalmanın kadınlar için beden memnuniyetsizliğinin belirleyicisi olduğu öne sürülmektedir (Neumark-Sztainer ve Eisenberg, 2014). Leit, Gray ve Pope (2002) da, reklamlardaki kaslı erkek görüntülerine maruz kalmanın erkekler için ölçülebilir derecede beden memnuniyetsizliği yarattığını belirtmiştir.

Beden memnuniyetsizliği için bir diğer risk faktörü de beden kitle indeksidir. Örneğin, Calzo ve arkadaşları (2012) yaptıkları boylamsal çalışmada normalden yüksek ve düşük kiloda olan ergen erkeklerin beden memnuniyetsizliği için risk altında olduğunu saptamıştır. Kızlarda ise, yüksek vücut kitle indeksi daha yüksek beden memnuniyetsizliği için bir yordayıcı olarak bulunmuştur (Barker ve Galambos, 2003). Bu bulgularla paralel olarak, Furnham ve Calnan (1998) da beden imgesi memnuniyetsizliğinin kadınlarda her zaman kilo kaybetme yönünde işlediğini; erkeklerde ise, kilo kaybetmenin yanı sıra kilo alma yönünde de işleyebileceğini belirtmiştir. Akranlar, aile, partnerler ve medyadan direkt ya da dolaylı olarak gelen zayıflık baskısı ile alay edilme de beden memnuniyetsizliği için bir risk faktörüdür (Barker ve Galambos, 2003; Stice ve Whitenton, 2002). Ayrıca yüksek nörotisizm kişilik özelliği, düşük özdenetim (MacNeill ve ark., 2017) ve düşük özgüvenin de (Gilbert ve Meyer, 2005) beden memnuniyetsizliğini yordadığı saptanmıştır.

İlgili alanyazın incelendiğinde, beden memnuniyetsizliğinin yeme bozukluğu semptomolojisinin en güçlü yordayıcılarından olduğu görülmektedir (ör.Leon, Fulkerson, Perry ve Cudeck, 1993). Ayrıca, beden memnuniyetsizliğini de içeren bedene yönelik olumsuz tutumların da (Gardner, 2012) hem bozuk yeme örüntüleri hem de ortoreksiya ile ilişkili olduğu kanıtlanmıştır (Brytek-Matera ve ark., 2016; Michou ve Costarelli, 2011).

1.3.1. Olumsuz Beden İmgesinin Ortoreksiya ve Bozuk Yeme Tutumu ile İlişkisi

İlk olarak olumsuz beden imgesi ile ortorektik örüntü arasındaki ilişki incelendiğinde, kız öğrencilerde beden alanlarına yönelik memnuniyetin düşmesinin; ayrıca fiziksel yeterliliğe ve görünüşe yönelik yatırım ile kilolu olma kaygısının ise artmasının sağlıklı yeme saplantısının yordayıcıları olduğu belirlenmiştir (Brytek-Matera ve ark., 2016). Çalışmanın bir başka bulgusu da ortorektik kadınların egzersizi hayatlarına düzenli olarak dahil etmeleri; kısıtlayıcı yeme, diyet yapma, kiloya odaklanma, görünüme dikkat etme ile birlikte sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemeleridir. Benzer şekilde, başka bir çalışmada da görünüşle ilgili uğraşların ve kilolu olma kaygısının ortoreksiya nervozayı yordadığı saptanmış; bu sonuç, sağlık saplantısından ziyade görünüşe aşırı odaklanma ile kilolu olmaktan korkmanın, sağlıklı diyet meşguliyetinin ardındaki gizli motivasyon olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (Barnes ve Caltabiano, 2017).

Olumsuz beden imgesinin bozuk yeme tutumları ve yeme bozuklukları ile ilişkisi de benzer özellikler göstermektedir. Örneğin, ergenlerde beden memnuniyetsizliğinin diyeti, sağlıksız yeme davranışlarını ve tıkınırcasına yemeyi yordadığı bulunmuştur (Neumark-Sztainer ve ark., 2006). Costarelli, Demerzi ve Stamou (2009) da bozuk yeme tutumuna sahip katılımcıların sağlıklı olanlara göre daha fazla kilolu olma endişesine sahip ve bununla birlikte hastalıkların fiziksel semptomlarına karşı da daha az duyarlı bireyler olduklarını ortaya koymuştur. Bir başka çalışmada da, yeme bozukluğuna sahip olan bireylerde, sağlıklı kontrol grubundakilere göre, hem genel beden hem de spesifik beden alanları için daha az memnuniyet ile daha fazla görünüşe yönelik yatırım ve kilolu olma kaygısı belirlenmiştir (Vossbeck-Elsebusch ve ark., 2012). Benzer şekilde, Brytek-Matera (2014) da, görünüş, fiziksel yeterlilik ve sağlık değerlendirme alanlarının her birinde anorektik katılımcıların daha düşük ortalama puanlar alarak kontrol grubundan anlamlı biçimde farklılaştığını bulmuştur.

Bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, olumsuz beden imgesinin yeme bozukluğu ve ortoreksiyada ortak bir rolünün olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, ortoreksiyada, yeme bozukluklarından farklı olarak sağlıklı beslenmeye verilen aşırı önem, bu kavramın sağlığa yönelik bir kaygıyla ilişkilendirilebileceğini düşündürmektedir.

1.4. Sağlık Kaygısı

Sağlık kaygısı, bireyin şu anki ya da gelecekteki sağlığı hakkında aşırıya kaçan kaygı ve korkularına işaret etmektedir (Thorgaard, Frostholm ve Rask, 2018). Salkovskis ve Warwick (1986) sağlıkla ilgili kaygıda tıbbi konsültasyon, güvence arama ve bedeni kontrol etme gibi davranışlara başvurularak sağlık durumuyla ilgili kanıt aramanın görüldüğünü belirtmiştir. Bu davranış örüntüleri bazı alışılmadık bedensel duyum ve gözlemlerle ilgili hafif bir endişeden kaçınmaktan, pek çok düşüncenin ve aktivitenin hastalığa odaklandığı, bedensel belirtilerden korkma ve endişelenmenin doruğa ulaşmasına kadar bir süreklilik içindedir (Salkovskis ve Warwick, 1986). Benzer şekilde, Ferguson (2008) da bireylerin sağlıkla ilgili kaygıları açısından bir boyut üzerinde niceliksel olarak farklılaştığını; en ekstrem uçta ise hipokondriyanın bulunduğunu belirtmiştir. Artık DSM-V'te yer almayan hipokondriya, somatik semptom ve hastalık kaygısı bozukluklarıyla yer değiştirmiştir (American Psychiatric Association [APA], 2013). Hipokondriyak hastaların çoğu günümüzde somatik semptom bozukluğu tanısı almaktayken daha az bir grup da hastalık kaygısı bozukluğuna uymakta, iki rahatsızlıkta da yüksek sağlık kaygısı bir kriter olarak belirtilmektedir (APA, 2013). Ancak, somatik semptom bozukluğunda belirgin somatik semptomlar olması beklenirken; hastalık kaygısı bozukluğunda düşük düzeyde somatik semptom vardır ve bu bireylerin endişeleri öncelikli olarak hasta oldukları fikrinden kaynaklanır (APA, 2013).

Genel popülasyonda hayat boyu yaygınlığı %5.7, şu anki yaygınlığı ise %3.4 olarak saptanan sağlık kaygısının (Sunderland, Newby ve Andrews, 2012); fiziksel rahatsızlığı olan bireylerde yaygınlığı %17.5-24.7 arasında değişmektedir (Tyrer ve ark., 2011). Toplumsal çalışmalarda sağlık kaygısının yaşla birlikte arttığı gözlemlenmiştir (APA, 2013). Ancak, Sunderland, Newby ve Andrews (2012) 16-85 yaş arası katılımcılarla yaptıkları çalışmada sağlık kaygısının 35-44 ve 45-54 yaşları arasında doruk noktasına ulaştığını; en düşük yaygınlığın ise daha genç ve daha yaşlı gruplarda bulunduğunu saptamıştır. Ayrıca, yapılan başka çalışmalarda çocuklarda da sağlık kaygısının görülebileceği kanıtlamıştır (Rask, Ulberling, Skovgaard, Thomsen ve Fink, 2012). Bunlarla birlikte, iş sahibi olmamanın, sigara kullanmanın ve eş zamanlı fiziksel rahatsızlığa sahip olmanın da sağlık kaygısını ön gördüğü belirlenirken; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve sosyoekonomik durum söz konusu olduğunda sağlık kaygısı bakımından bireyler arasında bir farklılık gözlenmemiştir (Sunderland ve ark., 2012).

Sağlık kaygısıyla ilgili temel yaklaşımlar çocuklukta ve ailede var olan belirli psikososyal özelliklerin gelecekteki sağlık kaygısı gelişimi için önemli olduğunu öne sürmektedir (Thorgaard ve ark., 2018). Bununla tutarlı olarak, Noyes ve arkadaşları (2002) hipokondriyak bireylerin çocukluklarında daha fazla ciddi hastalık, şiddet ya da yaralanma gözlemiş, bu bireylerin ebeveyninlerinin ya da aile üyelerinin tehlikeli işlerde çalıştığını ve alkol/madde problemlerinin olduğunu; ayrıca ciddi ya da kronik bir hastalığı olan aile bireyine ya da arkadaşa sahip olduklarını bulmuştur. Çalışmanın bir başka bulgusu da anneden gelen düşük bakımın ve babadan gelen aşırı koruyucu tutumun bedensel yakınmalarla ilişkili olmasıdır (Noyes ve ark., 2002). Ayrıca, ayrılık anksiyetesi, çocuklukta hipokondriyakal korkuların bulunması, aile üyelerine zarar verme korkusu, sağlığın kötü olması, kaygılı ya da çatışmalı aile ortamı, ebeveyn depresyonu, güvensiz bağlanma stilleri, cinsel ya da fiziksel istismar geçmişi de bedensel yakınmalarla ilişkili bulunmuştur (Barsky, Wool, Barnett ve Cleary, 1994; Noyes ve ark., 2002; 2003; Wright, Reiser ve Delparte, 2015).

Geçmiş yaşantıların yanı sıra, sağlıkla ilgili hatalı inançların da tehdit algısını tetikleyerek sağlık kaygısının gelişiminde rol oynadıkları bilinmektedir (Warwick, 1989). Bu örüntü, semptomların ortaya çıkışı ve gelişimini takip etmek, bedeni tekrar tekrar kontrol etmek, semptomlar ve anlamları hakkında bilgi arayışına girmekle sonuçlanmaktadır (Warwick, 1989). Sağlıkla ilgili olası tehdit değerlendirmesi sürerse bireyler semptomlarının ciddiyetine dair yaptıkları değerlendirmeye göre acil bir şekilde konsültasyon arayışına girmektedir (Warwick, 1989). Sağlığın tehdit edildiği yönünde olumsuz düşünceler kaygıyla; kaygı da artan fiziksel uyarılma, dış bilgilerin işlenmesinde bilişsel önyargı, kaçınma ya da güvence arama gibi başa çıkma davranışlarıyla ilişkilidir (Warwick, 1989). Bu sürdürücü faktörler sağlık kaygısını ve endişelerini; sağlık kaygısı da müdahaleci uyaranların yanlış değerlendirilme olasılığını arttırarak yine sağlık endişeleriyle sonuçlanan bir kısır döngüye girilmesine neden olmaktadır (Warwick, 1989).

Sağlık kaygısına bipolar bozukluk, agorafobi, panik bozukluk ya da yaygın anksiyete bozukluğu gibi diğer psikolojik sorunlar eşlik edebilmektedir (Sunderland ve ark., 2012). Bununla birlikte, sağlık kaygısının bozuk yeme davranışları ve ortoreksiyayla ilişkili olduğunu öne süren araştırmacılar da mevcuttur (Hadjistavropoulos ve Lawrence, 2007; Koven ve Abry, 2015).

1.4.1. Sağlık Kaygısının Ortoreksiya ve Bozuk Yeme Tutumu ile İlişkisi

Koven ve Abry (2015), sağlık kaygısı ve bedesel yakınmalarla ortoreksiya arasında bir ilişki kurarak, hasta olmakla ilgili endişelerin ve olası bir hastalığı önleme çabasının, yiyecek seçimi ve diyet davranışlarını etkileyebileceğini önermiştir. Ayrıca, Zamora ve arkadaşları (2005) da ortoreksiyada hipokondriyak mekanizmaların bulunduğunu belirtmiştir.

Hadjistavropoulos ve Lawrence (2007) ise, sağlığıyla ilgili endişeli olan kadınların bozuk yeme tutumlarından daha fazla diyet yapma ve yiyeceklerle ilgili zihinsel meşguliyet belirttiklerini ortaya koymuştur. Benzer şekilde, lise öğrencileriyle yürütülen başka bir çalışmada da bozuk yeme tutumları hipokondriyayla ilişkili bulunmuştur (Chandarana, Helmes ve Benson, 1988). Bu bağlamda diyet yapmanın sağlık kaygısını yönetmede kullanılan bir strateji olabileceğini tartışılmaktadır (Hadjistavropoulos ve Lawrence, 2007). Öte yandan, ortoreksiya ve sağlık kaygısı arasındaki olası ilişkiye yönelik önerilere bakıldığında ise (ör. Koven ve Abry, 2015; Zamora ve ark., 2005), sağlık kaygısı ortoreksiyanın öncüllerinden biri olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte bu kaygı, ortoreksiyadaki besin seçimine yönelik katı düşünceleri ve bir ritüele dönüşen beslenme davranışlarını açıklamakta yetersiz görünmektedir. Bu bağlamda, ortoreksiya ile obsesif kompulsif örüntü arasındaki benzerlik dikkat çekicidir.

1.5. Obsesif İnançlar

Obsesif kompulsif bozuklukta (OKB) obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin de varlığı belirgindir (APA, 2013). Obsesyonlar, istemsiz ve müdahale edici şekilde gelen tekrarlayıcı düşünceler, dürtüler ve imgelerdir (APA, 2013). Rachman (1997) obsesyonların istemsiz gelen düşünce, imge ya da dürtülerin öneminin katastrofik yorumlanmasından kaynaklandığını belirtmiştir. Kompulsiyonlar da, bireyin obsesyonlarına bir tepki olarak ya da katı bir şekilde uyulmak zorunda olan kurallarına göre yapmak zorunda hissettiği tekrarlayıcı davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir (APA, 2013). Obsesif inançlar ise, obsesif kompulsif bozukluğun etiyolojisi ve sürdürülmesinde önemli rol oynayan ve işlevsel olmayan inançlardır (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group [OCCWG], 1997). OKB'de aşırı sorumluluk algısı, abartılmış tehdit algısı, düşüncenin önemi, düşünceleri kontrol etme isteği, kesinlik ihtiyacı ve mükemmeliyetçilik şeklinde öne çıkan altı obsesif inancın obsesyonlar ile

kompulsiyonların temelini oluşturduğu öne sürülmektedir (OCCWG, 1997; Taylor, 2002).

Obsesif inançlardan ilki olan aşırı sorumluluk algısı, bireyin obsesyonlarıyla bağlantılı olası olumsuz sonuçlardan kendisini sorumlu hissetmesini içermektedir (Foa, Sacks, Tolin, Prezworski ve Amir, 2002). Salkovskis (1999), OKB'deki girici düşüncelerin ortaya çıkışı ya da içeriğinin bireyin kendisine veya başkalarına zarar vermekten sorumlu olabileceği yönünde yorumlanabileceğini belirtmiştir. Rachman (1993) da aşırı sorumluluk algısının bireyin eylemleri, ihmalleri ve müdahale edici düşünceleri için ortaya çıkabileceğini ifade etmiştir. Diğerlerine zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüleri ya da kabul edilemez imgeleri için aşırı sorumlu hisseden bireylerin bu deneyimleri, hem psikolojik hem de ahlaki açıdan rahatsız edicidir (Rachman, 1993). Öte yandan, bu algıya sahip bireyler hem kendi davranışları hem de başkalarının davranışlarına istinaden suçluluk hissedebilirler (Rachman, 1993). Ayrıca, bu algı hem depresyon ve anksiyete gibi olumsuz duygulanımlara hem de yıkama ve kompulsif kontrol etme gibi nötralize edici davranışlarda bulunmaya yol açabilmektedir (Salkovskis, 1999).

Bir diğer obsesif inanç olan abartılmış tehdit algısı, zararın olasılığının ya da şiddetinin abartılması olarak tanımlanmaktadır (OCCWG, 1997). Başka bir deyişle tehdidin abartılması, çeşitli durumların ya da uyaranlarla girilen etkileşim sonuçlarının gerçekte olduğundan daha tehlikeli olduğuna inanılmasıdır (Teachman, 2006). Tehdidin abartılmasının bulaşma korkusunu ve davranışsal kaçınmayı yordadığı kanıtlanmıştır (Green ve Teachman, 2013). Bu algı, genellikle OKB'de belirgin olmakla birlikte (OCCWG, 1997); anksiyete bozuklarında da görülmektedir (Beck ve Clark, 1997).

Şüphe içerikli obsesif inanç, özellikle OKB'nin en temel niteliklerinden biri olarak tarif edilmiştir (Nestadt ve ark., 2016). Ayrıca, OKB'de karar vermek için gerekli olan bilgileri özümseme yetisinde inanç, güven ve kesinliğin azaldığı da görülür (Nestadt ve ark., 2016). Karar vermeyle ilgili zorluklar kesinlik ihtiyacıyla ilgili inançlardan kaynaklanabilmektedir (OCCWG, 1997). Bu obsesif inanç, belirsizliğe tahammülsüzlük, öngörülemez değişimlerle başa çıkmada yetersizlik; kesin olma ihtiyacı ve belirli olmayan durumlarda işlevselliğin bozulması ile yakın ilişkilidir (OCCWG, 1997). Bu inanca sahip bir birey, belirsizliği üstesinden gelinmesi güç bulmakla birlikte, belirsiz

durumları kaçınılması gereken durumlar olarak değerlendirmektedir (Konstantellou ve Reynolds, 2010). Belirsizliğe tahammülsüzlüğün kontrol etme davranışı gösteren OKB'li bireylerde belirgin düzeyde daha fazla olduğu; ancak diğer OKB ve anksiyete bozukluklarına sahip bireylerde de yaygın şekilde gözlendiği kanıtlanmıştır (Tolin, Abramowitz, Brigidi ve Foa, 2003; Steketee, Frost ve Cohen, 1998).

Mükemmelliyetçilik ise, her türlü problem için mükemmel bir çözümün olduğuna; bir şeyleri mükemmel şekilde yapmanın sadece mümkün değil aynı zamanda gerekli olduğuna; ayrıca küçük hataların bile ciddi sonuçları olacağına dair tutumları kapsamaktadır (OCCWG, 1997). Mükemmeliyetçilik sinirli, stresli hissetmeye neden olabildiği gibi; bu durumun sosyal anksiyete ve obsesif kompulsif bozuklukla ilişkili, beslenme bozukları için ise önemli bir risk faktörü olduğu belirtirmektedir (Shafran, Egan ve Wade, 2018). Bunların yanı sıra mükemmeliyetçilik uykusuzluk, yorgunluk, kaslarda gerginlik, mide problemleri gibi fiziksel sorunlara; sosyal olarak soyutlanmaya; ilgi duyulan alanların daralmasına; odaklanmada ve özsaygıda azalma, kendine yönelik eleştiride artış gibi bilişsel sorunlara; ve kontrol etme, kaçınma, ayrıntılara takılma, erteleme, tekrar etme gibi davranışsal sonuçlara da yol açmaktadır (Shafran ve ark., 2018).

Bir başka obsesif inanç alanını temsil eden düşünceye aşırı önem verme, bir düşüncenin varlığının bir eylem kadar önemli ve kontrol edilmesi gerekli olduğuna yönelik katı tutumları yansıtmaktadır (OCCWG, 1997). Bu inanç OKB'de, istenmeyen ya da kabul edilemez düşünceye sahip olmanın, ilgili eylemi yapmak kadar kötü olduğu anlamına gelen düşünce-eylem kaynaşması için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Rachman, 1993). Bu katı inanç sisteminin OKB'de belirgin olmasının yanı sıra, depresyon ve suçlulukla da ilişkili olduğu saptanmıştır (Rachman, Thordarson, Shafran ve Woody, 1995).

Son olarak, üst bilişler bireyin kendi düşünceleri ya da bilişleri hakkındaki düşünceleridir ve zihni izleme ile kontrol etme olmak üzere iki merkezi bileşene sahiptir (Dunlosky ve Metcalfe, 2009). Düşünce kontrolünün önemi girici düşünceler, imgeler ya da dürtüler üzerinde tam bir kontrol sağlama ile bunun mümkün ve çekici olduğuna dair inanca aşırı değer verilmesini yansıtır (OCCWG, 1997). Bu inanç alanı, zihinsel olayları izleme ve bunlara karşı aşırı ihtiyatlı olmanın önemi; düşünceleri kontrol etmemenin

ahlaki sonuçları; düşünce kontrolünün başarısız olması sonucundaki psikolojik ve davranışsal sonuçlar ile kontrolün etkililiği hakkındaki inançları içerir (OCCWG, 1997). Üst bilişlerin OKB, yaygın anskiyete bozukluğu ve depresyonda rol oynadığı bilinmektedir (Papageorgiou ve Wells, 2003; Wells, 1995).

Özetle obsesif inançlar, OKB'nin yanı sıra pek çok farklı psikolojik sıkıntı ve işlevsiz davranışla ilişkili görünmektedir. Depresyon ve anskiyeteyle ilişkili bulunan (Steketee ve ark., 1998) obsesif inançların sağlık kaygısıyla da ilişkili olduğu ilgili araştırmalarda kanıtlanmıştır (ör. Deacon ve Abromowitz, 2008; Solem ve ark., 2015). Ayrıca obsesif inançların beden imgesi rahatsızlığı, yeme bozuklukları ve bozuk yeme tutumlarıyla ilişkili olduğu da bilinmektedir (Blakey, Abramowitz ve Mahaffey, 2016; Konstantellou ve Reynolds, 2010; Olstad, Solem, Hjemdal ve Hagen, 2015).

1.5.1. Obsesif İnançların Ortoreksiya ve Bozuk Yeme Tutumu ile İlişkisi

Henüz diğer yeme bozuklukları kadar geniş bir literatüre sahip olmayan ortoreksiya nervozanın, kontrol ihtiyacı ve mükemmeliyetçilik gibi obsesif özellikler gösterdiği belirtilmektedir (Akt., Mathieu, 2005; Zamora ve ark., 2005). Ayrıca, Barthels ve arkadaşları (2015) da, ortoreksiyanın semptomatolojisinde aşırı değer verilen düşüncelerden bahsetmektedir.

Benzer şekilde, bozuk yeme tutumları ve yeme bozukluklarında obsesif inançlardan belirsizliğe tahammülsüzlük ön plana çıkmaktadır (Konstantellou ve Reynolds, 2010; Sternheim, Startup ve Schmidt, 2011). Lavender, Shubert, Silva ve Treasure (2006) da, yeme bozukluğuna sahip bireylerin OKB'li bireylere göre ya daha fazla ya da onlarla karşılaştırılabilir derecede obsesif inanç sergilediğini saptamıştır. Bu sonuç, obsesif inançların yeme bozuklukları için büyük bir öneme sahip olması şeklinde yorumlanmıştır. Bununla tutarlı olarak, anorektik ve bulimik bireylerde görülen beden imgesine ilişkin çarpıtmanın OKB'li hastaların obsesyonel şüphesi ile benzerliği de vurgulanmaktadır (Rubenstein, Altemus, Pigott, Hess ve Murphy, 1995). Alanyazında hem bir obsesif inanç alanı hem de kişilik özelliği olarak ele alınan mükemmeliyetçilik ise, yeme bozukluklarında bir risk ya da sürdürücü faktör olarak önem kazanmaktadır (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003; Shafran ve ark., 2018).

1.6. Araştırmanın Amacı

Görece yeni bir kavram olan ortoreksiyanın bir yeme bozukluğu türü olarak ele alınıp alınamayacağına yönelik tartışmalar devam etmektedir. Bu noktada, bu örüntünün kavramsallaştırılması, yeme bozukluğu ile ilişkisinin netleştirilmesi ve her iki örüntünün ortaklık ve farklılıklarının belirlenmesi oldukça önemlidir.

Klinik gözlemler, teorik görüşler veya araştırma bulguları sağlık kaygısı, beden imgesi ve obsesif inançların ortoreksiya ve bozuk yeme tutumlarıyla ilişkili olduğunu öne sürmektedir. Ancak, bu faktörler birlikte ele alındıklarında farklı yeme örüntülerini açıklamada hangilerinin önem kazandığı bilinmemektedir. Ayrıca, ortoreksiya ve bozuk yeme tutumlarının çift yönlü bir ilişki içinde olup olmadığını ve gelişimlerinde benzer mekanizmaların çalışıp çalışmadığını araştırmanın da bu rahatsızlıklarda açıklanamayan bazı noktaları aydınlatmak adına önemli bir adım olacağı düşünülmektedir. Öte yandan, ortoreksiyanın sağlık kaygısı veya obsesif inançlarla özgün bir ilişkisinin olup olmadığını belirlemenin de rahatsızlığın tanımı ve işlevi hakkında bilgi vereceği düşünülmektedir. Buradan hareketle, araştırmanın amacı bozuk yeme tutumu ile ortoreksiyanın ilişkisinin incelenmesi ve her iki örüntüde sağlık kaygısı, beden imgesi ve obsesif inançların rolünün araştırılmasıdır. Bu amaçlar doğrultusunda cevap aranacak araştırma soruları aşağıdaki gibidir;

i. Sağlık kaygısı, beden imgesi, obsesif inançlar, ortoreksiya ve bozuk yeme tutumu, cinsiyete ve yaşa göre farklılaşmakta mıdır?
ii. Sağlık kaygısı, beden imgesi, obsesif inançlar, bozuk yeme tutumu ve ortoreksiya, arasında ilişki var mıdır?
iii. Bozuk yeme tutumlarının yordayıcıları nelerdir?
iv. Ortoreksiyanın yordayıcıları nelerdir?

Bu sorulara göre test edilecek hipotezler ise şu şekildedir;

v. Sağlık kaygısı, beden imgesi, obsesif inançlar, ortoreksiya ve bozuk yeme tutumunun, cinsiyete ve yaşa göre anlamlı olarak farklılaşması beklenmektedir.
vi. Sağlık kaygısı, obsesif inançlar, olumsuz beden imgesi ve ortoreksiyanın bozuk yeme tutumunu pozitif yönde yordaması beklenmektedir.
vii. Sağlık kaygısı, obsesif inançlar, olumsuz beden imgesi ve bozuk yeme tutumunun ortoreksiyayı pozitif yönde yordaması beklenmektedir.

BÖLÜM 2. YÖNTEM

2.1. Örneklem

Araştırmanın örneklemini yaşları 18-45 arasında (*Ort* = 26.01, *SS* = 6.44) değişen 203'ü kadın (%53.3) ve 178'i erkek (%46.7) olmak üzere toplam 381 katılımcı oluşturmaktadır. Araştırmanın katılımcılarına, uygun örnekleme yoluyla ulaşılmıştır.

Katılımcıların eğitim seviyelerine bakıldığında, lisede öğrenim gören ya da liseden mezun olan 26 (%6.8); lisans seviyesinde öğrenim gören ya da bu seviyeden mezun olan 240 (%63) ve lisans üzeri eğitim seviyesinde öğrenim gören ya da bu seviyeden mezun olan 115 (%30.2) katılımcı olduğu gözlenmektedir. Sosyoekonomik düzeyler incelendiğinde ise, katılımcıların 20'sinin (%5.3) sosyoekonomik durumlarını düşük; 135'inin (%35.8) alt-orta; 204'ünün (%54.1) üst-orta ve 18'inin (%4.8) yüksek olarak tanımladıkları görülmektedir.

Katılımcıların 74'ü (%19.5) evli ve 305'i (%80.5) bekardır. Katılımcılardan 190 kişi (%49.9) ebeveynleriyle, 43 kişi (%11.3) eşleri ya da romantik partnerleriyle, 42 kişi (%11) eşleri ve çocuklarıyla, 5 kişi (%1.3) çocuklarıyla, 26 kişi (%6.8) arkadaşlarıyla, 12 kişi (%3.1) akrabalarıyla ve son olarak 63 kişi (%16.5) de yalnız yaşamaktadır. Katılımcıların anne eğitim durumları incelendiğinde 138'inin (%36.4) ilkokul, 48'inin (%12.7) ortaokul, 114'ünün (%30.1) lise, 66'sının (%17.4) lisans ve 13'ünün (%3.4) lisans üzeri eğitim seviyelerinden mezun olduğu görülmektedir. Katılımcıların baba eğitim durumlarında ise 84'ünün (%22) ilkokul, 63'ünün (%16.5) ortaokul, 123'ünün (%32.3) lise, 97'sinin (%25.5) lisans ve 14'ünün (%3.7) lisans üzeri öğrenim seviyelerinden mezun olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların %27.6'sı (n = 104) psikolojik yardım almış olup bu bireylerin çoğunun depresyon ve kaygı bozuklarına sahip bireyler olduğu belirlenmiştir. Psikolojik yardım alan katılımcılardan 34 kişinin (%34) terapi, 32 kişinin (%32) ilaç ve bir diğer 34 kişinin ise (%34) hem terapi hem ilaç yöntemlerine başvurduğu gözlenmiştir. Fiziksel bir rahatsızlığı olan katılımcılar araştırmanın %7.1'ini (n = 27); besin alerjisi olan katılımcılar ise %10.8'ini (n = 41) oluşturmaktadır. Fiziksel rahatsızlık belirten grubun çoğunun bel, diz, ayak rahatsızlığı gibi ortopedik ve acı/ağrıyla alakalı sorunlar yaşadığı;

besin alerjisine sahip olduğunu belirten grubun ise genellikle süt ve çilek gibi besinlerden rahatsızlık duyduğunu belirttiği gözlenmiştir.

Katılımcıların beden kitle ortalaması 23.19'dur (*SS* = 4.05). Ayrıca 151 kişi (%39.6) düzenli, 182 kişi (%47.8) nadiren spor yapmaktadır. Son olarak katılımcılardan 138 kişi (%36.2) düzenli, 36 kişi (%9.4) nadiren sigara; 109 kişi (%28.6) düzenli, 127 kişi (%33.3) nadiren alkol ve 18 kişi (%4.7) düzenli, 33 kişi (%8.7) nadiren keyif veren madde kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların demografik bilgilerine ait veriler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1.a. Katılımcıların Demografik Özellikleri

	Kadın (*n* = 203)				Erkek (*n* = 178)			
Değişkenler	***Ort.***	***SS***	***n***	***%***	***Ort.***	***SS***	***n***	***%***
Yaş	26.96	6.26			24.92	6.48		
Vücut Kitle İndeksi	22.10	3.99			24.43	3.75		
Eğitim Durumu								
Lise			5	2.5			21	11.8
Lisans			117	57.6			123	69.1
Lisans Üzeri			81	39.9			34	19.1
Sosyo Ekonomik Düzey								
Düşük			8	3.9			12	6.9
Alt-orta			82	40.4			53	30.5
Üst-orta			101	49.8			103	59.2
Yüksek			12	5.9			6	3.4
Medeni Durum								
Evli			50	24.6			24	13.6
Bekar			153	75.4			152	86.4
Yaşam Durumu								
Ebeveyn			93	45.8			97	54.5
Eş/ Romantik Partner			32	15.8			11	6.2
Eş ve Çocuk(lar)			24	11.8			18	10.1
Çocuklar			4	2			1	.6
Arkadaş			14	6.9			12	6.7
Akraba			7	3.4			5	2.8
Yalnız			29	14.3			34	19.1
Anne Eğitim Durumu								
İlkokul			79	39.1			59	33.3
Ortaokul			21	10.4			27	15.3
Lise			58	28.7			56	31.6
Lisans ve üzeri			44	21.8			35	19.8
Baba Eğitim Durumu								
İlkokul			43	21.2			41	23
Ortaokul			38	18.7			25	14
Lise			64	31.5			59	33.1
Lisans ve üzeri			58	28.6			53	29.8

Tablo 1.b. Katılımcıların Demografik Özellikleri (devamı)

	Kadın (*n* = 206)		**Erkek (*n* = 184)**	
Değişkenler	***n***	***%***	***n***	***%***
Psikolojik Yardım Geçmişi				
Evet	73	36.5	31	17.5
Hayır	127	63.5	146	82.5
Yardım Türü				
Psikoterapi	28	39.4	6	20.7
İlaç	16	22.5	16	55.2
Psikoterapi ve İlaç	27	38	7	24.1
Fiziksel Rahatsızlık				
Var	16	7.9	11	6.2
Yok	187	92.1	166	93.8
Besin Alerjisi				
Var	29	14.3	12	6.9
Yok	174	85.7	163	93.1
Spor				
Yapıyor	58	28.6	93	52.2
Yapmıyor	37	18.2	11	6.2
Nadiren Yapıyor	108	53.2	74	41.6
Sigara				
Kullanıyor	55	27.1	83	46.6
Kullanmıyor	122	60.1	85	47.8
Nadiren Kullanıyor	26	12.8	10	5.6
Alkol				
Kullanıyor	50	24.6	59	33.1
Kullanmıyor	88	43.3	57	32
Nadiren Kullanıyor	65	32	62	34.8
Uyuşturucu Madde				
Kullanıyor	3	1.5	15	8.4
Kullanmıyor	187	92.1	143	80.3
Nadiren Kullanıyor	13	6.4	20	11.2

2.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın veri toplama sürecinde, Demografik Bilgi Formu (EK B), Yeme Tutum Testi (EK C), ORTO-11 (EK D), Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği (EK E), Obsesif İnanışlar Ölçeği (EK F), ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon) (EK G) kullanılmıştır.

2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik bilgi formu, araştırmacı tarafından katılımcıların yaşı, cinsiyeti, boyu, kilosu, kendilerinin ve anne- babalarının eğitim düzeyleri, çalışma durumları, medeni durumları, sosyo-ekonomik düzeyleri, psikiyatrik/psikolojik yardım geçmişleri, fiziksel sağlık durumları, herhangi bir besine alerjilerinin olup olmadığı, madde kullanımı ve spor alışkanlıklarına yönelik bilgilerini elde etmek amacıyla oluşturulmuştur.

2.2.2. Yeme Tutum Testi

Garner ve Garfinkel (1979), anoreksiyada gözlenen çok çeşitli davranış ve tutumları değerlendirme konusunda kullanışlı bir ölçek geliştirme amacıyla yola çıkmış ve bir özbildirim ölçeği olan Yeme Tutum Testi'ni (Eating Attitudes Test [EAT-40]) geliştirmiştir. 40 sorudan oluşan ölçekte her soru için altı yanıt seçeneği bulunmakta ve bu seçeneklerden "her zaman" 3; "çok sık" 2; "sık sık" 1 puan alırken; geriye kalan "bazen", "nadiren" ve "hiçbir zaman" seçenekleri ise 0 puan almaktadır. Ölçeğin yiyeceklerle aşırı uğraş, zayıflığa dair beden algısı, kusma ve laksatif kötüye kullanımı, diyet yapma, yavaş yeme, gizli yeme ve kilo almaya yönelik algılanan sosyal baskı şeklinde 7 faktörlü bir yapı sergilediği tespit edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı anorektik örneklemde .79, toplam örneklemde .94 olarak kaydedilmiş ve kesme puanı 30 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, ölçeğin ayırt edici geçerliğini saptamak amacıyla kontrol grubunun diyet yapma derecesini ve nörotiklik, dışadönüklük gibi kişilik özelliklerini ölçen başka ölçeklerden aldığı skorlar ile EAT-40 skorunun korelasyonu incelenmiş, skorlar arasında anlamlı korelasyon olmadığı saptanmıştır (Garner ve Garfinkel, 1979). Sonuç olarak ölçeğin, anoreksiya nervozada gözlenen semptomları ölçmede objektif ve geçerli bir ölçek olduğu saptanmış ve hem klinik hem de klinik olmayan örneklemlere uygulanabileceği belirtilmiştir. Bu bulguların yanı sıra, iyileşmiş hastaların EAT-40 skorlarınının normal aralıkta çıkması sonucunda ölçeğin remisyona da hassas olduğu tespit edilmiştir (Garner ve Garfinkel, 1979).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlamasını ilk olarak Savaşır ve Erol (1989) yapmış ve yazarlar 40 maddelik orijinal versiyona sadık kalarak yaptıkları çalışmada varyansın %29'unu açıklayan "Şişmanlık Kaygısı- Şişmanlık ile Aşırı Uğraş"; %11'ini açıklayan "Diyet/Rejim"; %10'unu açıklayan "Kilo Almaya İlişkin Çevre Tarafından Yapılan Sosyal Baskının Algılanması" ve %9'unu açıklayan "Zayıflık ile Aşırı İlgilenme" olmak üzere 4 faktörlü bir yapı elde etmişlerdir. Şişmanlık Kaygısı-Şişmalık ile Aşırı Uğraş faktörü kilo almaya yönelik endişeleri; Diyet/Rejim faktörü kilo aldıran besinlerden kaçınmayı ve daha zayıf olmakla ilgili aşırı zihinsel meşguliyeti; Kilo Almaya İlişkin Çevre Tarafından Yapılan Sosyal Baskının Algılanması faktörü yemekle ilgili kişinin kendi kontrolünden çok çevreden gelen baskının etkisini ve son olarak Zayıflık ile Aşırı İlgilenme faktörü ise, besinlerin alımındaki kontrolü yansıtan maddelerden meydana gelmektedir. Ancak, bu faktör yapısı 17 maddeden oluşmaktadır ve kalan maddeler hiçbir faktöre yüklenmemiştir. Ölçek, orijinalinde olduğu gibi her soru için altı yanıt seçeneği içermektedir ve ölçekteki tüm sorulara verilen yanıtların puanları toplanarak toplam skor elde edilir. Ölçeğin güvenirliği test tekrar test yöntemi ile sınanmış ve bunun sonucunda elde edilen toplam puan korelasyonunun .65; ayrıca iç tutarlılık katsayısının ise .70 olduğu saptanmıştır. Böylece ölçeğin Türkçe versiyonunun da anoreksiya nervoza ile ilgili belirtileri ölçmede geçerli ve güvenilir olduğu kanıtlanmıştır.

Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı bu araştırma için .83 olarak tespit edilmiştir. Alt boyutlarda ise iç tutarlık katsayıları, Şişmanlık Kaygısı- Şişmanlık ile Aşırı Uğraş faktörü için .78; Diyet/Rejim faktörü için .81; Kilo Almaya İlişkin Çevre Tarafından Yapılan Sosyal Baskının Algılanması faktörü için .49 ve son olarak Zayıflık ile Aşırı İlgilenme faktörü için .52 olarak elde edilmiştir. Ancak, bu çalışmadaki analizler Yeme Tutum Testi'nin toplam puanı temel alınarak yapılmıştır.

2.2.3. ORTO-11

Donini, Marsili, Graziani, Imbriale ve Cannella (2005) tarafından ORTO-15 adıyla geliştirilen ölçek, bireylerde ortoreksiya nervozayı teşhis etmek amacını taşıyan bir öz bildirim ölçeğidir. Donini ve arkadaşları (2005), ölçeği oluşturma safhasında Bratman'ın ortoreksiya nervozayı saptamak için hazırladığı testten yola çıkmış, bu testteki bazı soruları yeniden düzenleyerek ve teste yeni maddeler ekleyerek ORTO-15'i oluşturmuşlardır. Ölçekte 4'lü Likert tipinde puanlanan 15 madde bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 15; en yüksek puan ise 60 olup, toplam puanın

yükselmesi ortoreksiya derecesinin düşmesi anlamına gelmektedir. 16 yaşından büyük katılımcılar için uygun olan ölçeğin kesme puanı 40 olarak alındığında duyarlılığı (hastalığı teşhis edebilme oranı) %100; özgüllüğü (hasta olmayanları saptayabilme oranı) %73.6; pozitif öngörü değeri %17.6 ve negatif öngörü değeri %100 olarak saptanmıştır. Genel doğruluk ise .69 olarak kaydedilerek testin ortoreksiyayı teşhis etmeye uygun olduğu bulunmuştur.

Uyarlama çalışması ilk kez Arusoğlu (2006) tarafından yapılan ORTO-15'in tüm maddeleri testin aslına bağlı kalınarak Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu uyarlamada istenilen psikometrik özelliklere ulaşılmaması nedeniyle, daha sonra Arusoğlu, Kabakçı, Köksal ve Merdol (2008) tarafından, ölçeğin bugün kullanılan Türkçe hali oluşturulmuştur. Bu uyarlamada, "hiçbir zaman" (4) ve "her zaman" (1) olmak üzere 4'lü Likert tipi derecelendirilen 11 madde bulunmaktadır ve alınan düşük puanlar ortorektik eğilimin arttığını göstermektedir. Tek boyuttan oluşan bu Türkçe versiyon, .62 iç tutarlılık değerine sahipken; bu araştırmada iç tutarlılık değeri .74 olarak belirlenmiştir.

2.2.4. Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği

Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği bireylerin beden imgeleriyle ilgili tutumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir özbildirim ölçeğidir (Cash, 2000). İlk olarak 1983 yılında 294 maddeyi içeren ölçek Body-Self Relations Questionnaire (BSRQ) şeklinde isimlendirilmiş (Cash, 2000) ve yıllar içinde BSRQ, Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ) halini alana kadar Cash ve arkadaşları tarafından (ör. Brown, Cash ve Mikulka, 1990; Cash, Winstead ve Janda, 1985, 1986) kavramsal ve psikometik özellikleri temelinde maddeleri elenmiş, yerine yenileri koyulmuş ve alt boyutları düzenlenmiştir. Son halinde "kesinlikle katılmıyorum" (1) ve "tamamen katılıyorum" (5) olmak üzere 5'li Likert tipi derecelendirmeye sahip, 69 maddeden oluşan ölçek elde edilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarından Görünüş Değerlendirme, kişinin fiziksel görünüşünü çekici bulup bulmadığı ve görünüşünden memnun olup olmadığıyla ilgilidir. Yüksek puanlar görünüşle ilgili memnuniyeti belirtirken düşük puanlar fiziksel görünüşle ilgili genel bir mutsuzluğa işaret eder. Görünüş Yönelimi, kişinin görünümüne yaptığı yatırımın derecesidir. Yüksek puanlar kişinin nasıl göründüğüne daha çok önem verdiğini ve görünüşüne dikkat ettiğini gösterirken düşük puanlar bireylerin görünüşlerine karşı hissiz olduğunu, görünüşlerinin özellikle önemli olmadığını ya da 'iyi görünmek' için çaba harcamadıklarını gösterir.

Fiziksel Yeterliliği Değerlendirme, kişinin fiziksel olarak 'formda' hissedip hissetmemesiyle bağlantılıdır. Yüksek puanlar bireyin kendisini formda, şekilli, atletik olarak aktif ve yetkin hissettiğini gösterir. Bu bireyler genellikle yeterliliklerini sürdürmek ya da geliştirmek için aktif olarak egzersiz yaparlar. Düşük puanlar ise, fiziksel olarak formda olmadığını, biçimsiz ya da atletik olarak yeteneksiz olduğunu hissetmekle bağlantılıdır. Bu kişiler fiziksel yeterliliğe önem vermeyen ve genellikle egzersizi hayatlarının bir parçası haline getirmeyen bireylerdir. Fiziksel Yeterlilik Yönelimi, kişinin fiziksel olarak 'formda' ya da atletik olarak yetkin olmak için yaptığı yatırımın derecesini ifade eder. Yüksek puan alan bireyler, fiziksel olarak formda olmaya değer verip aktif olarak egzersiz yaparken düşük puan alanlarda bu durum söz konusu değildir. Sağlık Değerlendirmesi, kişinin fiziksel olarak sağlıklı olduğunu ya da fiziksel olarak hastalığının olmadığını hissetmesini ifade eder. Bu boyuttan yüksek puan alan bireyler bedenlerinin sağlıklı olduğunu hissederken; düşük puan alanlar ise sağlıksız olduklarını hisseder ve bedensel semptomlara daha duyarlı, hastalıklara karşı kırılganlardır. Sağlık Yönelimi, kişinin fiziksel olarak sağlıklı bir yaşam tarzı için yaptığı yatırımın derecesidir. Bu boyuttan yüksek skor alan bireyler sağlık farkındalığına sahiptir ve sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemeye çalışırlar. Düşük puan alanlar ise, sağlıkları hakkında daha ilgisiz bireylerdir. Hastalık Yönelimi ise, mevcut olan ya da gelecekteki bir hastalık için gösterilen tepkinin derecesini gösterir. Yüksek puan alan bireyler hastalıkla ilgili kişisel semptomlara karşı daha uyanıktır ve medikal destek arayışındadır. Düşük puan alanlar ise, hastalık semptomlarına karşı tepki göstermez (Cash, 2000). Kalan üç özel alt ölçekten Beden Alanlarından Doyum Ölçeği, bireyin görünüşünün farklı yönleriyle ilgili memnuniyetine işaret ederken Kilolu Olma Kaygısı Ölçeği kilo kaygısını, kiloyla ilgili ihtiyatı, diyeti ve yeme kısıtlamasını değerlendirir. Öz-Sınıflandırma Ağırlık Ölçeği ise, kişinin kendisini aşırı zayıftan aşırı kiloluya kadar nasıl algıladığını ve etiketlediğini yansıtmaktadır. Ölçek 15 yaşından büyük bireylere uygulanabilmektedir. Alt ölçek puanları, ters maddeler çevrildikten sonra ilgili maddelerin toplamlarının ortalamalarının alınmasıyla oluşur. Alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları ve test tekrar test güvenirliği, kadınlar ve erkekler için ayrı ayrı hesaplanmış ve iç tutarlılığın .70- .90; test tekrar test güvenirliğinin ise .71- .94 değerleri arasında değiştiği bulunmuştur (Cash, 2000).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması Doğan ve Doğan (1992) tarafından yapılmıştır. Türkçe uyarlama 57 madde ve "Görünüş Değerlendirme", "Görünüş Yönelimi", "Fiziksel Yeterliliği Değerlendirme", "Fiziksel Yeterlilik Yönelimi", "Sağlık Değerlendirmesi", "Sağlık Yönelimi" ve "Beden Alanlarında Doyum" olmak üzere 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte üç tip puanlama vardır. Bir katılımcının ölçek maddelerinden aldığı puanların toplanmasıyla en az 57 en fazla 285 olacak şekilde ölçek toplam puanı (ÖTP) elde edilir. Bir başka puanlama ise, alt grup ortalama puanı (AGOP) olarak geçmektedir. Bu puanlama türü bir katılımcının bir alt ölçeğin maddelerine verdiği yanıtlardan elde edilen toplam puanın, ilgili alt ölçeğin madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Bu değer aynı zamanda, ez az 1 ve en fazla 5 değerleri arasında değişen, ilgili alt ölçek için madde ortalama puanını temsil eder. Madde ortalama puanı (MOP) ise, bir katılımcının ölçek toplam puanının 57'ye, başka bir deyişle ölçekteki madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Buna göre MOP da en az 1; en fazla 5 puan olabilir. Türkçe ölçeğin, kapsam geçerliliği Body Cathexis Scale (BCS) ve Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeceği karşılaştırılarak yapılmıştır ve iki ölçek arasında .58 değerinde, anlamlı düzeyde korelasyon bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin, beden imgesindeki değişikliklere duyarlı olduğu, hasta ve sağlıklı bireylerin beden imgesi açısından aralarındaki farkı ayırt edebildiği saptanarak geçerli olduğu kanıtlanmıştır. Güvenirlik için, yapılan test tekrar testte ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı .94 iken, bu değer kadınlar için .96, erkekler için ise .92 olarak saptanmıştır. Alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları ise .72 ve .81 değerleri arasında değişmektedir.

Bu araştırmada ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı .95 olarak belirlenirken alt boyutlarda bu değerler Görünüş Değerlendirme için .83; Görünüş Yönelimi için .84; Fiziksel Yeterliliği Değerlendirme için .76; Fiziksel Yeterlilik Yönelimi için .80; Sağlık Değerlendirme için .70; Sağlık Yönelimi için .76 ve son olarak Beden Alanlarından Doyum için .91 olarak elde edilmiştir.

2.2.5. Obsesif İnanışlar Ölçeği (OİÖ-44)

Obsesif İnanışlar Ölçeği (Obsessive Beliefs Questionnaire [OBQ]), Obsessive Compulsive Cognitions Working Group [OCCWG] (1997;2001;2003;2005) tarafından obsesif kompulsif bozukluğun gelişiminde önemli rol oynadığı düşünülen inançları değerlendirme amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte üç alt boyut içeren 44 madde, 7'li Likert tipinde değerlendirilmektedir. Sorumluluk/Tehdit Beklentisi alt boyutu 16 maddeden

oluşmakta; kişinin kendisi ya da başkaları için zararı önleme, harekete geçmemenin sonuçları ve kötü şeylerin olmasındaki sorumluluğu değerlendirmektedir. Mükemmeliyetçilik/Kesinlik alt boyutu da 16 madde ile bir işi tamamlamada yüksek ve kesin standartları, katılığı, hata yapma konusundaki endişeleri ve belirsizlik hakkındaki duyguları değerlendirmektedir. Son olarak Düşüncelerin Önemi/Kontrolü alt boyutu 12 madde ile istemsiz veya sıkıntı veren düşünce ya da imgelere sahip olmanın sonuçları, düşünce-eylem kaynaşması ve istemsiz düşüncelerden kurtulma ihtiyacı ile ilgilidir (OCCWG, 2005). Alt ölçek puanları, ilgili boyuttaki maddelere verilen derecelerin toplanmasıyla elde edilmektedir (OCCWG, 2001). Ölçek için Sorumluluk/Tehdit Beklentisi ve Mükemmeliyetçilik/Kesinlik alt ölçeklerinde .93; Düşüncelerin Önemi/Kontrolü alt ölçeğinde .89 ve toplamda .95 olmak üzere oldukça yüksek iç tutarlık katsayıları saptanmıştır. OBQ alt ölçekleri açısından gruplar arası belirgin farklar elde edilmiştir. Mükemmeliyetçilik/Kesinlik alt ölçeği haricinde diğer iki alt ölçek için OKB grubu diğer kaygı bozuklukları grubundan daha yüksek skorlar elde etmiştir. Bu sonuçlar ölçüt bağıntılı geçerliliğin desteklendiğini göstermektedir. Ayrıca, OBQ'nun PI-R alt boyutlarıyla gösterdiği korelasyon yakınsak geçerliliği kanıtlamıştır. Depresyon ve kaygı kontrol edildiğinde Düşüncelerin Önemi/Kontrolü hariç tüm alt ölçeklerin Padua Envanterinde görülen obsesif kompulsif semptomların en azından bazılarını yordadığı bulunmuştur (OCCWG, 2005).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Boysan, Beşiroğlu, Çetinkaya, Atlı ve Aydın (2010) tarafından gerçekleştirilmiştir. Obsesif İnanışlar Ölçeği'nin adaptasyon çalışmasında, orijinal ölçekle tutarlı olarak üç alt boyuttan oluşan 44 soruluk bir ölçek yapısı elde edilmiştir. "Sorumluluk/Tehdit Beklentisi" 16; "Mükemmeliyetçilik/Kesinlik" 16 ve "Önem Verme/Düşünceleri Kontrol Etme" ise 12 madddeden oluşmaktadır. Ölçek bir ucunda "kesinlikle katılmıyorum" (1) ve diğer ucunda "tamamen katılıyorum" (7) olmak üzere 7'li likert formatında yanıtlanmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları; Sorumluluk/Tehdit Beklentisi ve Mükemmeliyetçilik/Kesinlik alt boyutları için .88; Önem Verme/ Düşünceleri Kontrol Etme alt boyutu için .86 ve tüm ölçek için .95 olarak bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin toplam puanı ile tüm alt boyutları için hem OKB'li (.86-.95) hem de kontrol grubunda (.84- .94) iç tutarlılığının yüksek olduğu saptanmıştır. Tüm ölçek için test tekrar test korelasyonu .79 iken alt boyutlar için bu değerler .69-.81 arasında değişmektedir. Ölçeğin obsesif inanışları ölçmede güvenilir ve geçerli olduğu

anlaşılmakla birlikte, diğer değişkenlerle yapılan etki büyüklüğü değerlendirmesi sonucunda depresyon, kaygı ve düşünce baskılamasının da OKB grubunu kontrol grubundan ayırt etmede yüksek etki gücüne sahip olduğu bulunmuştur. Böylece OKB'de önemli olan bilişsel niteliklerin ölçülmesinde kullanılması uygun olan OİÖ-44'ün diğer kaygı bozukluklardaki bilişsel etmenlerin etkisini incelemek için de kullanılabileceği tartışılmıştır (Boysan, Beşiroğlu, Çetinkaya, Atlı ve Aydın 2010).

Bu araştırma için ölçeğin toplam iç tutarlık katsayısı .94 olarak kaydedilmiştir. Ayrıca, alt boyutlarda iç tutarlık katsayıları Sorumluluk/Tehlike Beklentisi için .87; Mükemmeliyetçilik/Kesinlik için .89 ve Önem Verme/Düşünceleri Kontrol Etme için ise, .88 olarak belirlenmiştir.

2.2.6. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon)

Salkovskis, Rimes, Warwick ve Clark (2002) tarafından geliştirilen Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Health Anxiety Inventory) sağlık anksiyetesinin, sağlıkla ilgili hafif bir endişeden hipokondriyazise kadar tüm şiddet aralığına duyarlı olan; sağlık anksiyetesinden muzdarip bireyler ile gerçekten fiziksel bir hastalığı olan -ancak sağlıklarıyla ilgili aşırı endişe duymayan- bireyleri ayıran; bunların yanı sıra klinik hipokondriyazisin tüm semptom karekteristiğini de kapsayan bir ölçüm aracının gerekliliğinden yola çıkılarak oluşturulmuş bir öz bildirim ölçeğidir. Kısa formda 4'lü Likert tipinde değerlendirilen 18 madde bulunmakta ve bu maddeler Gövde ve Hastalığın Negatif Sonuçları olmak üzere 2 alt boyutu temsil etmektedir. Alt boyutlardan ve ölçeğin toplamından alınan puanların artması sağlık anksiyetesinin yükseldiği anlamına gelmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık değeri Gövde boyut için .89 ve Hastalığın Negatif Sonuçları boyutu için .72 olarak hesaplanmıştır. Hem klinik hem de klinik olmayan sağlık anksiyetesine uygulanabilir bu ölçeğin, hipokondriyak bireyler ile kaygı bozukluğu ve fiziksel rahatsızlığı olan bireyleri ayırt edebildiği belirtilmiştir (Salkovskis, Rimes, Warwick ve Clark, 2002).

Kısa versiyonunun Türkçe adaptasyonu, Aydemir, Kırkpınar, Satı, Uykur ve Cengisiz (2012) tarafından gerçekleştirilen ölçek orijinaliyle tutarlı olarak iki boyutlu 18 maddelik bir yapı sergilemektedir. İlk faktör, ilk 14 maddeyi içermekte ve bedensel duyumlara karşı aşırı duyarlılık ile kaygıyı temsil etmekte olup "Gövde Boyut" ismini almaktadır. İkincisi ise, son 4 maddeyle "Hastalığın Olumsuz Sonuçlarıyla İlişkili

Boyuttur". İç tutarlılık katsayısı .91 olarak bulunan ölçeğin test tekrar test güvenirliği .57 olarak saptanmıştır. Ölçeğin bedensel belirtilere yönelik kaygıyı değerlendirmede geçerli olduğu da ortaya konmuştur (Aydemir, Kırkpınar, Satı, Uykur ve Cengisiz, 2012).

Ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı bu araştırma için, .81 olarak belirlenmiştir. Alt boyutlarından Gövde Boyut için bu değer .79 iken Hastalığın Olumsuz Sonuçlarıyla İlişkili Boyut için .71'dir. Bu çalışmadaki analizler ölçeğin toplam puanı ile gerçekleştirilmiştir.

Ölçeklerin betimsel özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Ölçeklerin Betimsel Özellikleri

Ölçekler	***N***	***Ort.***	***SS***	**En Düşük ve Yüksek Değer**	**Cronbach Alpha**
YTT-Toplam	381	16.56	12.09	2-105	.83
Şişmanlık Kaygısı	381	1.56	2.61	0-12	.78
Diyet/Rejim	381	2.37	3.87	0-21	.81
Sosyal Baskının Algılanması	381	1.28	1.87	0-9	.49
Zayıflık ile Aşırı Uğraş	381	0.83	1.59	0-9	.52
ORTO-11	381	28.06	5.15	12-43	.74
ÇYBSİÖ-Toplam	381	194.81	33.52	89-277	.95
Görünüş Değerlendirme	381	21.54	5.21	6-30	.83
Görünüş Yönelimi	381	36.14	7.45	11-50	.84
Fiziksel Yeterlilik Değerlendirme	381	21.35	4.8	6-30	.76
Fiziksel Yeterlilik Yönelimi	381	27.93	6.92	10-45	.80
Sağlık Değerlendirme	381	20.78	4.53	6-30	.70
Sağlık Yönelimi	381	35.57	7.21	15-55	.76
Beden Alanlarından Doyum	381	31.47	8.6	9-45	.91
OİÖ-44 Toplam	381	167.30	43.98	50-286.8	.94
Sorumluluk/Tehlike Beklentisi	381	61.61	16.92	16-108.8	.87
Mükemmeliyetçilik/Kesinlik	381	67.20	17.43	20-109	.89
Önem Verme/Düşünce Kontrol	381	38.48	14.81	12-77	.88

SAÖ-Toplam	381	16.88	8.23	0-66	.81
Gövde	381	13.11	6.73	0-61	.79
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	381	3.76	2.67	0-12	.71

Not: YTT = Yeme Tutum Testi, ÇYBSİÖ = Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği, OİÖ = Obsesif İnanışlar Ölçeği, SAÖ = Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

2.3. İşlem

Çalışma için öncelikli olarak Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'nun onayı alınmıştır. Araştırmada ilgili değişkenleri ölçmeye yarayan öz bildirim ölçekleri, gönüllü katılımcılara aynı sırayla uygulanmıştır. Katılımcılara, ilgili ölçekleri yanıtlamadan önce araştırmanın konusunu ve katılımcı olarak haklarını içeren Gönüllü Katılım Formu (EK A) sunulmuştur. Veri toplama sürecinde ölçekler katılımcılara, hem elden kâğıt-kalem yoluyla hem de internet üzerinden ulaştırılmıştır. Tüm ölçekleri yanıtlama ortalama 25 dakika sürmektedir.

2.4. Verilerin Analizi

Katılımcılardan sağlanan veriler SPSS IBM 25 programı ile analiz edilmiştir. İlk olarak ilgili ölçeklere ve alt boyutlarına ait ortalama, standart sapma, en düşük ve yüksek değerler ile Cronbach's Alpha değerleri elde edilmiştir. Bu işlemden sonra, yeme tutumu, ortoreksiya nervoza, beden imgesi, obsesif inançlar ve sağlık kaygısı arasındaki ilişkileri saptayabilmek adına Pearson's Korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon analizinden sonra değişkenlerin cinsiyet ve yaşa göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığı bağımsız örneklemler t testi kullanılarak araştırılmıştır. Son olarak, yeme tutumunu ve ortoreksiyayı yordayan faktörler hiyerarşik regresyon analizinden faydalanılarak incelenmiştir.

BÖLÜM 3. BULGULAR

3.1. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizinin Sonuçları

Araştırmada Pearson's korelasyon katsayısı kullanılarak Yeme Tutum Testi; ORTO-11; Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği ve alt boyutları olan Görünüş Değerlendirme, Görünüş Yönelimi, Fiziksel Yeterliliği Değerlendirme, Fiziksel Yeterlilik Yönelimi, Sağlık Değerlendirme, Sağlık Yönelimi, Beden Alanlarından Doyum; Obsesif İnanışlar Ölçeği (OİÖ-44) ve alt boyutları olan Sorumluluk/Tehlike Beklentisi, Mükemmeliyetçilik/Kesinlik, Önem Verme/ Düşünceleri Kontrol Etme ile son olarak Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon) arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Yapılan analizde, .15 ve üzerinde olan korelasyon katsayıları yorumlanmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 3'te özetlenmiştir.

Yeme Tutum Testi'nin toplam puanı ile diğer değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde, ölçeğin ORTO-11 (r = -.39, p < .001) ile negatif yönlü ilişkisi olduğu görülmektedir. Ayrıca ölçeğin, Obsesif İnanışlar Ölçeği (r = .15, p < .01) toplam puanı; OİÖ- Önem Verme/ Düşünceleri Kontrol Etme (r = .16, p < .01) alt boyutu; Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (r = .15, p < .01) toplam puanı ile de pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir.

ORTO-11, Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği (r = .-17, p < .001) toplam; Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği -Görünüş Yönelimi (r = .-16, p < .001); Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği -Fiziksel Yeterlilik Yönelimi (r = -.21, p < .001), Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği -Sağlık Yönelimi (r = -.32, p < .001), Obsesif İnanışlar Ölçeği (r = .-19, p < .001) toplam puanı; OİÖ-Sorumluluk/Tehlike Beklentisi (r = -.20, p < 001); OİÖ-Mükemmeliyetçilik/Kesinlik (r = -.17, p < .001) ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (r = -.18, p < .001) toplam puanı ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur.

Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği'nin toplam puanı, öncesinde belirtildiği üzere ORTO-11 ile negatif yönde ilişkiliyken diğer değişkenlerle istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki sergilememektedir. Ancak ölçeğin alt boyutlarından olan Görünüş Değerlendirme, Sağlık Anksiyetesi (r = -.16, p < .001) toplam puanı ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Görünüş Yönelimi, OİÖ-Mükemmeliyetçilik/Kesinlik (r = .19, p < .001); Fiziksel Yeterlilik Yönelimi ise, OİÖ- Önem Verme/Düşünceleri Kontrol Etme (r

= .19, $p < .001$) alt boyutu ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, Sağlık Değerlendirme OİÖ- Önem Verme/Düşünceleri Kontrol Etme (r = -.17, $p < .001$) ve Sağlık Anksiyetesi toplam puanı (r = -.25, $p < .001$) ile negatif yönde ilişki göstermiştir.

Obsesif İnanışlar Ölçeği toplam puanının da Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı (r = .36, $p < .001$) ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarında da, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı ile Sorumluluk/Tehlike Beklentisi (r = .33, $p < .001$); Mükemmeliyetçilik/Kesinlik (r = .30, $p < .001$) ve Önem Verme/ Düşünceleri Kontrol Etme (r = .33, $p < .001$) pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Tablo 3.a. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	1	.67***	.75***	.53***	.77***	-.39***	.02	-.06	.03	-.02	.11*
2		1	.39***	.26***	.53***	-.32***	-.09	-.16***	.10*	-.11*	.01
3			1	.22***	.59***	-.48***	.21***	.08	.14**	.12*	.27***
4				1	.31***	-.09	-.06	-.02	-.08	-.01	-.01
5					1	-.35***	.02	-.05	.00	.00	.15**
6						1	-.17***	-.00	-.16***	-.09	-.21***
7							1	.85***	.68***	.86***	.69***
8								1	.52***	.77***	.44***
9									1	.50***	.32***
10										1	.57***
11											1
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											

Not: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001; 1 = YTT Toplam, 2 = YTT-Şişmanlık Kaygısı, 3 = YTT-Diyet, 4 = YTT-Sosyal Baskı, 5 = YTT- Zayıflıkla Meşguliyet, 6 =ORTO-11 Toplam, 7 = ÇYBSİÖ Toplam, 8 = ÇYBSİÖ- GD, 9 = ÇYBSİÖ- GY, 10 = ÇYBSİÖ- FYD, 11 = ÇYBSİÖ-FYY, 12 = ÇYBSİÖ-SD, 13 = ÇYBSİÖ-SY, 14 = ÇYBSİÖ-BAD, 15 = OİÖ Toplam, 16 = OİÖ-Sorumluluk/Tehlike, 17 = OİÖ- Mükemmeliyetçilik/Kesinlik, 18 = OİÖ- Onem Verme/Kontrol, 19 = SAÖ Toplam 20 = SAÖ-Gövde, 21 = SAÖ- Hastalığın Negatif Sonuçları

Tablo 3.b. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları (devamı)

	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1	-.03	.12*	-.09	.15**	.12*	.12*	.16**	.16**	.15**	.10*
2	-.14**	-.00	-.22***	.16**	.15**	.18**	.09	.22***	.18***	.21***
3	.12*	.33***	.03	.06	.04	.03	.08	.06	.07	.01
4	-.06	-.05	-.04	.12*	.11*	.07	.13**	.12*	.13*	.05
5	-.01	.10	-.08	.10*	.09	.09	.09	.17***	.14**	.16**
6	-.03	-.32***	-.00	-.19***	-.20***	-.17***	-.13**	-.18***	-.21***	-.05
7	.68***	.69***	.82***	.08	.04	.11*	.04	-.11*	-.08	-.12*
8	.60***	.46***	.78***	-.02	-.04	.04	-.07	-.16***	-.14**	-.15**
9	.34***	.40***	.41***	.13*	.09	.19***	.06	.05	.05	.03
10	.64***	.46***	.70***	.05	.03	.09	.01	-.14**	-.12*	-.12*
11	.32***	.51***	.43***	.15**	.13*	.09	.19***	-.06	-.05	-.06
12	1	.32***	.56***	-.13*	-.14*	-.04	-.17***	-.25***	-.25***	-.13**
13		1	.40***	.13*	.09	.14**	.11*	.02	.07	-.10*
14			1	.01	-.00	.03	-.00	-.13*	-.11*	-.12*
15				1	.94***	.89***	.84***	.36***	.33***	.26***
16					1	.79***	.73***	.33***	.31***	.22***
17						1	.57***	.30***	.26***	.25***
18							1	.33***	.32***	.21***
19								1	.96***	.67***
20									1	.43***
21										1

Not: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001; 1 = YTT Toplam, 2 = YTT-Şişmanlık Kaygısı, 3 = YTT-Diyet, 4 = YTT-Sosyal Baskı, 5 = YTT- Zayıflıkla Meşguliyet, 6 =ORTO-11 Toplam, 7 = ÇYBSİÖ Toplam, 8 = ÇYBSİÖ- GD, 9 = ÇYBSİÖ- GY, 10 = ÇYBSİÖ- FYD, 11 = ÇYBSİÖ-FYY, 12 = ÇYBSİÖ-SD, 13 = ÇYBSİÖ-SY, 14 = ÇYBSİÖ-BAD, 15 = OİÖ Toplam, 16 = OİÖ-Sorumluluk/Tehlike, 17 = OİÖ- Mükemmeliyetçilik/Kesinlik, 18 = OİÖ- Onem Verme/Kontrol, 19 = SAÖ Toplam 20 = SAÖ-Gövde, 21 = SAÖ- Hastalığın Negatif Sonuçları

3.2. Araştırma Değişkenlerinin Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Katılımcılarda, araştırma değişkenlerinin (yeme tutumu, ortoreksiya nervoza, beden imgesi, obsesif inanışlar ve sağlık anksiyetesi), cinsiyet ve yaşa göre nasıl farklılaştığı bağımsız örneklemler t-testi kullanılarak incelenmiştir. Çalışmada 18-45 yaş aralığındaki katılımcılar, Arnett'in (2000) gelişim kuramı temel alınarak iki gruba ayrılmıştır. Buna göre, 18-24 yaş arası katılımcılar "beliren yetişkinlik grubu"; 25-45 yaş arasındakiler ise "ilk yetişkinlik grubu" olarak adlandırılmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerine göre gruplandırılması Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Gruplanması

Değişkenler	***N***	***%***
Cinsiyet		
Kadın	203	53.3
Erkek	178	46.7
Yaş Grupları		
Beliren Yetişkinlik	183	48
İlk Yetişkinlik	198	52

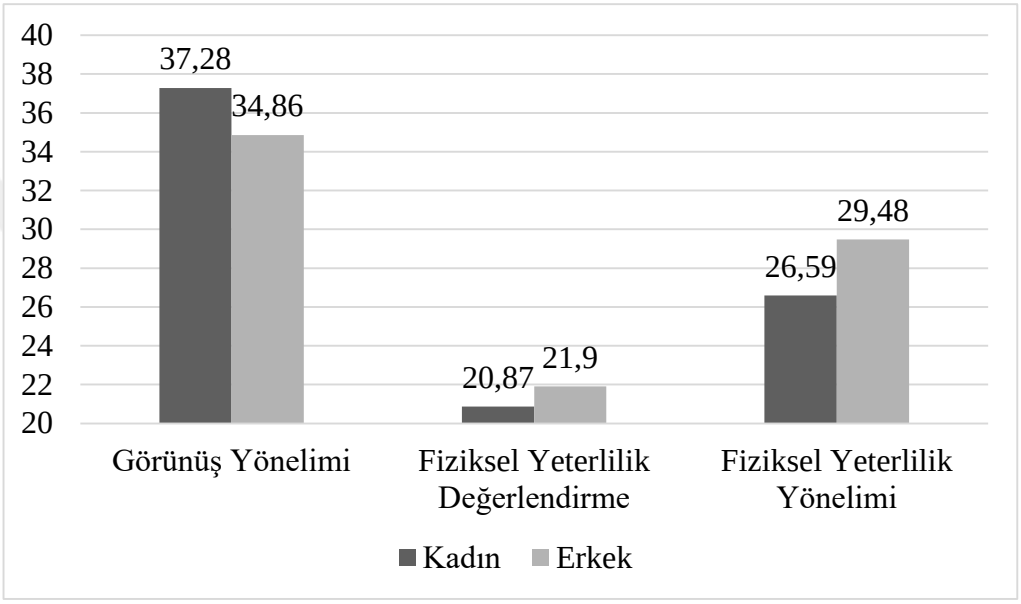
3.2.1. Değişkenlerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Katılımcılarda yeme tutumu, ortoreksiya nervoza, beden imgesi, obsesif inanışlar ve sağlık anksiyetesinin cinsiyete göre nasıl farklılaştığını anlamak amacıyla bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Tablo 5'te yapılan analizin sonuçlarına yer verilmektedir.

Bulgular incelendiğinde, toplam yeme tutumu puanının [$t(379) = -0.37$, $p > .05$]; ortorektik eğilimlerin [$t(379) = -1.74$, $p > .05$], ve sağlık anksiyetesinin cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı tespit edilmiştir [$t(379) = -0.30$, $p > .05$].

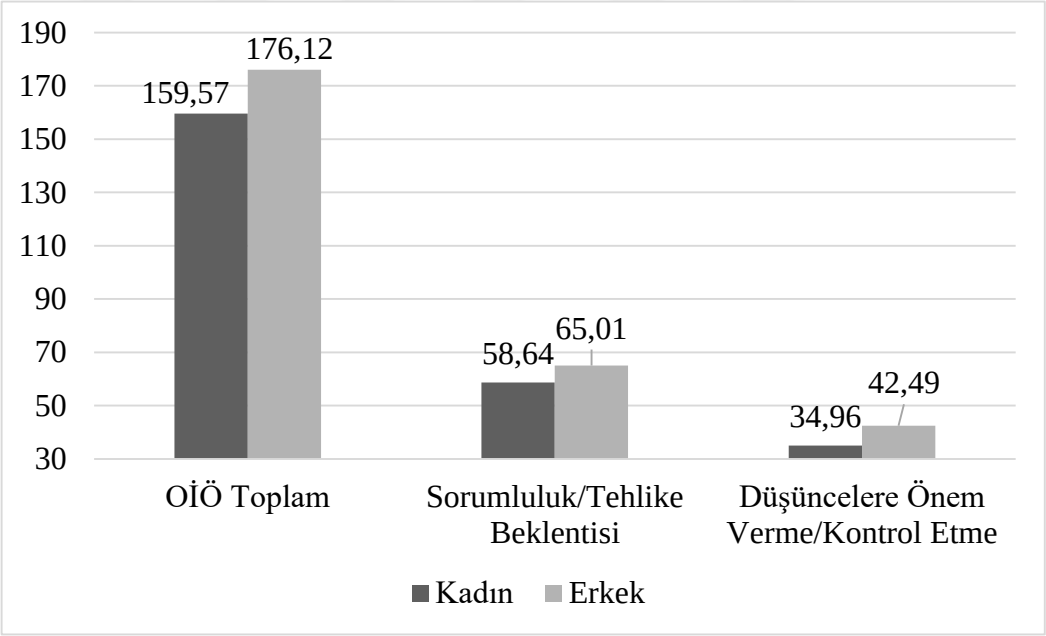
Beden imgesine yönelik farklılıklara bakıldığında, beden imgesi toplam puanının [$t(379) = -0.65$, $p > .05$] ve alt boyutlarından Görünüş Değerlendirme [$t(379) = 0.60$, $p > .05$]; Sağlık Değerlendirme [$t(379) = -0.65$, $p > .05$]; Sağlık Yönelimi [$t(379) = 0.69$, $p > .05$] ile Beden Alanlarından Doyumunun [$t(379) = -1.43$, $p > .05$] da cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir. Ancak, Görünüş Yönelimi [$t(379) = 3.19$, $p < .01$]; Fiziksel Yeterliliği Değerlendirme [$t(379) = -2.10$, $p < .05$] ve Fiziksel Yeterlilik Yönelimi [$t(379) = -4.15$, $p < .001$] cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Elde edilen bulgulara göre, kadınlarda (*Ort.* = 37.28, *SS* = 6.85) Görünüş Yönelimiyle ilgili özellikler erkeklerden (*Ort.* = 34.86, *SS* = 7.93) daha fazla bulunmaktadır. Bununla birlikte, Fiziksel Yeterliliği Değerlendirme skorları erkeklerde (*Ort.* =21.90, *SS* =5.13) kadınlara (*Ort.* = 20.87, *SS* = 4.47); benzer şekilde Fiziksel Yeterlilik Yönelimi skorları da yine erkeklerde (*Ort.* = 29.48, *SS* = 7.25) kadınlara (*Ort.* = 26.59, *SS* = 6.35) kıyasla daha yüksek bulunmuştur.



Şekil 1. Cinsiyete Göre Görünüş Yönelimi, Fiziksel Yeterlilik Değerlendirme ve Fiziksel Yeterlilik Yönelimi Ortalamaları

Obsesif inançlardaki farklılıklar incelendiğinde, OİÖ-44 toplam puanının cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaştığı [$t(379) = -3.73$, $p < .001$], erkeklerin (*Ort.* = 176.12, *SS* = 43.29) kadınlara (*Ort.* = 159.57, *SS* = 43.23) oranla daha fazla obsesif inanca sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca ölçeğin, Sorumluluk/Tehlike Beklentisi alt boyutu [$t(379) = -3.73$, $p < .001$] ile Önem Verme/ Düşünceleri Kontrol Etme alt boyutu da [$t(379) = -5.11$, $p < .001$] cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Buna göre, erkeklerin (*Ort.* = 65.01, *SS* = 16.61) kadınlara (*Ort.* = 58.64, *SS* = 16.68) kıyasla Sorumluluk/Tehlike Beklentisi ve yine erkeklerin (*Ort.* = 42.49, *SS* = 14.66) kadınlara kıyasla (*Ort.* = 34.96, *SS* = 14.06) Önem Verme/Düşünceleri Kontrol Etme düzeyleri daha yüksektir. Ancak, Mükemmeliyetçilik/Kesinlik alt boyutunda cinsiyete göre anlamlı bir fark elde edilmemiştir [$t(379) = -1.48$, $p > .05$].



Şekil 2. Cinsiyete Göre Obsesif İnanışlar Toplam, Sorumluluk/Tehlike Beklentisi ve Düşüncelere Önem Verme/Kontrol Etme Ortalamaları

Tablo 5. Değişkenlerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Kadın		Erkek		
Değişkenler	***Ort.***	***SS***	***Ort.***	***SS***	***t***
YTT-Toplam	16.35	11.59	16.81	12.66	-0.37
ORTO-11	27.64	5.13	28.56	5.16	-1.74
ÇYBSİÖ-Toplam	193.77	31.66	196.01	35.59	-0.65
Görünüş Değerlendirme	21.69	5.21	21.37	5.24	0.60
Görünüş Yönelimi	37.28	6.85	34.86	7.93	3.19**
Fiziksel Yeterliliği Değerlendirme	20.87	4.47	21.90	5.13	-2.10*
Fiziksel Yeterlilik Yönelimi	26.59	6.35	29.48	7.25	-4.15***
Sağlık Değerlendirme	20.64	4.50	20.94	4.58	-0.65
Sağlık Yönelimi	35.81	7.03	35.30	7.42	0.69
Beden Alanlarından Doyum	30.89	8.45	32.15	8.75	-1.43
OİÖ-Toplam	159.57	43.23	176.12	43.29	-3.73***
Sorumluluk/Tehlike Beklentisi	58.64	16.67	65.01	16.61	-3.73***
Mükemmeliyetçilik/Kesinlik	65.97	17.72	68.62	17.04	-1.48
Önem Verme/Düşünce Kontrol Etme	34.96	14.06	42.49	14.66	-5.11***
SAÖ-Toplam	16.77	8.06	17.02	8.45	-0.30

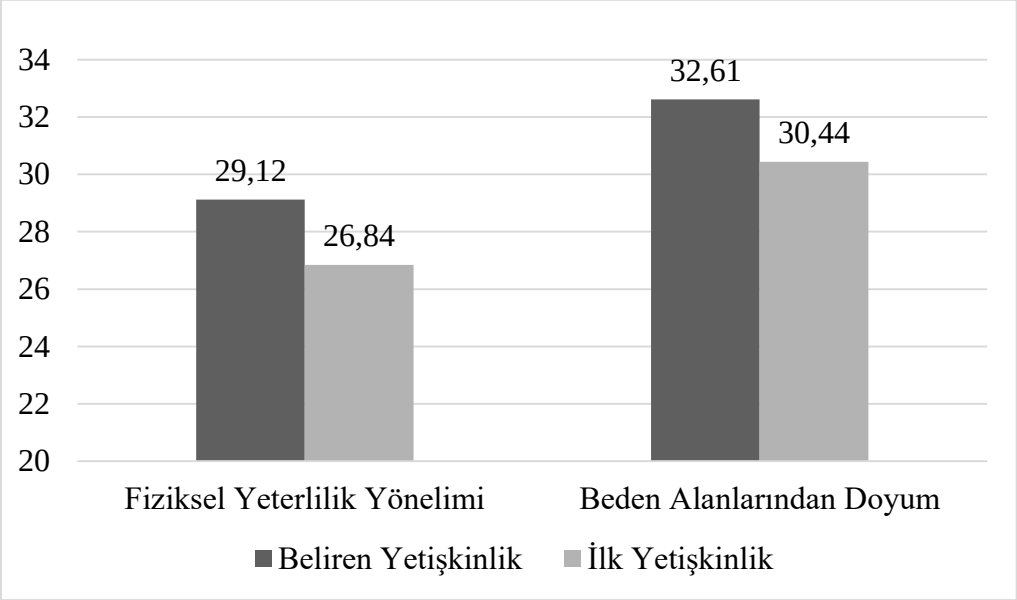
Not: YTT = Yeme Tutum Testi, ÇYBSİÖ = Çok Boyutlu Beden-Self İlişkileri, OİÖ = Obsesif İnanışlar Ölçeği, SAÖ = Sağlık Anksiyetesi Ölçeği; * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3.2.2. Değişkenlerin Yaşa Göre Karşılaştırılması

Araştırma değişkenlerinin beliren yetişkinlik ve ilk yetişkinlik yaş gruplarına göre nasıl farklılaştığını saptamak amacıyla da bağımsız örneklem t testi yapılmıştır, sonuçlara dair detaylı bilgi Tablo 6'da sunulmuştur.

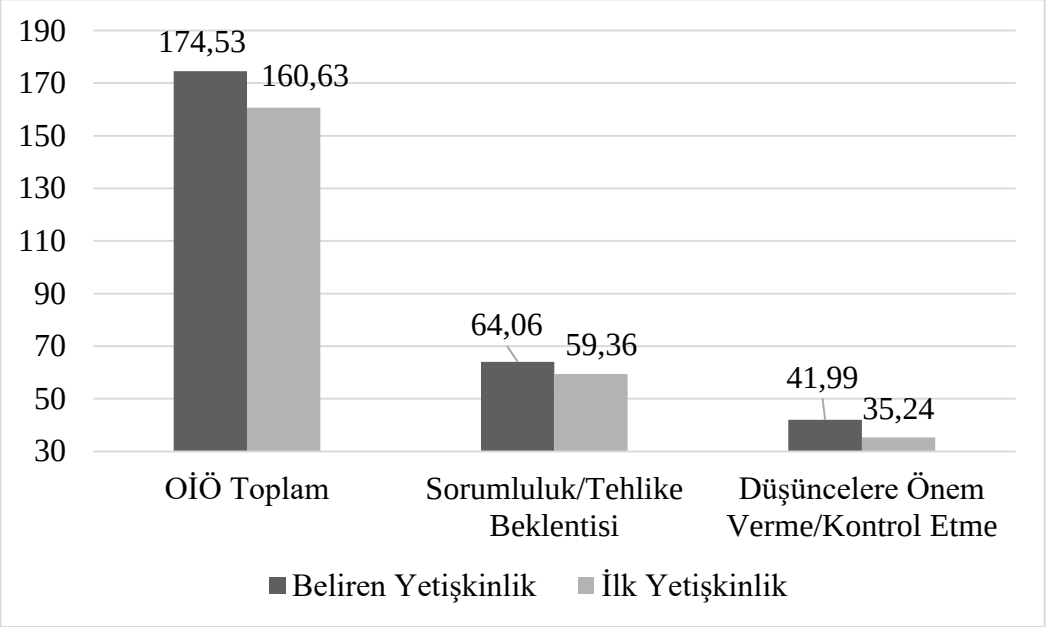
Sonuçlarda, toplam yeme tutumu puanının [$t(379) = 1.68$, $p > .05$] ve ortorektik eğilimlerin [$t(379) = 1.51$, $p > .05$] yaşa göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı gözlenmiştir.

Beden imgesine yönelik sonuçlara göre de, toplam puan [$t(379) = 1.39$, $p > .05$]; Görünüş Değerlendirme [$t(379) = 0.99$, $p > .05$]; Görünüş Yönelimi [$t(379) = -1.09$, $p > .05$]; Fiziksel Yeterliliği Değerlendirme [$t(381) = 1.84$, $p > .05$]; Sağlık Değerlendirme [$t(379) = -0.47$, $p > .05$] ve Sağlık Yönelimi [$t(379) = -0.08$, $p > .05$] yaş açısından anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. Ancak, Fiziksel Yeterlilik Yönelimi [$t(379) = 3.26$, $p < .001$] ve Beden Alanlarından Doyum [$t(379) = 2.47$, $p < .05$] alt boyutları yaşa göre farklılık göstermektedir. Buna göre, beliren yetişkinlik grubundaki katılımcıların (*Ort.* = 29.12, *SS* = 7.42) Fiziksel Yeterlilik Yönelimleri ilk yetişkinliktekilere (*Ort.* = 26.84, *SS* = 6.27) göre daha yüksektir. Benzer şekilde, beliren yetişkinlik grubundakiler (*Ort.* = 32.61, *SS* = 8.24), ilk yetişkinliktekilere (*Ort.* = 30.44, *SS* = 8.81) kıyasla daha fazla Beden Alanlarından Doyum belirtmişlerdir.



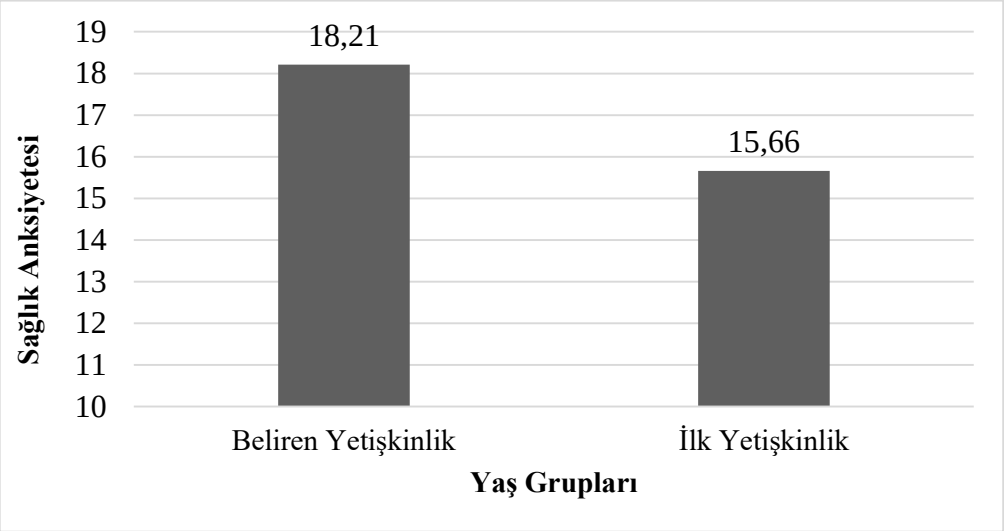
Şekil 3. Yaşa Göre Fiziksel Yeterlilik Yönelimi ve Beden Alanlarından Doyum Ortalamaları

Obsesif inançlara bakıldığında, toplam inanç düzeyinin yaşa göre anlamlı şekilde farklılaştığı [$t(379) = 3.12$, $p < .01$]; beliren yetişkinlik grubundakilerin (*Ort.* = 174.53, *SS* = 42.22) obsesif inanç düzeyinin ilk yetişkinlik grubundakilerden (*Ort.* = 160.63, *SS* = 44.28) daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Alt boyutlardan, Sorumluluk/Tehlike Beklentisi [$t(379) = 2.73$, $p < .01$] ve Önem Verme/Düşünceleri Kontrol Etme [$t(379) = 4.56$, $p < .001$] de yaşa göre farklılaşmaktadır. Buna göre, beliren yetişkinlik grubundaki katılımcıların (*Ort.* = 64.06, *SS* = 16.26) Sorumluluk/Tehlike Beklentisi, ilk yetişkinlik grubundan (*Ort.* = 59.36, *SS* = 17.24); benzer şekilde yine beliren yetişkinlik grubundakilerin (*Ort.* = 41.99, *SS* = 14.63) Önem Verme/Düşünceleri Kontrol Etme eğilimi ilk yetişkinlik grubundakilerden (*Ort.* = 35.24, *SS* = 14.27) daha yüksektir. Mükemmeliyetçilik/Kesinlik alt boyutu ise, yaşa göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark göstermemiştir [$t(379) = -1.48$, $p > .05$].



Şekil 4. Yaşa Göre OİÖ-44 Toplam, Sorumluluk/Tehlike Benlentisi ve Düşüncelere Önem Verme/Kontrol Etme Ortalamaları

Son olarak, sağlık anksiyetesi düzeyinin de yaşa göre farklılık gösterdiği [$t(379) = 3.06$, $p < .01$]; beliren yetişkinlik grubunun (*Ort.* = 18.21, *SS* = 9.10) ilk yetişkinlik grubuna (*Ort.* = 15.66, *SS* = 7.15) göre sağlık anksiyetesi düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



Şekil 5. Yaşa Göre Sağlık Anksiyetesi Ortalamaları

Tablo 6. Değişkenlerin Yaşa Göre Karşılaştırılması

	Beliren Yetişkinlik		İlk Yetişkinlik		
Değişkenler	***Ort.***	***SS***	***Ort.***	***SS***	***t***
YTT-Toplam	17.64	13.09	15.56	11.02	1.68
ORTO-11	28.48	5.39	27.69	4.92	1.51
ÇYBSİÖ-Toplam	197.30	33.85	192.52	33.15	1.39
Görünüş Değerlendirme	21.82	5.19	21.29	5.24	0.99
Görünüş Yönelimi	35.72	7.77	36.55	7.16	-1.09
Fiziksel Yeterliliği Değerlendirme	21.82	4.85	20.92	4.74	1.84
Fiziksel Yeterlilik Yönelimi	29.12	7.42	26.84	6.27	3.26***
Sağlık Değerlendirme	20.67	4.53	20.89	4.55	-0.47
Sağlık Yönelimi	35.54	7.11	35.60	7.32	-0.08
Beden Alanlarından Doyum	32.61	8.24	30.44	8.81	2.47*
OİÖ-Toplam	174.53	42.22	160.63	44.63	3.12**
Sorumluluk/Tehlike Beklentisi	64.04	16.26	59.36	17.24	2.73**
Mükemmeliyetçilik/ Kesinlik	68.48	16.07	66.03	18.57	1.38
Önem Verme/Düşünce Kontrol Etme	41.99	14.63	35.24	14.27	4.56***
SAÖ-Toplam	18.21	9.10	15.66	7.15	-3.06**

Not: YTT= Yeme Tutum Testi, ÇYBSİÖ= Çok Boyutlu Beden-Self İlişkileri, OİÖ= Obsesif İnanışlar Ölçeği, SAÖ= Sağlık Anksiyetesi Ölçeği; * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3.3. Yeme Tutumunu Yordayan Faktörlerin İncelenmesi

Yeme tutumunu yordayan faktörleri belirleyebilmek için hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Analizde, olası etkilerini kontrol edebilmek adına vücut kitle indeksi (vki), cinsiyet ve yaş ilk basamakta, aşamalı yöntem kullanılarak analize dahil edilmiştir. Bu değişkenlerin olası etkileri kontrol edildikten sonra, ikinci basamakta obsesif inançların (OİÖ-44) alt boyutları (Sorumluluk/Tehlike Beklentisi, Mükemmeliyetçilik/Kesinlik, Önem Verme/Düşünceleri Kontrol Eme) ve sağlık anksiyetesi; üçüncü basamakta beden imgesinin alt boyutları (Görünüş Değerlendirme, Görünüş Yönelimi, Fiziksel Yeterliliği Değerlendirme, Fiziksel Yeterlilik Yönelimi, Sağlık Değerlendirme, Sağlık Yönelimi, Beden Alanlarından Doyum) ve dördüncü basamakta ortoreksiya aşamalı yöntem kullanılarak regresyona alınmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 7'de gösterilmektedir.

Elde edilen bulgulara göre, kontrol değişkenlerinden ilk olarak vücut kitle indeksi [β = .13, t(379) = 2.45, p < .05, pr = .13] regresyon denklemine dahil olup varyansın sadece %1'ini açıklamıştır, $F_{\text{değişimi}}$ (1,379) = 6.01, p < .05. Sonrasında, yaş [β = -.12, t(378) = -2.22, p < .05, pr = -.11] resgresyon denklemine girmiş ve böylece açıklanan varyans %2'ye yükselmiştir, $F_{\text{değişimi}}$ (1,378) = 4.93, p < .05. Kontrol değişkenlerden sonra, sağlık anksiyetesinin [β = .14, t(377) = 2.81, p < .01, pr = .14] yeme tutumunu anlamlı düzeyde yordadığı tespit edilmiş ve açıklanan varyans %4'e yükselmiştir, $F_{\text{değişimi}}$ (1,377) = 7.87, p < .01. Ardından, Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği-Sağlık Yönelimi [β = .13, t(376) = 2.59, p < .05, pr = .13] regresyon denklemine dahil olarak açıklanan varyansı %6'ya, $F_{\text{değişimi}}$ (1,376) = 6.69, p < .05; bunu takiben yine ölçeğin alt boyutlarından Beden Alanlarından Doyum [β = -.14, t(375) = -2.48, p < .05, pr = -.13] da denkleme dahil olarak açıklanan varyansı %7'ye çıkarmıştır, $F_{\text{değişimi}}$ (1,375) = 6.13, p < .05. Beden imgesinin etkisi kontrol edildikten sonra ise, ortoreksiya denkleme dahil olmuş [β = -.36, t(374) = -7.03, p < .001, pr = -.34] ve açıklanan toplam varyans %17'ye yükseltmiştir, $F_{\text{değişimi}}$ (1,374) = 49.45, p < .001.

Bu sonuçlara göre, vücut kitle indeksi ve yaş kontrol edildikten sonra, sağlık kaygısının, sağlık yöneliminin ve ortorektik eğilimlerin artması ile beden alanlarından doyum düzeyinin azalması yeme tutumundaki bozulmayı anlamlı şekilde açıklamaktadır.

Tablo 7. Yeme Tutumunun Yordayıcıları

	$F_{değişimi}$	*Sd*	*β*	*T (grup içi)*	*pr*	*Adj* R^2
I. Basamak: Demografik Değişkenler						
Vki	6.01	1,379	.13	2.45*	.13	.01
Yaş	4.93	1,378	-.12	-2.22*	-.11	.02
II. Basamak: Sağlık Anksiyetesi						
SAÖ Toplamı	7.87	1,377	.14	2.81**	.14	.04
III. Basamak: Beden İmgesi						
ÇYBSİÖ-Sağlık Yönelimi	6.69	1,376	.13	2.59*	.13	.06
ÇYBSİÖ-Beden Alanlarından Doyum	6.13	1,375	-.14	-2.48*	-.13	.07
VI. Basamak: Ortoreksiya						
ORTO-11 Toplamı	49.45	1,374	-.36	-7.03***	-.34	.17

Not: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; SAÖ = Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, ÇYBSİÖ= Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği

3.4. Ortoreksiyayı Yordayan Faktörlerin İncelenmesi

Ortorektik özellikleri yordayan faktör belirleyebilmek için hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Analizde, olası etkilerini kontrol edebilmek adına vücut kitle indeksi (vki), cinsiyet ve yaş ilk basamakta, aşamalı yöntem kullanılarak analize dahil edilmiştir. Bu değişkenlerin olası etkileri kontrol edildikten sonra, ikinci basamakta obsesif inançların alt boyutları (Sorumluluk/Tehlike Beklentisi, Mükemmeliyetçilik/Kesinlik, Önem Verme/ Düşünceleri Kontrol Eme) ve sağlık anksiyetesi; üçüncü basamakta beden imgesinin alt boyutları (Görünüş Değerlendirme, Görünüş Yönelimi, Fiziksel Yeterliliği Değerlendirme, Fiziksel Yeterlilik Yönelimi, Sağlık Değerlendirme, Sağlık Yönelimi, Beden Alanlarından Doyum) ve dördüncü basamakta yeme tutumu aşamalı yöntem kullanılarak regresyon analizine girilmiştir. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 8'de gösterilmektedir.

Sonuçlara göre, demografik değişkenlerden vücut kitle indeksinin [β = -.15, t(379) = -2.89, p < .01, pr = .-15] regresyon denklemine dahil olduğu ve varyansın sadece %2'sini açıkladığı gözlenmiştir, $F_{\text{değişimi}}$ (1,379) = 8.38, p < .01. İkinci olarak, cinsiyet [β = .14, t(378) = 2.71, p < .01, pr = .14] resgresyon denklemine girmiş ve böylece açıklanan varyans %4'e yükselmiştir, $F_{\text{değişimi}}$ (1,378) = 7.38, p < .01. Vki ve cinsiyetten sonra, OİÖ-Sorumluluk/Tehlike Beklentisi [β = -.21, t(377) = -4.24, p < .001, pr = -.21] regresyon denklemine girerek açıklanan varyansı %8'e, $F_{\text{değişimi}}$ (1,377) = 17.97, p < .001; bunu takiben sağlık anksiyetesi de [β = -.12, t(376) = -2.37, p < .05, pr = -.12] %9'a yükseltmiştir, $F_{\text{değişimi}}$ (1,376) = 5.62, p < .05. Bu değişkenlerden sonra, Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği - Sağlık Yönelimi [β = -.31, t(375) = -6.59, p < .001, pr = -.32] denkleme dahil olarak açıklanan varyansı %18'e, $F_{\text{değişimi}}$ (1,375) = 43.39, p < .001; yine bu ölçeğin alt boyutlarından olan Fiziksel Yeterlilik Yönelimi [β = -.12, t(374) = -2.11, p < .05, pr = -.11] %19'a, $F_{\text{değişimi}}$ (1,374) = 4.43, p < .05; ve Görünüş değerlendirme [β = .14, t(373) = 2.35, p < .05, pr = .12] ise %20'ye çıkarmıştır, $F_{\text{değişimi}}$ (1,373) = 5.53, p < .05. Beden imgesinin de etkisi kontrol edildikten sonra, yeme tutumu [β = -.30, t(372) = -6.63, p < .001, pr = -.33] denkleme dahil olarak açıklanan toplam varyansı %28'e yükseltmiştir, $F_{\text{değişimi}}$ (1,372) = 43.90, p < .001.

Bu bulgulara göre, vücut kitle indeksi ve cinsiyet kontrol edildikten sonra, sorumluluk algısı ile tehlike beklentisi ve sağlık kaygısının; sağlığa ve fiziksel yeterliliğe yönelik uğraşların, bozuk yeme tutumunun ve de görünüşe yönelik olumsuz değerlendirmenin artması ortorektik eğilimlerdeki artışı anlamlı şekilde yordamaktadır.

Tablo 8. Ortoreksiyanın Yordayıcıları

	$F_{değişimi}$	*Sd*	*β*	*T (grup içi)*	*pr*	*Adj.* R^2
I. Basamak: Demografik Değişkenler						
Vki	8.38	1,379	-.15	-2.89**	-.15	.02
Cinsiyet	7.83	1,378	.14	2.71**	.14	.04
II. Basamak: Obsesif İnanışlar ve Sağlık Anksiyetesi						
OİÖ-Sorumluluk/Tehlike Beklentisi	17.97	1,377	-.21	-4.24***	-.21	.08
SAÖ Toplamı	5.62	1,376	-.12	-2.37*	-.12	.09
III. Basamak: Beden İmgesi						
ÇYBSİÖ-Sağlık Yönelimi	43.39	1,375	-.31	-6.59***	-.32	.18
ÇYBSİÖ-Fiziksel Yeterlilik Yönelimi	4.43	1,374	-.12	-2.11*	-.11	.19
ÇYBSİÖ-Görünüş Değerlendirme	5.53	1,373	.14	2.35*	.12	.20
VI. Basamak: Yeme Tutumu						
YTT Toplam	43.90	1,372	-.30	-6.63***	-.33	.28

Not: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; OİÖ = Obsesif İnanışlar Ölçeği, SAÖ = Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, ÇYBSİÖ = Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği, YTT = Yeme Tutum Testi

BÖLÜM 4. TARTIŞMA

Bu çalışmada, bozuk yeme tutumu ve ortoreksiyanın hem sağlık kaygısı, beden imgesi ve obsesif inançlarla hem de birbirleri ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Buna ek olarak, çalışmada kullanılan değişkenlerin yaşa ve cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmiştir. Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgular yorumlanmış ve araştırmanın alanyazına katkısı, güçlü tarafları, sınırlılıkları ile gelecek araştırmalar için öneriler ele alınmıştır.

4.1. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizine Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmada, bozuk yeme tutumu, ortorektik belirtiler, sağlık kaygısı, beden imgesi ve obsesif inançlar arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Sonuçlarda ilk olarak, sağlık kaygısının ilişkili olduğu değişkenlere bakıldığında, beden imgesinde görünüşle ve sağlıkla ilgili yapılan olumsuz değerlendirmelerin, sağlık kaygısının artmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Sağlıkla ilgili olumsuz değerlendirmelere sahip olan bireylerin, hastalıkla ilgili bedensel duyumlar ile hastalıklara karşı kırılganlık deneyimledikleri ve genel olarak sağlıksız hissettikleri düşünülürse (Cash, 2000), bunun beklenen bir bulgu olduğu söylenebilir. Öte yandan, sağlık kaygısında bireylerin, sağlık durumlarıyla ilgili bir kanıt bulabilme amacıyla bedenlerini kontrol ettikleri bilindiği gibi beden memnuniyetsizliği ile bedeni kontrol etme arasındaki ilişki de kanıtlanmıştır (Reas, Whisenhunt, Netemeyer ve Williamson, 2002; Salkovskis ve Warwick, 1986). Hem sağlık kaygısında hem de beden memnuniyetsizliğinde bireylerin bedenlerini odak noktaları haline getirdikleri göz önünde bulundurulursa, diğerleri tarafından dikkate değer olmayan beden değişimlerinin hem sağlığın kötüye gittiğine dair abartılı bir yoruma hem de beden memnuniyetsizliğine yol açabileceği düşünülebilir. Örneğin, aynada kendisini inceleyen bir birey için solgun bir cilt hem bedenle ilgili memnuniyetsizliğe neden olabilir hem de hastalık işareti olarak değerlendirebilir. Böylece, görünüş bir yandan da sağlıklı olma emaresi olacağı için görünüşten memnun olmama ve sağlık kaygısı birlikte hareket edebilir. Hadjistavropoulos ve Lawrence (2007) de beden biçimiyle ilgili vücut kontrolünün sağlık kaygısıyla ilişkili olduğunu kanıtlamıştır.

İkinci olarak sağlık kaygısı, toplam obsesif inanç düzeyi ve bu inançlarda aşırı sorumluluk algısı ile abartılmış tehlike beklentisinde; mükemmeliyetçilik ile kesinlik ihtiyacında ve düşüncelere önem verme ile düşünceleri kontrol etme inançlarındaki artışla

ilişkili bulunmuştur. Sağlık kaygısı ile obsesif inançlar arasındaki bu pozitif yönde ilişki alanyazındaki bulgularla tutarlılık göstermektedir (Melli ve ark., 2014; Reuman ve ark., 2017; Solem ve ark., 2015; Wheaton, Berman, Frankin ve Abramowitz, 2010). Sağlık kaygısını arttıran güvence arama davranışlarının (Warwick, 1989) kesinlik ihtiyacının artışıyla paralel hareket etmesi olağan görünmektedir. Ayrıca, Warwick'in (1989) sağlık kaygısı teorisiyle birlikte değerlendirilirse, abartılmış tehdit algısı olan bir bireyin normal bir fiziksel semptomunu nesnel olmayacak şekilde sağlığı için tehlikeli bulabileceği söylenebilir. Bu tehdit değerlendirmesinin, bireyin olası bir hastalığı önlemek ya da ihmalinden dolayı duyacağı aşırı sorumluluğu azaltmak için başvuracağı kontrol etme davranışlarıyla da birlikte sağlık kaygısını arttırabileceği düşünülebilir (Warwick, 1989). Özetle, abartılmış tehdit beklentisiyle, normal bedensel duyumlara dayanarak ciddi bir hastalığın başa gelme olasılığının abartılması da mümkün olduğu için sağlık kaygısındaki artış, bu inancın şiddetlenmesiyle eş zamanlı hareket ediyor olabilir. Öte yandan, eğer birey için sadece düşünmek o olayın olma olasılığını arttırıyorsa (Shafran, Thordarson ve Rachman, 1996); bu durum hastalıkla ilgili düşüncelerde de geçerli olabilir. Böylece, düşüncelere önem vermenin artmasıyla sağlık kaygısının da artması beklenebilir.

Araştırma sonuçlarında beden imgesi ile ilgili değişkenlere bakıldığında, ortorektik belirtilerdeki artışın görünüş, fiziksel yeterlilik ve sağlıkla ilgili yatırımlardaki artışla ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar Brytek-Matera, Donini, Krupa, Poggiogalle ve Hay'in (2016) sonuçlarıyla örtüşmekte; ayrıca ortoreksiyada sağlığın yanı sıra görünüşle ilgili endişelerin de varlığına işaret etmektedir. Öte yandan beden imgesi obsesif inançlarla da ilişkili bulunmuştur. Görünüşe dair uğraşların artmasının mükemmeliyetçilik ile kesinlik inançlarındaki artışla parallellik göstermesi, alanyazındaki görünüş yöneliminin mükemmeliyetçilikle ilişkili bulunduğu sonuçlarla örtüşmektedir (Nigar ve Naqvi 2019). Anoreksiyadaki beden kontrolünün mükemmelliyetçi kişilik özelliği ile ele alındığı düşünülürse (Slade, 1982), bakım yapma ve nasıl göründüğüne dikkat etme de mükemmeliyetçilikle bağlantılı olabilir. Nitekim, belirli bir vücut tipine ulaşmaya çalışmanın, zararlı mükemmeliyetçiliğin kendisini ifade edebileceği yaşam alanlarından biri olduğu bilinmektedir (Shafran ve ark., 2018). Fiziksel olarak formda olmaya yapılan yatırımın artması ile sağlığa yönelik olumsuz değerlendirmeler ise, düşüncelere önem verme ve düşünceleri kontrol etme inançlarındaki artışla paraleldir. Bu noktada, düşüncelerini normal dışı olarak yorumlayıp

bunlar üzerinde tam bir kontrol sağlamaya çalışan ve kontrol sağlanamazsa bunun zararlı sonuçları olacağına inanan bireylerin (Dürü ve Sayılgan, 2009; OCCWG, 1997) bu zihinsel kontrollerinin, fiziksel formlarını korumak için bedensel kontrollere de yayıldığı düşünülebilir.

Sağlık kaygısı ve beden imgesinin yanı sıra, obsesif inançların ve bu inançlardan düşüncelere önem verme ile düşünceleri kontrol etmedeki artışın bozuk yeme tutumlarıyla da ilişkili bulunması alanyazındaki diğer bulgularla örtüşmektedir (Blakey ve ark., 2016; Humphreys, Clopton ve Reich, 2007). Slade (1982) anoreksiyada bireylerin hayattaki durumların bazı özelliklerini tamamen kontrol etme ya da bazı alanlarda belli bir başarıya ulaşma ihtiyacını, bedensel kontrolle tatmin ettiğini öne sürmüştür. Ayrıca, anorektik bir bireyin öz kontrol ve özdeğerini kilosunu, yeme tarzını ve beden biçimini kontrol ederek belirlediği de bilinmektedir (Fairburn, Shafran ve Cooper, 1999). Bu noktada, anoreksiyada merkezi rol oynayan kontrolün düşünceleri kontrol altında tutmaya kadar uzanabileceği görüşü ile (Lavender ve ark., 2006) araştırma bulgularının tutarlılık gösterdiği söylenebilir. Ayrıca, birer obsesif inanç alanı olarak tanımlanan mükemmeliyetçilik ile kesinlik ihtiyacı da ortoreksiyayla ilişkili bulunmuştur. Böylece, bozuk yeme tutumlarıyla da ilişkili olduğu kanıtlanan ortoreksiyanın (ör. Agopyan ve ark., 2019; Barrada & Roncero, 2018; Poyraz ve ark., 2015) katı kuralları takip etme ihtiyacı (Akt, Mathieu, 2005) ve mükemmeliyetçilik gibi obsesif özellikleri açısından anorektik bireylerle ortak özellikler paylaştığı görüşü de desteklenmiş görünmektedir (Zamora ve ark., 2005).

4.2. Grup Karşılaştırmalarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmada yeme tutumları, ortorektik belirtiler, sağlık kaygısı, beden imgesi ve obsesif inançların, katılımcılara ait yaş ve cinsiyet gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmiştir. Sonuçlarda ilk olarak, yeme tutumunun cinsiyete ve yaşa göre farklılık göstermediği görülmektedir. Bozuk yeme tutumunun kadınlarda daha fazla olduğunu gösteren çalışmalarla birlikte (Brenner ve Cunningham, 1992; Ivanova ve ark., 2017); anlamlı bir cinsiyet farklı belirtmeyen çalışmalar da mevcuttur (Edman ve Yates, 2004). Cinsiyet farkının ortadan kalkmasıyla ilgili olarak modern toplumda, uzun saatler aç kalma, kedini kusturma, laksatif kötüye kullanımı gibi şiddetli kilo ve beden biçimi kontrol yöntemlerinin erkekler arasında da hızla yaygınlaştığı belirtilmektedir (Mitchison, Hay, Slewa-Younan ve Mond, 2014). Bu durum, problemli yeme

örüntüsünün artık kadınlara özgü bir sorun olmadığına işaret etmektedir. Ek olarak, bu çalışmanın bulguları ile alanyazındaki diğer çalışma bulgularının karşılaştırılmasında kültürün ve yemeyle ilgili alışkanlıklar açısından aile yapısının olası etkileri de göz önünde bulundurulmalıdır (Edman ve Yates, 2004; Ivanova ve ark., 2017; Neumark-Sztainer, Wall, Story ve Fulkerson, 2004).

Bozuk yeme tutumunun, beliren ve ilk yetişkinlik grupları arasında farklılaşmaması, yaş gruplarının aynı şekilde ayrıldığı Augustus-Horvath ve Tylka'nın (2009) çalışmasıyla tutarlılık göstermektedir. Bu durum, bozulmuş yeme tutumlarının belirli bir yaşa özgü olmadığını düşündürmektedir. Nitekim, boylamsal çalışmalar da bozulmuş yeme tutumlarının ergenlikten genç yetişkinliğe geçişte; ayrıca genç yetişkinliğin içinde de kararlı seyrettiğini kanıtlamıştır (Joiner, Heatherton ve Keel, 1997; Kotler ve ark., 2001).

İkinci olarak sonuçlarda, ortoreksiyanın da yaşa veya cinsiyete göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Bu bulgu, ilgili çalışmalarla büyük oranda tutarlılık göstermektedir (ör. Aksoydan ve Camcı, 2009; Grammatikopoulou ve ark., 2018; Hayles, Wu, De Nadai ve Storch, 2017). Öte yandan, Donini ve arkadaşlarının (2004) genel popülasyonla yürütülen çalışmasında, ortorektik olduğu tespit edilen katılımcılar yaşça daha büyük bireylerden oluşmaktadır ve ortoreksiya yaygınlığı erkeklerde kadınlara göre bir nebze daha fazladır. Ayrıca, ortorektik bireylerin genellikle daha düşük eğitim seviyesine sahip ve ev yapımı besinler tüketmeye eğilimli bireyler oldukları da gözlenmiştir. Ancak, bu çalışmanın bulguları değerlendirilirken kültürel beslenme alışkanlıklarının da göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülebilir. Örneğin, İtalya'da evde yemek yiyen, sağlıklı bir yaşam tarzı ve beslenme biçimi benimseyen bireylerin oranı %31.4; yemeklerini dışarıda yiyen bireylerin oranı %17.7; evde yüksek proteinli yiyecekler tüketenlerin oranı %10.9; orta ya da düşük proteinli yiyecekler tüketenlerin oranı ise %26.4 olarak belirlenmiştir (Conti ve ark., 2004). Ayrıca, yüksek proteinli yiyecekler tüketen grup genellikle erkeklerden ve eğitim düzeyi daha düşük bireylerden oluşurken; sağlıklı beslenme tarzı benimseyenler genellikle kadınlardan oluşmakta ve yaş olarak neredeyse dengeli dağılım göstermektedir (Conti ve ark., 2004). İtalya'da gözlemlenen beslenme alışkanlıkları ve ilişkili oldukları demografik değişkenlerin yapılan ortorektik ölçümlere etki edip etmediği bilinmemektedir. Yine de Türkiye'de yürütülen bazı çalışmalarda da tutarsızlık göstermekle birlikte, ortorektik

belirtilerde cinsiyet farklılığı gözlenmiştir. Örneğin, bir çalışmada erkeklerde (Fidan ve ark., 2010) başka bir çalışmada ise, kadınlarda (Şanlıer ve ark., 2016) daha fazla ortorektik belirti olduğu saptanmıştır. Ortorektik belirtiler yaş açısından değerlendirildiğinde ise, yaygınlığın genç grupta daha fazla ya da yaşla ilişkisiz olduğu görülmektedir (Asil ve Sürücüoğlu, 2015; Fidan ve ark., 2010). Ancak, bu çalışmalardaki katılımcıların sağlık ve beslenme alanında eğitim görmüş ya da görmekte olan bireyler oldukları veya grup sayılarının eşitlenmediği görülmektedir. Cinsiyet veya yaşın etkisinin belirli bir özelliğe sahip örneklemlere veya kültürlere özgü olup olmadığını saptamak için gelecek çalışmalardan faydalanılabilir.

Beden imgesine dair farklar incelendiğinde, kadınlarda görünüşe yönelik çabaların; erkeklerde ise fiziksel yeterliliğe yönelik olumlu değerlendirmenin ve bu yöndeki çabaların daha fazla olduğu gözlenmiştir. Bu bulgular, diğer araştırma bulgularıyla tutarlılık göstermektedir (ör. Rusticus ve Hubley, 2006; Shaheen, Kumar, Dev, Parkash ve Rai, 2016). Kültürel mesajlar, kadınlığı ve erkekliği belirli fiziksel özelliklere bağlayarak cinsiyete dayalı beklentiler ifade etmektedir (Cash, 2011). Kadınlar için standart olarak belirlenen güzelliğe ve inceliğe verilen önem farklı iletişim araçlarında görülmektedir (Cash, 2012). Öte yandan, erkekler de geniş omuzlu, yakışıklı, uzun ve kaslı olma gibi ideal erkek bedenine dair mesajlara maruz kalmaktadır (Cash, 2012). Bu noktada, erkeklerin kendilerine dayatılan ideal görünümlerine kavuşmak için formda olmaya değer vermeleri ve formlarını korumak ya da geliştirmek için aktif olarak egzersiz yapmaları olağan görünmektedir. Dolayısıyla da, kadınlara göre fiziksel olarak formda hissetmeleri yani fiziksel yeterlilik açısından kendilerini biçimli ya da atletik olarak aktif ve yeterli olarak değerlendirmeleri beklenen bir sonuçtur. Öte yandan, kadınların güzellikle ilgili mesajlara maruz kalması da nasıl göründüklerine daha fazla önem vermeleri, aşırı bakım yapmaları gibi genel olarak görünüşlerine yaptıkları yatırımın fazla olmasına neden olabilir. Ayrıca mevcut çalışmada, beliren yetişkinlik grubunda daha yüksek düzeyde fiziksel yeterlilik uğraşlarının olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, Rusticus ve Hubley'in (2006) çalışmasında da genç yetişkin erkek grubunun orta yetişkin ve yaşlı diğer erkek gruplarına göre formlarını korumak için egzersiz yapma düzeyleri daha fazladır. Ayrıca beliren yetişkinlik grubunun, beden alanlarından aldığı doyum da daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, yaşlandıkça ortaya çıkan yüzdeki çizgilenme, kilo artışı, saç dökülmesi gibi fiziksel değişimlerin bazı

bireyleri beden imgesiyle ilgili olumsuz değerlendirmelere itebileceği görüşüyle tutarlılık göstermektedir (Cash, 2012).

Obsesif inançlara yönelik karşılaştırma sonuçlarında, erkeklerin kadınlara kıyasla daha yüksek düzeyde obsesif inançlara sahip olduğu gözlenmiştir. Spesifik olarak, erkekler aşırı sorumluluk algısı ile tehlike beklentisinde ve düşüncelere önem verme ile düşünceleri kontrol etmede de daha yüksek skorlar elde etmiştir. Bu sonuç, obsesif inançların cinsiyet açısından fark göstermediği çalışmalarla tutarsızlık gösterse de; bahsi geçen çalışmaların klinik ya da yaş ortalamaları daha küçük örneklemlerle yapıldığı dikkat çekmektedir (ör. Albayrak, Tarakçoğlu ve Kadak, 2018; Tripathi ve ark., 2018). Nitekim, klinik örneklem olmayan ve yaş ortalamaları beliren yetişkinliğe işaret eden bireylerle yapılan başka bir çalışmada, bu çalışmanın bulgularına benzer şekilde, erkeklerin daha yüksek düzeyde obsesif inanç gösterdiği rapor edilmiştir (Barahmand ve Shahbazi, 2013). Ancak, bahsi geçen çalışmada erkekler daha yüksek düzeyde sorumluluk inancı belirtirken; kadınlar düşünce kontrolünde daha yüksek skorlar elde etmiştir (Barahmand ve Shahbazi, 2013). Salkovskis, Shafran, Rachman ve Freeston (1999), bireylerin aşırı sorumluluk algısına sahip olmasında etken olabilecek bazı nedenler belirtmiştir. Buna göre, erken gelişen ve yaygın olan tehdidi önlemeye yönelik sorumluluk algısı, çocuklukta kasten ya da dolaylı olarak önemli kişiler ya da şartlar tarafından desteklenmektedir. Ayrıca, sorumluluklar ve görevler hakkında katı, aşırıya kaçan kurallara maruz kalma da bir risk faktörüyken; çocuklukta bireye aşırı hoşgörülü davranılması ya da yetersiz olduğunun ima edilmesi de aşırı sorumluluk algısına yol açabilir (Salkovskis, Shafran, Rachman ve Freeston, 1999). Bu erken dönem deneyimleri Türk kültürü bağlamında incelenirse, erkeklerin aşırı sorumluluk algısı ile abartılmış tehdit beklentilerinin fazla olması cinsiyet rolleriyle açıklanabilir. Türk toplumundaki cinsiyet beklentileri, kadınlar için olduğu kadar erkekler için de etkili olabilmektedir (Bayar, Hascan Avcı ve Koç, 2017). Örneğin, erkeklerin aile kurma, ailenin ihtiyaçlarını karşılama, belirli bir ekonomik statüde olma gibi hayatla ilgili sorumluluklar; saygın bir hayat sürme, toplum içinde uygun olan şekilde davranma, başarılı, maskülen, dominant olma gibi sosyal beklentiler ve nazik, sorumlu, olgun, koruyucu olma gibi temel kişisel nitelikleri taşıması gerektiği saptanmıştır (Bayar ve ark., 2017). Türkiye'de sorumluluk algısını destekleyebilecek bazı çocukluk deneyimleri sosyal cinsiyet rolleriyle de birleştiğinde erkekleri işlevsiz inançlar geliştirmeye daha yatkın hale getiyor olabilir.

Örneğin, sorumluluğa dair beklentiler ve çocuklukta yetersizliğe dair imaların ardından erkekler, hayatlarının pek çok alanında gerçekleştirdikleri ya da gerçekleştirmedikleri bazı eylemler üzerinde de aşırı bir sorumluluk hissedebilir; gündelik bazı olayları nesnel olmayacak şekilde tehdit olarak algılayabilir. Yine geçmiş deneyimlerinden ve sosyal beklentilerden dolayı, toplumun beklentileriyle uyuşmayan bir düşünceleri olduğunda erkekler, ahlaken "kötü" oldukları yönünde bir çıkarım yapabilir ve böylece bu düşünceyi kontrol etmek de hem psikolojik hem de ahlaki bir önem taşıyabilir.

Mevcut araştırmada ayrıca, obsesif inançların ve bunlardan aşırı sorumluluk algısı ile tehlike beklentisi ve düşüncelere verilen önem ile düşünce kontrolünün beliren yetişkinlik döneminde daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yaş alma ve deneyim kazanma bazı teorisyenler tarafından ayrılmaz olarak ele alınmakta; duygularla ilgili deneyimlerin ve bilgilerin duygu düzenlemede rol oynadığı fikrinden yola çıkılarak da yaşlanma ile duygusal olgunluk arasında bağ kurulmaktadır (Carstensen, Pasupathi, Mayr ve Nesselroade, 2000). Örneğin, yaş almanın bilişsel işlevlerde her zaman bir eksikliğe işaret etmeyerek adaptif işlevler ortaya çıkarabileceği; daha yaşlı olanların kendi kişisel ya da kişilerarası deneyimleri ile mantığı bir araya getirerek problem çözmede kullanabileceği öne sürülmektedir (Labouvie-Vief ve Blanchard-Fields, 1982). Ayrıca, yaşın artmasıyla ortaya çıkan kısıtlı zaman algısıyla birlikte yaşamdaki zorluklarla baş etmede, kişilerarası deneyimlerde ve ruh sağlığını korumada önemli bir rolü olan duygu düzenlemenin bir kısa vade hedefi haline geldiği de belirtilmektedir (Carstensen, Isaacowitz ve Charles, 1999; Carstensen ve ark., 2000). Bu bilgilerden yola çıkılırsa, alanyazınla da tutarlı olarak daha genç yaştaki bireylerin günlük problemleri çözme, zorluklarla başa çıkma ve duygu düzenleme açısından yaşça büyük olanlara göre işlevsel olmayan tutumları daha fazla sergileyecekleri düşünülebilir (Blanchard-Fields, Mienaltowski ve Baldi Seay, 2007; Diehl, Coyle ve Labouvie-Vief, 1996; Grossman, Kan, Karasawa ve Kitayama, 2014). Öte yandan, duygu düzenlemedeki zorlukların obsesif inançlarla ilişkili olduğu (Berman, Shaw ve Wilhelm, 2018); ayrıca işlevsel olmayan bir duygu düzenleme stratejisi olarak ele alınan bazı başa çıkma stillerinin de olumsuz üst bilişleri yordadığı kanıtlanmıştır (Pennequin, Questel, Delaville, Delugre ve Maintenant, 2019). Daha genç bireylerin duygu düzenlemede daha çok zorluk yaşaması ve duygu düzenlemedeki zorlukların obsesif inançlarla ilişkisine bakıldığında, bu bireylerin daha yüksek düzeyde obsesif inanç sergilemesi de anlaşılır görünmektedir.

Son olarak sağlık kaygısına yönelik karşılaştırmalarda bir cinsiyet farkı gözlenmememiş; bununla birlikte beliren yetişkinlik grubunun ilk yetişkinliğe göre daha yüksek düzeyde sağlığa yönelik kaygı deneyimlediği bulunmuştur. Bu sonuç, Gerolimatos ve Edelstein'ın (2012) daha genç bireylerde daha yüksek sağlık kaygısı gözlemlemesiyle tutarlılık göstermektedir. Bu durumun bazı çevresel faktörlere dayandırılabileceği düşünülmüştür. Örneğin, internetin gelişmesiyle sağlık bilgilerine erişim her zamankinden daha da kolaylaşmıştır (McMullan, Berle, Arnaez ve Starcevic, 2018). Ayrıca internetin, sağlık problemi olan bireylerin durumlarıyla ilgili bilgi arayışlarında ortak bir seçenek olduğu da kanıtlanmıştır (Batı, Mandıracıoğlu, Govsa ve Çam, 2018). Türkiye'de en yaygın internet kullanımının 16-24 yaşları arasında görüldüğü (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2016); ayrıca üniversite öğrencileri arasında da kullanımın yaygın olduğunun saptanmasından hareketle (Batı ve ark., 2018) beliren yetişkinlik grubundaki bireylerin doğrudan ya da akranları nedeniyle dolaylı olarak sağlıkla ilgili bilgilere daha çok maruz kaldıkları düşünülebilir. Bu durumda, dikkatlerinin bedensel duyumlarına daha çok yönelmesi ve böylece de bedensel duyumlarıyla ilgili daha fazla kaygılanmaları beklenebilir. Öte yandan, sonuçların değerlendirilmesinde genel olarak kaygı semptomlarının şiddetinin yaşla birlikte azalabileceği görüşü de (Christensen ve ark., 1999) dikkate değerdir. Özellikle beliren yetişkinlik döneminde, bireylerin sağlıklı bir yetişkinlik evresine ulaşabilmesi için tamamlamaları gereken görevlerde karşılaştıkları zorluklar ile anksiyete bir araya gelmektedir (Kranzler, Elkins ve Albano, 2019). Böylece, hem çevresel faktörlerin hem de beliren yetişkinlik dönemindeki zorlukların bir birleşiminin daha genç bireylerdeki yüksek sağlık kaygısını açıkladığı söylenebilir.

4.3. Ortoreksiya ve Yeme Tutumunun Yordayıcılarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada son olarak ortoreksiya ve bozuk yeme tutumunun ilişkili olduğu faktörler incelenmiş ve bu faktörlerdeki ortaklık ile farklılıklar değerlendirilmiştir. İlk olarak bozuk yeme tutumunu yordayan faktörler incelendiğinde, artan vücut kitle indeksi, sağlık kaygısı, sağlık yönelimi ile ortorektik eğilimlerin; ayrıca azalan yaş ile beden alanlarından doyum düzeyinin yeme tutumundaki bozulmayı anlamlı şekilde açıkladığı görülmektedir. Vücut kitle indeksiyle (vki) ilgili bu sonuç, alanyazında yüksek vki'nin daha fazla kısıtlayıcı yeme, kilo alıp verme döngüsü ve riskli kilo verme davranışlarıyla

anılan erken diyet başlangıcı ya da genel olarak bozuk yeme tutumlarıyla ilişkili olduğunu gösteren sonuçlarla tutarlıdır (ör. Enriquez, Duncan ve Schur, 2013; Westerberg, Edlund ve Ghaderi, 2008). Yaşla ilgili olarak da, Rohde, Stice, Shaw, Gau ve Ohls (2017) yaşın artmasının, bir yeme bozukluğu belirtisi olarak ele aldıkları diyet yapmanın azalmasıyla ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca, 15-24 yaş aralığının da yeme bozukluklarının en çok görüldüğü dönemler olduğu bilinmektedir (Todd, 2019). Bu bilgiler göz önünde bulundurulursa, bulgularda gözlenen daha genç olmanın ve artan vücut kitle indeksinin bozulmuş yeme tutumunu açıklamadaki katkısı anlaşılır olmaktadır.

Sağlık kaygısındaki artışın, bozuk yeme tutumundaki artışa eşlik etmesi de alanyazın ile tutarlı bir bulgudur. Örneğin, Hadjistavropoulos ve Lawrence (2007) da sağlık kaygısının bozuk yeme tutumlarından diyet yapma ve yiyeceklerle ilgili zihinsel meşguliyetle ilişkili olduğunu saptamış; ayrıca diyet yapma ile bedeni kontrol etmenin de sağlık kaygısını yönetmeye yönelik stratejiler olabileceğini öne sürmüştür. Öte yandan, olumsuz beden imgesinin bozuk yeme tutumunun artışındaki rolü de göz ardı edilmemelidir. Sağlık kaygısıyla ilgili bulgular düşünüldüğünde, bireyin fiziksel olarak sağlıklı yaşamaya yaptığı yatırımın derecesine gönderme yapan yüksek sağlık yöneliminin de sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemeye özen gösterme ve sağlık farkındalığına sahip olma gibi özellikleriyle (Cash, 2000) bozuk yeme tutumlarıyla bağlantılı olmasının beklendiği söylenebilir. Ayrıca, birçok beden bölgesinin görünümü ya da boyutundan memnun olmamanın yeme tutumundaki bozulmayı açıklamaya katkı sağladığı bulgusuyla tutarlı olarak, alanyazında belirli beden alanlarıyla ilgili memnuniyetsizlik ile bozuk yeme tutumları arasında ilişki saptandığı görülmektedir (ör. Ohring, Graber ve Brooks-Gunn, 2002). Ek olarak, bulgular incelendiğinde sağlıklı yeme saplantısı olarak bilinen ortoreksiyanın (Bratman, 1997) bozuk yeme tutumlarını açıklamada en büyük rolü üstlendiği görülmektedir. Bu bulgu, yiyeceklerin türüne ya da niteliğine olan saplantının bozuk yeme örüntüsü ile ilişkisini vurgulayan çalışmaları destekler niteliktedir (Asil ve Sürücüoğlu, 2015; Chaki ve ark., 2013; Hayles ve ark., 2017).

Ortoreksiyanın yordayıcılarına yönelik sonuçlarda, vücut kitle indeksi, aşırı sorumluluk algısı/abartılmış tehlike beklentisi, sağlık kaygısı, sağlık yönelimi ve fiziksel yeterlilik yönelimi ile bozuk yeme tutumlarının artmasının, kadın olmanın ve de genel görünüşle ilgili memnuniyetin azalmasının ortorektik belirtilerdeki artışla ilişkili olduğu

bulunmuştur. Alanyazında, ortoreksiyanın demografik değişkenlerle ilişkisi tutarsızlık göstermekle birlikte bu çalışmadaki bulgular, vücut kitle indeksindeki artış ile kadın olmanın ortorektik belirtilerle ilişkili bulunduğu çalışmalarla örtüşmektedir (Missbach ve ark., 2015; Fidan ve ark., 2016). Ayrıca mevcut çalışmanın sonucu, ortoreksiyanın obsesif mekanizmalar ve sağlık kaygısıyla ilişkili olduğunu da (Koven ve Abry, 2015; Zamora ve ark., 2005) desteklemektedir. Sağlıklı beslenmeyle ilgili farkındalık, gelişmiş toplumların birincil odağı haline gelmiştir (Chaki ve ark., 2013). Öyle ki asistan doktorlarla yapılan bir çalışmada, kadınların %38.9'unun erkeklerin ise %20'sinin yiyecek seçimlerinin sağlıklı yeme alışkanlıklarıyla ilgili televizyon programlarından etkilendiği saptanmıştır (Bağcı Bosi ve ark., 2007). Herhangi bir bilimsel veriye dayanmayan; dergiler, kitaplar, elektronik araçlar yoluyla yayılan; ayrıca sosyal medyadaki fikir alışverişleri yoluyla da pekiştirilen sağlıklı yaşam tarzıyla ilgili propagandalarda ciddi bir artış yaşanmaktadır (Koven ve Abry, 2015). Bu artış, herhangi bir bireyin düzenli olarak diyet ve sağlıkla ilgili uyarılara maruz kaldığı anlamına gelmektedir (Koven ve Abry, 2015). Aşırı sorumluluk algısı veya abartılmış tehdit beklentisine sahip bir bireyin, sağlık ve diyetle ilgili bu bilgileri katastrofik şekilde yorumlaması oldukça mümkün görünmektedir. Bu noktada, ortoreksiyanın genel sağlık durumunu ya da bir hastalığı iyileştirme arzusuyla başladığı (Bratman, 1997) göz önünde bulundurulduğunda, hem zararın olasılığını abartan ya da ihmali nedeniyle aşırı sorumluluk hisseden bireylerin hem de sağlık kaygısı yüksek olanların sağlıklarını korumak için diyetlerini değiştirmeleri beklenebilir.

Bozuk yeme tutumunda olduğu gibi, ortoreksiyanın sağlık kaygısıyla ilişkisi, sağlıkla ilgili yatırımların fazla olmasını da anlaşılır kılmaktadır. Bu bulgulardan yola çıkılarak, sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemeye özen göstermenin bireyin beslenmesine de etki edebileceği düşünülebilir. Bununla birlikte, sadece sağlıklı olma çabasının değil, fiziksel formu korumaya yönelik çabanın da, ortoreksiya eğiliminin artmasıyla ilişkisi alanyazın ile tutarlıdır (ör. Brytek-Matera ve ark., 2016). Bunu destekleyen şekilde, spor salonu üyeleriyle yapılan bir çalışmada daha sık egzersiz yapan kadınların ortorektik belirtilerinin daha yüksek olduğu ve hem kadınlarda hem de erkeklerde ortorektik belirtilerle ince ya da kaslı ideal beden içselleştirmesinin de ilişkili olduğu saptanmıştır (Eriksson, Baigi, Marklund ve Lindgren, 2008). Bu çalışmada da, ideal beden içselleştirilmesinin yol açtığı yeme problemleri ve genel görünüş memnuniyetsizliği

(Thompson ve Stice, 2001) ortoreksiyayla bağlantılı bulunmuştur. Bu bulgulara dayanarak, ortorektik bireylerin yalnızca sağlıklarıyla ilgili endişeli olmadıkları; aynı zamanda beden biçimleriyle ilgili estetik kaygılara da sahip oldukları söylenebilir. Ayrıca, fiziksel görünüme yönelik memnuniyetsizliğin hem ortoreksiya hem de bozuk yeme tutumunda ortak bir rol oynadığı görülmektedir.

Çalışma sonucunda, bozuk yeme tutumu ve ortoreksiyayı yordayan bazı faktörlerin ortak olmasının yanı sıra, bu iki örüntünün aynı zamanda birbirini de yordadığı dikkat çekmektedir. İlgili alanyazın incelendiğinde bu durumun beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir. Ortorektik pek çok birey, en azından bir dereceye kadar kilo kaybına odaklanmaktayken; kilolu olmayan anorektik bireyler de kalori saymalarının sosyal olarak kabul edilebilir bulunmaması nedeniyle durumlarını "sağlıklı beslenme" olarak sunabilmektedir (Bratman, 2016). Benzer şekilde, Barnes ve Caltabiano'ya (2017) göre de, anorektik ve bulimik bireyler için sağlıklı yeme biçimi kilo kontrolünün sosyal olarak daha kabul edilebilir bir yöntemi olarak işlev görebilmektedir. Bu durum, "tesadüfen" düşük kalorili besinleri seçmeyi içermekte ve Bratman'a (2016) göre gizli anoreksiya olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca, bazı durumlarda, ortoreksiyadaki kilo kaybı belirgin bir özellik haline gelebilmekte ve yiyeceklere karşı ortorektik tutum gerçek bir anoreksiya vakasını tetikleyebilmektedir (Ramacciotti ve ark., 2011). Sağlıklı ve düşük kalorili yiyeceklerin pek çok birey için ayrışmaz hale gelmesi, ortoreksiya ve anoreksiyayı yakınlaştırmaktayken; çoğu ortoreksiya vakasının anorektik özelliklere sahip ortoreksiya; çoğu anoreksiya vakasının da ortorektik özelliklere sahip anoreksiya olarak tanımlanabileceğini öne sürülmektedir (Bratman, 2016).

4.4. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Araştırma sonuçlarının güçlü yönleri ve alanyazına katkıları mevcuttur. İlk olarak, geniş bir örneklemde yürütülen bu araştırmada cinsiyet ve yaş gruplarının yakın sayıda olması, değişkenlerin demografik özelliklere göre farklılığının geçerli olarak ortaya konmasını ve sonuçların genellenebilirliğinin artmasını sağlamaktadır. İkinci olarak, çalışma ortoreksiya ve bozuk yeme tutumunun öncüllerine dair kapsamlı bir sonuç ortaya koymaktadır. Bu iki örüntüyü sağlık kaygısı, beden imgesi ve obsesif düşünce tarzı bağlamında ele almasının yanı sıra, iki farklı yeme örüntüsünün bu faktörler açısından yakınlaşıp yakınlaşmadığına yönelik de bilgi sunmaktadır. Bu sonuçlar, özellikle güncel bir kavram olan ortoreksiyanın kavramsallaşmasına; ayrıca, bu örüntünün bir tür yeme

bozukluğu olarak değerlendirilmesinin uygunluğuna yönelik tartışmalara da katkı sağlamaktadır.

Bununla birlikte, çalışma sonuçlarının bazı sınırlılıklar çerçevesinde değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. İlk olarak, araştırma örneklemini oluşturan katılımcıların genellikle sosyoekonomik açıdan üst-orta sınıfı temsil ettiği ve lisans düzeyinde eğitim aldıkları görülmektedir. Bu durumun sonuçların genellenebilirliğini sınırlandırabileceği dikkate alınarak, gelecek çalışmalarda daha çeşitli demografik özelliklerde katılımcıların dahil edilmesi önerilmektedir. Ayrıca, gruplar arasında dengeli dağılım olmaması nedeniyle sigara, alkol, madde kullanımı gibi davranışlar ve psikiyatrik ya da fiziksel rahatsızlıkların problemli yeme örüntüleri açısından karşılaştırılamaması ya da bu özelliklerin olası karıştırıcı etkisinin kontrol edilememiş olması ikinci bir sınırlılıktır. Üçüncü olarak, öz-bildirim ölçeklerinin doğasından ötürü sonuçlar değerlendirilirken katılımcıların yanlı cevaplar vermiş olma ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle söz konusu Yeme Tutumları Testi olduğunda, yeme bozukluğu olan bireylerin sosyal normlara uyum sağlamak ya da rahatsızlıklarını gizlemek adına yanlı cevaplar verebildiği bilinmektedir (Brytek-Matera, Rogoza, Gramaglia ve Zeppegno, 2015). Bu durum, araştırmanın geçerliliğiyle ilgili bir sınırlılık olarak düşünülebilir. Son olarak, araştırma kesitsel yöntemle yürütüldüğü için elde edilen ilişkisel sonuçlar hakkında nedenselliğe dair bir çıkarım yapılamamaktadır. Gelecekte, belirli yeme bozukluklarına sahip katılımcıların da dahil olduğu boylamsal çalışmaların, ortoreksiya ve bozuk yeme tutumunun birbirine dönüşme mekanizmasına dair kapsamlı bilgi sunabileceği düşünülmetekdir.

4.5. Sonuç ve Öneriler

Araştırma bulgularının, hem bozuk yeme tutumu hem de DSM-V'te henüz tanımlanmayan ortoreksiyanın doğasını anlamada önemli bir adım olduğu düşünülmektedir. Ortorektik belirtilerin açıklanmasında rol oynayan görünüş memnuniyetsizliği ve bozuk yeme tutumunun ortoreksiya ile yeme bozukluklarını yakınlaştırdığı düşünülebilir. Ayrıca, ortorektik belirtiler de bozuk yeme tutumunu açıklamaktayken; her iki rahatsızlıkta da beden imgesinin görünüş memnuniyetsizliğine ek olarak, sağlıklı yaşam sürdürme çabaları ve sağlıkla ilgili kaygıların rol oynadığı görülmektedir. Buradan hareketle, Bratman'ın (2016) sağlıklı ve düşük kalorili yiyecek kavramlarının ayrışmaz hale geldiği; ayrıca ortoreksiyada anorektik, anoreksiyada da

ortorektik belirtilerin olabileceği savının desteklendiği söylenebilir. Bu sonuç, ortoreksiyanın gerçek bir rahatsızlık için ön belirti olarak değerlendirilebileceği görüşüyle de tutarlılık göstermektedir (Kummer, Dias ve Teixeira, 2008). Öte yandan, yeme bozukluğunun da ortoreksiyanın yordanmasındaki rolü dikkat çekicidir. Dolayısıyla, bu örüntünün kendi başına bir bozukluk, bir hastalığın öncüsü ya da sonucu olup olmadığını anlamak için sağlıklı ve hasta bireyler arasında daha keskin ayrımlar yapan tanı araçlarının geliştirilmesine, klinik gözlemlere ve boylamsal çalışmalar yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Böylece, ortoreksiyanın yeme bozuklukları, sağlık kaygısı ile ilişkili bedensel yakınmalar, hatta obsesif kompulsif bozukluklarla bağlantısı daha anlaşılır olabilir. Nitekim, ortorektik bir yeme düzeninde, bozuk yeme tutumlarında da görülen sağlık ve beden endişelerine ek olarak, obsesif mekanizmaların da yer aldığı gözlenmektedir. Bu sonuç, bozuk yeme tutumlarının aksine ortoreksiyada sağlık kaygısının yanında obsesif inançların da rol oynadığını göstermekte; bu inançların ortoreksiyada yemekleri hazırlarken ritüele dönüşen davranışları açıklayabileceği düşünülmektedir.

Öte yandan, hem ortorektik belirtilerin hem de bozuk yeme tutumlarının psikolojik ve fiziksel pek çok sıkıntıya yol açabileceği aşikardır. Bu noktada, psikologlar, psikiyatristler, doktorlar ve diyetisyenler gibi sağlık alanında görev yapan uzmanların olası ortorektik vakalar açısından ihtiyatlı olmaları önem kazanmaktadır. Örneğin, yeme bozukluğu tedavisine devam eden ya da remisyona girmiş hastalarda sağlıklı beslenme ardına gizlenen ve sosyal olarak kabul edilebilir biçimde rahatsızlıklarını sürdürmeyi kolaylaştırabilecek ortorektik belirtilere dikkat edilmelidir. Ayrıca, sağlık kaygısı olduğu düşünülen, somatik semptom bozukluğu ya da hastalık anksiyetesi bozukluğundan muzdarip olan bireylerin de ortorektik eğilimlerinin olup olmadığı araştırılmalıdır. Diyetisyenlerin de beslenmesinde sağlığa aşırı vurgu yapan bireylere karşı dikkatli olmasında; bu bireylerin beslenme şekillerinin aşırı kilo kaybıyla veya sağlık endişeleriyle sonuçlanıp sonuçlanmadığını takip etmesinde fayda olabilir.

Yeme problemlerinin olası sosyal, psikolojik ve fiziksel sonuçları, toplumu bu rahatsızlıklarla ilgili bilgilendirmenin önemini de ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, tanı ve tedavinin yanı sıra önleme çalışmalarının da bir gereklilik olduğu düşünülmektedir. O'Dea ve Abraham'ın (2000) da belirttiği üzere, geleneksel müdahale programları bireylerin yeme problemleriyle ilgili bilgisini arttırsa da bunların gelişiminde rol oynayan

inançlar, davranışlar ve tutumlara etki etmede yetersiz kalmaktadır. Ancak, bu çalışmanın da belirlediği üzere obsesif inançlar, olumsuz beden imgesi tutumları ve sağlık kaygısı problemli yeme davranışlarının ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır. Bu noktada, uzmanların müdahaleleri kadar ailelerin tutumları gibi, bu riskli öncüllerin gelişiminde rol oynayabilecek dinamiklere yönelik çalışmalar da değerli görünmektedir. Çocukların bedenleri hakkında eleştirilmeleri; ailede kilo ve beden biçimi hakkında çok fazla konuşulması; çocuğun yetersiz olduğunu ima etme ya da aşırı katı kurallara maruz bırakma; düşük bakım verme veya aşırı koruyucu olma gibi pek çok davranışın olumsuz etkileri hakkında ailelere eğitim verilmesi, problemli yeme örüntülerinin önlenmesinde rol oynayabilir.

EK'LER

Gönüllü Katılım Formu (EK A)

Sayın katılımcı,

Bu çalışma T.C. Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı tezi kapsamında Dr. Öğr. Üyesi Başak Bahtiyar danışmanlığında Özüm Karadayı tarafından yürütülmektedir. Çalışmanın amacı, farklı yeme örüntülerinin çeşitli düşünceler, bedene yönelik tutumlar ve değerlendirmeler ile ilişkisinin belirlenmesidir.

Size sunulan anketlerdeki soruların doğru ya da yanlış cevabı bulunmamaktadır. Soruları yanıtlarken sizi en doğru şekilde yansıttığını düşüğünüz cevabı işaretleyiniz. Vereceğiniz cevaplar çalışma sonuçlarının güvenirliği açısından önemli olduğu için soruları yanıtlarken kimseden yardım almayınız. Çalışmadan elde edilen veriler, **bireysel olarak değil bir bütün olarak değerlendirilecektir.** Çalışmada kimliğinize yönelik bir bilgi istenmemektedir. **Verileriniz kesinlikle gizli tutulacak ve verdiğiniz yanıtlar yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır.** Tüm soruların yanıtlanması yaklaşık 20 dakika sürmektedir.

Bu çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılım sırasında, herhangi bir nedenden dolayı çalışmayı bırakmakta serbestsiniz. Bununla birlikte, çalışmanın geçerliliği açısından size yöneltilen tüm soruları eksiksiz yanıtlamanız oldukça önemlidir. Çalışma ile ilgili bilgi almak ya da herhangi bir soru sormak, görüş bildirmek isterseniz Özüm Karadayı (ozumkaradayi@gmail.com) ile irtibata geçebilirsiniz.

Bu çalışmaya yaptığınız katkılarınız için çok teşekkür ederim.

Çalışmayla ilgili verilen önemli bilgileri okudum ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Tarih	İmza
...../...../20....	

Demografik Bilgi Formu (EK B)

1. Cinsiyetiniz:
2. Yaşınız:
3. Boyunuz / Kilonuz: _____ / _____
4. Öğrenim Düzeyiniz:

İlkokul	☐	Üniversite / Lisans	☐
Ortaokul	☐	Yüksek Lisans/Doktora	☐
Lise	☐		

5. Öğrenci iseniz, öğrenim gördüğünüz bölüm: _____
6. Şuan çalışıyor musunuz?
7. Mesleğiniz: _____
8. Sosyo- Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

Düşük	☐	Üst - Orta	☐
Alt - Orta	☐	Yüksek	☐

9. Medeni durumunuz: _____
10. Çocuğunuz/ çocuklarınız var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

11. Annenizin eğitim durumu

İlkokul	☐	Üniversite / Lisans	☐
Ortaokul	☐	Yüksek Lisans/Doktora	☐
Lise	☐		

12. Babanızın eğitim durumu

İlkokul	☐	Üniversite / Lisans	☐
Ortaokul	☐	Yüksek Lisans/Doktora	☐
Lise	☐		

13. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

Ebeveyn(ler)	☐	Çocuk(lar)	☐
Eş / Romantik partner	☐	Arkadaş	☐
Eş ve çocuklar	☐	Akraba	☐
Yalnız	☐		

14. Daha önce hiç psikiyatrik/psikolojik yardım aldınız mı? Evet ☐ Hayır ☐

Evet ise, şikayetiniz/ koyulan tanı nedir? _____

15. Aldığınız yardım/tedavi türü ne idi?

Psikoterapi ☐

İlaç ☐

Terapi ve İlaç ☐

Diğer (belirtiniz) _____

16. Herhangi bir fiziksel rahatsızlığınız var mı? Evet ☐ Hayır ☐

Evet ise, belirtiniz _____

17. Herhangi bir besine alerjiniz var mı? Evet ☐ Hayır ☐

Evet ise, belirtiniz _____

18. Spor (fiziksel aktivite) yapıyor musunuz?	Evet ☐	Nadiren ☐	Hayır ☐
19. Sigara kullanıyor musunuz?	Evet ☐	Nadiren ☐	Hayır ☐
20.Alkol kullanıyor musunuz?	Evet ☐	Nadiren ☐	Hayır ☐
21.Uyuşturucu ve/ya keyif veren madde kullanıyor musunuz?	Evet ☐	Nadiren ☐	Hayır ☐

Yeme Tutum Testi (EK C)

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz. Örneğin; "Çikolata yemek hoşuma gider." cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa "hiçbir zaman" yazılı kutunun içine X işareti koyunuz, her zaman hoşunuza gidiyorsa "daima"nın altını X işaretleyiniz.

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

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

ORTO-11 (EK D)

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

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

Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği (EK E)

Aşağıda bireylerin duygu, düşünce ve davranışları ile ilgili çeşitli anlatımlar verilmiştir. Lütfen her anlatımı dikkatle okuyarak size en uygun seçeneği, ilgili harfin altındaki boşluğa (x) biçiminde işaretleyerek belirtiniz.

A) Kesinlikle Katılmıyorum B) Çoğunlukla Katılmıyorum C) Kararsızım

D) Çoğunlukla Katılıyorum E) Tamamen Katılıyorum

		A	**B**	**C**	**D**	**E**
1.	Dışarı çıkmadan önce görünüşüme daima dikkat ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
2.	Kendimi en iyi gösterecek giysileri almaya dikkat ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
3.	Fiziksel sağlık testlerinin çoğundan geçerim.	☐	☐	☐	☐	☐
4.	Üst düzeyde fiziksel güce sahip olmak benim için önemlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Bedenim cinsel yönden çekicidir.	☐	☐	☐	☐	☐
6.	Sağlığımı kontrol altında tutuyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
7.	Fiziksel sağlığımı etkileyen etkenler hakkında çok şey biliyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
8.	Bilinçli olarak sağlıklı bir yaşam tarzı geliştirdim.	☐	☐	☐	☐	☐
9.	Diğer insanların gördükleri halimden hoşnutum.	☐	☐	☐	☐	☐
10.	Fırsat buldukça aynada görünüşümü kontrol ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
11.	Fiziksel yönden dayanıklı bir kişiyim.	☐	☐	☐	☐	☐
12.	Sportif yarışmalara katılmak benim için önemli değildir.	☐	☐	☐	☐	☐
13.	Fiziksel yönden iyilik halimi korumak için özel çaba harcamıyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
14.	Sağlık durumum beklenmedik iniş çıkışlar göstermektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
15.	Sağlıklı olmak yaşamımdaki en önemli şeylerden biridir.	☐	☐	☐	☐	☐
16.	Sağlığımı bozabilecek herhangi bir şeyi yapmam.	☐	☐	☐	☐	☐
17.	Birçok kişi benim iyi göründüğüm düşüncesindedir.	☐	☐	☐	☐	☐
18.	Her zaman iyi görünmek benim için önemlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
19.	Fiziksel becerileri kolayca öğrenirim.	☐	☐	☐	☐	☐
20.	Fiziksel gücümü artıracak şeyler yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐

21.	Nadiren hastalanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
22.	Kendim için sık sık sağlıkla ilgili kitap ve dergiler okurum.	☐	☐	☐	☐	☐
23.	Giysisiz (elbisesiz) görünüşümü beğeniyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
24.	Görünüşüm uygun olmadığında tedirgin olurum.	☐	☐	☐	☐	☐
25.	Genellikle nasıl göründüğüme dikkat etmeden elime ne geçerse giyerim.	☐	☐	☐	☐	☐
26.	Bedensel spor ve oyunlarda yetersizim.	☐	☐	☐	☐	☐
27.	Atletik (sportif) becerilerim üzerinde pek düşünmem.	☐	☐	☐	☐	☐
28.	Fiziksel dayanıklılığımı geliştirmeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
29.	Bedenimin bir günden bir güne nasıl olacağını hiç bilemiyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
30.	Hasta olduğumda hastalık belirtilerine fazla dikkat etmem.	☐	☐	☐	☐	☐
31.	Dengeli ve besleyici bir diyet almaya özel çaba harcamam.	☐	☐	☐	☐	☐
32.	Giydiklerimin üzerime uymasından hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
33.	İnsanların görünüşümle ilgili düşüncelerine aldırmam.	☐	☐	☐	☐	☐
34.	Saçlarımın güzel görünmesi için özel çaba harcarım.	☐	☐	☐	☐	☐
35.	Fizik yapımı beğenmiyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
36.	Fiziksel yönden aktif (hareketli) olmaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
37.	Sıklıkla hastalıklara karşı dayanıksız olduğumu düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
38.	Herhangi bir hastalık belirtisi ortaya çıktığında bedenimle yakından ilgilenirim.	☐	☐	☐	☐	☐
39.	Grip veya soğuk algınlığına yakalandığımda bu durumu önemsemem ve normal yaşamımı sürdürürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
40.	Fiziksel yönden çekici değilim.	☐	☐	☐	☐	☐
41.	Nasıl göründüğümü hiç düşünmem.	☐	☐	☐	☐	☐
42.	Fiziksel görünüşümü daima iyileştirmeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
43.	Fiziksel görünüşüm uyumludur.	☐	☐	☐	☐	☐
44.	Fiziksel sağlıkla ilgili çok şey biliyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
45.	Yıl boyunca düzenli spor yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐

46.	Fiziksel yönden sağlıklı bir kişiyim.	☐	☐	☐	☐	☐
47.	Fiziksel sağlığımdaki en küçük değişiklikleri bile fark ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
48.	Kendimde bir hastalığın ilk belirtileri ortaya çıktığında tıbbi yönden yardım isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
49.	Yüzümden hoşnutum. (yüz şekli, görünüşü, cilt)	☐	☐	☐	☐	☐
50.	Saçımdan hoşnutum. (rengi, sıklığı, yapısı)	☐	☐	☐	☐	☐
51.	Alt gövdemden hoşnutum. (kalçalar, bacak, uyluk)	☐	☐	☐	☐	☐
52.	Orta gövdemden hoşnutum. (mide, bel)	☐	☐	☐	☐	☐
53.	Üst gövdemden hoşnutum. (göğüsler, omuz, kollar)	☐	☐	☐	☐	☐
54.	Kas yapısından hoşnutum. (tonusu)	☐	☐	☐	☐	☐
55.	Ağırlığımdan hoşnutum. (kilo)	☐	☐	☐	☐	☐
56.	Boyumdan hoşnutum.	☐	☐	☐	☐	☐
57.	Tüm görünüşümden hoşnutum.	☐	☐	☐	☐	☐

Obsesif İnanışlar Ölçeği (OİÖ-44) (EK F)

Bu envanter insanların kapıldıkları farklı tutum ve inançları sıralamaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve ifadeye katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

Her bir ifade için sizin *düşüncenizi en iyi tanımlayan* rakamı işaretleyiniz. Soruların doğru ve yanlış cevabı yoktur.

Verilen ifadenin sizin genel bakış açınızı temsil edip etmediğine karar verirken *çoğu zaman* nasıl düşündüğünüzü gözünüzün önüne getiriniz.

Cevaplarken aşağıdaki ölçeği kullanınız:

(1)	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle katılmıyorum	Orta düzeyde katılmıyorum	Çok az katılmıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Çok az katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Tamamen katılıyorum

Soruları puanlarken ölçekteki orta noktayı (4) işaretlemekten kaçınınız. Daha çok kendi inanç ve tutumlarınıza göre genellikle ifadelere katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

1.	Çevremdeki şeylerin genellikle tehlikeli olduklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Bir şeyden tam olarak emin değilsem hata yapmam kaçınılmazdır.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Benim kendi ölçütlerime göre her şey mükemmel olmak zorundadır.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Değerli bir insan olabilmek için yaptığım her şeyde mükemmel olmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Fırsatını bulduğum zaman kötü şeylerin olmasını engellemek için harekete geçmem gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Zarar görme olasılığı olmasa bile her ne pahasına olursa olsun zararı engellemeye çalışmam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Bana göre kötü isteklere sahip olmak, onları gerçekten yapmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Tehlikeyi önceden gördüğümde harekete geçmezsem her türlü sonuçtan ben sorumlu olurum.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Bir şeyi mükemmel şekilde yapamayacaksam onu hiçbir şekilde yapmamalıyım.	1	2	3	4	5	6	7

10.	Her zaman bütün potansiyelimi kullanmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Bir duruma ilişkin olası bütün sonuçları dikkate almak benim için önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Küçük hatalar bile bir işin tamamlanmadığı anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Sevdiklerim hakkında saldırgan düşüncelere ve dürtülere sahipsem, bu benim içten içe onlara zarar vermek isteyebileceğim anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Kararlarımdan emin olmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Gündelik karşılaşılabilecek her türlü durumda, zarara engel olamamak kasten zarara sebep olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Ciddi problemlerden (örneğin, hastalık veya kazalar) kaçınmak benim açımdan sürekli çaba harcamayı gerektirir.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Benim için bir zararı engellememek zarara neden olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Bir hata yaparsam üzüntü duymam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Benim kararlarımın veya yaptıklarımın olumsuz sonuçlarının başkalarına herhangi bir zarar vermeyeceğinden emin olmam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Bana göre mükemmel olmayan şeyler doğru değildir.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Müstehcen düşüncelere sahip olmak korkunç bir insan olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Ekstra önlemler almazsam, ciddi bir kaza geçirme veya ciddi bir kazaya neden olma olasılığım bir başkasına göre çok daha fazladır.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Kendimi güvende hissedebilmek için ters gidebilecek herhangi bir şeye olabildiğince hazırlıklı olmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Tuhaf veya tiksinti uyandıran düşüncelerim olmamalı.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Benim için bir hata yapmak tümüyle başarısız olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Küçük meselelerde bile her şeyin açıkça belirlenmiş olması önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7

27.	Dine aykırı bir düşünceye sahip olmak din dışı bir şey yapmak kadar günahtır.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Zihnimi istenmeyen düşüncelerden uzak tutabilmeliyim.	1	2	3	4	5	6	7
29.	Kendime veya başkalarına kazara zarar vermeye diğer insanlardan daha yatkınım.	1	2	3	4	5	6	7
30.	Kötü düşüncelere sahip olmak benim acayip veya anormal biri olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
31.	Benim için önemli olan şeylerde en iyi olmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7
32.	İstenilmeyen bir cinsel düşünce veya hayale sahip olmak onu gerçekten yapmak istediğim anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
33.	Muhtemel bir felaketin yaşanmasında yaptıklarımın az bir etkisi bile olsa ortaya çıkacak sonuçtan ben sorumlu olurum.	1	2	3	4	5	6	7
34.	Dikkatli olduğum zamanlarda bile genellikle kötü şeylerin olacağı düşüncesine kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
35.	İstem dışı gelen düşüncelere sahip olmak kontrolden çıktığım anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
36.	Çok dikkatli olmazsam zarara sebep olacak olaylar meydana gelecektir.	1	2	3	4	5	6	7
37.	Bir şeyler tam olarak doğru bir şekilde yapılana kadar üzerinde çalışmam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
38.	Saldırgan düşüncelere sahip olmak kontrolü kaybedeceğim ve saldırganlaşacağım anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
39.	Bana göre bir felakete engel olamamak ona neden olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
40.	Bir işi mükemmel şekilde yapmazsam insanlar bana saygı göstermezler.	1	2	3	4	5	6	7
41.	Hayatımdaki sıradan deneyimler bile risk doludur.	1	2	3	4	5	6	7
42.	Kötü bir düşünceye sahip olmak ahlaki olarak kötü bir iş yapmaktan farklı değildir.	1	2	3	4	5	6	7
43.	Ne yaparsam yapayım yeterince iyi olmayacak.	1	2	3	4	5	6	7
44.	Düşüncelerimi kontrol etmezsem cezalandırılacağım.	1	2	3	4	5	6	7

Sağlık Anksiyetesi Envanteri (Kısa Versiyon) (EK G)

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1. (a) Sağlığımla ilgili endişelenmem.
   (b) Sağlığımla ilgili nadiren endişelenirim.
   (c) Sağlığımla ilgili çok sık endişelenirim.
   (d) Sağlığımla ilgili hemen her zaman endişelenirim.

2. (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim
   (b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim
   (c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim
   (d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.

3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında değilimdir.
   (b) Bazen vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında olurum.
   (c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
   (d) Sürekli vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.

4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.
   (b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
   (c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
   (d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.

5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
   (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
   (c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
   (d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
   (b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
   (c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
   (d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

7. (a) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
   (b) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
   (c) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
   (d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.

8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.
   (b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
   (c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.

(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.

9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.

10. (a) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersem nadiren ne olduğunu merak ederim.
(b) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersem çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
(c) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersem her zaman ne olduğunu merak ederim.
(d) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersem mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

11. (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.

12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.
(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte çoğunlukla zorlanırım.
(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte her zaman zorlanırım.

14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.
(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.
(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.

16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.
(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın bir çok alanını bozardı.
(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.
(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

KAYNAKÇA

Agopyan, A., Kenger, E. B., Kermen, S., Ülker, M. T., Uzsoy, M. A. ve Küçük Yetgin, M. (2019). The relationship between orthorexia nervosa and body composition in female stufdents of the nutrition and dietetics department. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 24*, 257–266. doi: 10.1007/s40519-018-0565-3

Aksoydan, E. ve Camci, N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders, 14*(1), 33–73. doi: 10.1007/BF0332779

Albayrak, Z. S., Tarakçıoğlu, M. C. ve Kadak, M. T. (2018). Association between cognitive beliefs and obsessive compulsive symtopms in non-clinical populations. *Medical Research Report, 1*(3), 46-49.

Allen, K. I., Gibson, L. Y., McLean, N., J., Davis, E. A. ve Byrne, S. M. (2014). Maternal and family factors and child eating pathology: Risk and protective relationships. *Journal of Eating Disorders, 2*(11). doi: 10.1186/2050-2974-2-11

Almeida, C., Borba, V. V. ve Santos, L. (2018). Orthorexia nervosa in a sample of Portuguese fitness participants. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 23*, 443–451. doi: 10.1007/s40519-018-0517-y

Alpaslan, A. H., Koçak, U., Avcı, K. ve Uzel Taş, H. (2015). The association between internet addiction and disordered eating attitudes among Turkish high school students. *Eating and Weight Disorders, 20*, 441–448. doi: 10.1007/s40519-015-0197-9

Álvarez-Malé, M. L., Bautista-Castaño, I. ve Serra-Majem, L. (2015). Factors associated with the risk of eating disorders. *Annals of Nutritional Disorders & Therapy, 2*(2), 1021.

Alvarenga, M. S., Scagliusi, F. B. ve Philippi, S. T. (2010). Development and validity of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS). *Perceptual and Motor Skills, 110*(2), 379-395.

American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Andersen, A. E. ve DiDomenico, L. (1992). Diet vs. shape content of popular male and female magazines: A dose-response relationship to the incidence of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders, 11*(3), 283–287. doi:10.1002/1098-108x(199204)11:3<283::aid-eat2260110313>3.0.co;2-o

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood. *American Psychologist, 55*(5), 469-480. doi: 10.1037//0003-066X.55.5.469

Arusoğlu, G. (2006). *Sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya) belirtilerinin incelenmesi, Orto-15 Ölçeğinin uyarlanması.* (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G. ve Merdol, T. K. (2008). Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 in Turkish. *Türk Psikiyatri Derg*isi, *19*(3), 1-9.

Asil, E. ve Sürücüoğlu, M. S. (2015). Orthorexia nervosa in Turkish dietitians. *Ecology of Food and Nutrition, 54*(4), 303–313. doi:10.1080/03670244.2014.987920

Augustus-Horvath, C. L. ve Tylka, T. L. (2009). A test and extension of objectification theory as it predicts disordered eating: Does women's age matter? *Journal of Counseling Psychology, 56*(2), 253–26.

Aydemir, Ö., Kırpınar, İ., Satı, T., Uykur, B. ve Cengisiz, C. (2013). Sağlık anksiyetesi ölçeğinin Türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi, 50*(4), 325-331. doi: 10.4274/npa.y6383

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

Barahmand, U. ve Shahbazi, Z. (2013). Prevalence of and associations between body dysmorphic concerns, obsessive beliefs and social anxiety. *Asia-Pacific Psychiatry, 7*(1), 54 -63.

Barker, E. T. ve Galambos, N. L. (2003). Body dissatisfaction of adolescent girls and boys. *The Journal of Early Adolescence, 23*(2), 141–165. doi:10.1177/0272431603023002002

Barnes, M. A. ve Caltabiano, M. L. (2017). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders, 22*, 177–184. doi: 10.1007/s40519-016-0280-x

Barrada, J. R. ve Roncero, M. (2018). Bidimensional structure of the orthorexia: Development and initial validation of a new instrument. *Anales de Psicología, 34*(2), 283. doi:10.6018/analesps.34.2.299671

Barsky, A. J., Wool, C., Barnett, M. C. ve Cleary, P. D. (1994). Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *The American Journal of Psychiatry, 151*(3), 397–401. doi:10.1176/ajp.151.3.397

Barthels, F., Meyer, F. ve Pietrowsky, R. (2015). Orthorexic eating behavior: A new type of disordered eating. *Ernahrungs Umschau, 62*(10), 156–161. doi:10.4455/eu.2015.029

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

Batı, A. H., Mandıracıoğlu, A., Govsa, F. ve Çam, O. (2018). Health anxiety and cyberchondria among Ege University health science students. *Nurse Education Today, 71*, 169-173. doi: 10.1016/j.nedt.2018.09.029

Bayar, Ö., Hascan Avcı, Ö. ve Koç, M. (2017). What's expected of men in Turkish culture: Perceptions of male university students. *International Journal Advances in Social Science and Humanities, 5*(9), 1-8.

Bearman, S. K., Presnell, K., Martinez, E. ve Stice, E. (2006) The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth Adolescence, 35*(2), 229–241.

Berman, N. C., Shaw, A. M. ve Wilhelm, S. (2018). Emotion regulation in patients with obsessive compulsive disorder: Unique effects for those with "taboo thoughts." *Cognitive Therapy and Research, 42*(5), 674–685. doi:10.1007/s10608-018-9911-z

Beck, A. T. ve Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy, 35*(1), 49–58. doi:10.1016/s0005-7967(96)00069-1

Bilali, A., Galanis, P., Velokanis, E. ve Katostaras, T. (2010). Factors associated with abnormal eating attitudes among Greek adolescents. *Journal of Nutrition Education and Behavior, 42*(5), 292-298. doi: 10.1016/j.jneb.2009.06.005

Blakey, S. M., Abramowitz, J. S. ve Mahaffey, B. L. (2016). Do obsessive beliefs predict body image disturbance?. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 11*, 96-100. doi:10.1016/j.jocrd.2016.08.007

Blanchard-Fields, F., Mienaltowski, A. ve Seay, R. B. (2007). Age differences in everyday problem-solving effectiveness: Older adults select more effective strategies for interpersonal problems. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62*(1), P61–P64. doi:10.1093/geronb/62.1.p61

Boysan, M., Beşiroğlu, L., Çetinkaya, N., Atlı, A. ve Aydın, A. (2010). Obsesif inanışlar ölçeği 44'ün (OİÖ-44) türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. *Archives of Neuropsychiatry, 47*, 216-222.

Bratman, S. (1997, Eylül- Ekim). Health food junkie. *Yoga Journal, 136*, https://books.google.com.tr/books?id=AOoDAAAAMBAJ&pg=PA44&lpg adresinden erişilmiştir.

Bratman, S. (2014). *What is orthorexia?.* http://www.orthorexia.com/what-is-orthorexia/ adresinden erişilmiştir.

Bratman, S. (2016). *Orthorexia: An update.* http://www.orthorexia.com/orthorexia-an-update/ adresinden erişilmiştir.

Bratman, S. (2017a). *Healthy eating vs. orthorexia.* http://www.orthorexia.com/healthy-eating-vs-orthorexia/ adresinden erişilmiştir.

Bratman, S. (2017b). Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eating and Weight Disorders, 22*, 381-385.

Brenner, J. B. ve Cunningham, J. (1992). Gender differences in eating attitudes, body concept, and self-esteem among models. *Sex Roles, 27*(7-8), 413-437.

Brown, T. A., Cash, T. F. ve Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal body image assessment: Factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 55*, 135-144.

Brytek-Matera, A. (2014). Healthy eating obsession in women with anorexia nervosa: A case control study. Gramaglia, C., Zeppegno, P. (Ed.), *New developments in anorexia nervosa resesarch* içinde (s. 39-51). New York: Nova Science Publishers.

Brytek-Matera, A., Rogoza, R., Gramaglia, C. ve Zeppegno, P. (2015). Predictors of orthorexic behaviours in patients with eating disorders: a preliminary study. *BMC Psychiatry, 15*(1). doi:10.1186/s12888-015-0628-1

Brytek-Matera, A., Donini, L. M., Krupa, M., Poggiogalle, E. ve Hay, P. (2015). Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *Journal of Eating Disorders, 3*(2), 2-8.

Brytek-Matera, A., Donini, L. M., Krupa, M., Poggiogalle, E. ve Hay, P. (2016). Erratum to: Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *Journal of Eating Disorders, 4*, 16. doi: 10.1186/s40337-016-0105-3

Bucchianeri, M. M., Arikian, A. J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E. ve Neumark-Sztainer, D. (2013). Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image, 10*(1), 1-7. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.09.001.

Bundros, J., Clifford, D., Silliman, K. ve Neyman Morris, M. (2016). Prevalence of Orthorexia nervosa among college students based on Bratman's test and associated tendencies. *Appetite, 101*, 86–94. doi:10.1016/j.appet.2016.02.144

Calzo, J. P., Sonneville, K. R., Haines, J., Blood, E. A., Field, A. E. ve Austin, S. B. (2012). The development of associations among BMI, body dissatisfaction, and weight and shape concern in adolescent boys and girls. *Journal of Adolescents Health, 51*(5), 517-523. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.02.021.

Carlson Jones, D. (2004). Body image among adolescent girls and boys: A longitudinal study. *Developmental Psychology, 40*(5), 823–835. doi:10.1037/0012-1649.40.5.823

Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M. ve Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist, 54*(3), 165- 181.

Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U. ve Nesselroade, J. R. (2000). Emotional experience in everyday life across adult life span. *Personality and Social Psychology, 79*(4), 644-655.

Cash, T. F., Winstead, B. A. ve Janda, L. H. (1985). Your body, yourself: A Psychology Today reader survey. *Psychology Today, 19* (7), 22-26

Cash, T. F., Winstead, B. W. ve Janda, L. H. (1986). The great American shape-up: Body image survey report. *Psychology Today, 20*(4), 30-37.

Cash, T. F. (1994). Body-image attitudes: evaluation, investment, and affect. *Perceptual and Motor Skills, 78*(3), 1168–1170. doi:10.2466/pms.1994.78.3c.1168

Cash, T. F. (2000). *The multidimensional body-self relations questionnaire*. MBRSQ Users Manual (third revision), Old Dominion University, Norfolk VA.

Cash, T. F. (2011). Cognitive-behavioral perspecives on body image. Cash, T. F., Smolak, L. (Ed.), *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* içinde (s. 39-46). https://books.google.com.tr/books?id=5IptKkNwTvkC&pg adresinden edinilmiştir.

Cash, T. F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, 334–342. doi:10.1016/b978-0-12-384925-0.00054-7

Chaki, B., Pal, S. ve Bandyopadhyay, A. (2013). Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: a newly emerging eating disorder. *Journal of Human Sport & Exercise, 8*(4), 1045–1053.

Chandarana, P., Helmes, E. ve Benson, N. (1988). Eating attitudes as related to demographic and personality characteristics: A high school survey. *The Canadian Journal of Psychiatry, 33*(9), 834–837. doi:10.1177/070674378803300910

Christensen, H., Jorm, A. F., Mackinnon, A. J., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Henderson, A. S. ve Rodgers, B. (1999). Age differences in depression and anxiety symptoms: a structural equation modelling analysis of data from a general population sample. *Psychological Medicine, 29*(2), 325–339. doi:10.1017/s0033291798008150

Clark, M. M., Croghan, I. T., Reading, S., Schroeder, D. R., Stoner, S. M., Patten, C. A. ve Vickers, K. S. (2005). The relationship of body image dissatisfaction to cigarette smoking in college students. *Body Image, 2*(3), 263-70. doi: 10.1016/j.bodyim.2005.05.002

Clifford, T. ve Blyth, C. (2018). A pilot study comparing the prevalence of orthorexia nervosa in regular students and those in University sports teams. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. doi:10.1007/s40519-018-0584-0

Conti, S., Masocco, M., Meli, P., Minelli, G., Solimini, R., Toccaceli, V. ve Vichi, M. (2004). Eating habits and lifestyles: a multivariate analysis of the data from an Italian population-based survey. *Nutrition Research, 24*(7), 495–507. doi:10.1016/j.nutres.2003.11.014

Costarelli, V., Demerzi, M. ve Stamou, D. (2009). Disordered eating attitudes in relation to body image and emotional intelligence in young women. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 22*(3), 239–245. doi:10.1111/j.1365-277x.2009.00949.x

Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story M. ve Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health, 31*(2), 166-175. doi: 10.1016/S1054-139X(02)00368-3

Çiçekoğlu, P. ve Tunçay, G. Y. (2018). A comparison of eating attitudes between vegans/vegetarians and nonvegans/nonvegetarians in terms of orthorexia nervosa. *Archives of Psychiatric Nursing, 32*, 200-205.

De Souza Ferreiraa, J. E., De Souza Jr., P. R. B., Da Costa, R. S., Sichieri, G. ve Da Veiga, G. V. (2013). Disordered eating behaviors in adolescents and adults living

in the same household in metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil. *Psychiatry Research, 210*(2), 612-617. doi: 10.1016/j.psychres.2013.06.021

Deacon, B., J. ve Abromowitz, J. (2008). Is hypocondriasis related to obsessive-compulsive disorder, panic disorder, or both? An empirical evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 22*(2), 115- 127. doi: 10.1891/0889-8391.22.2.115

Dell'Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Pini, S., Castellini, G., Carmassi, C. ve Ricca, V. (2016). Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive–compulsive spectrum. *Neuropsychiatric Disease and Treatment,12*, 1651–1660.

Dell'Osso, L., Carpita, B., Muti, D., Cremone, I. M., Massimetti, G., Diadema, E., Gesi, C., ve Carmassi, C. (2018). Prevalence and characteristics of orthorexia nervosa in a sample of university students in Italy. *Eating and Weight Disorders ,23*, 55–65. doi: 10.1007/s40519-017-0460-3

Depa, J., Schweizer, J., Bekers, S. K., Hilzendegen, C. ve Stroebele-Benschop, N. (2017). Prevalence and predictors of orthorexia nervosa among German students using the 21-item-DOS. *Eating and Weight Disorders,22*,193–199. doi: 10.1007/s40519-016-0334-0

Diehl, M., Coyle, N. ve Labouvie-Vief, G. (1996). Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychology and Aging, 11*(1), 127–139. doi:10.1037/0882-7974.11.1.127

Dittfeld, A., Gwizdek, K., Jagielski, P., Brzek, A. ve Ziora, K. (2017). A study on the relationship between orthorexia and vegetarianism using the BOT (Bratman Test for Orthorexia). *Psychiatria Polska, 51*, 1133–1144. doi: 10.12740/PP/ 75739.

Doğan, O. ve Doğan, S. (1992). *Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği El Kitabı.* Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları.

Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M. ve Canella, C. (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders, 9*, 151-157.

Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M. ve Cannella, C. (2005) Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders, 10*, 28-32.

Drobnjak, S., Atsız, S., Ditzen, B., Tuschen-Caffier, B. ve Ehlert, U. (2014). Restrained eating and self-esteem in premenopausal and postmenopausal women. *Journal of Eating Disorders, 2*(23), 2-10.

Dunlosky, J. ve Metcalfe, J. (2009). *Metacognition*. Sage Publications, Inc.

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

Dürü, Ç. ve Sayılgan, M. A. (2009). Obsesif-kompulsif bozuklukta bilişsel-davranışçı yaklaşım. Savaşır, I., Soygüt, G., Barışkın, E. (Ed.), *Bilişsel-Davranışçı Terapiler* içinde (s.96). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Dwyer, J. T., Feldman, J. J. ve Mayer, J. (1967). Adolescent dieters: Who are they? *The American Journal of Clinical Nutrition, 20*(10), 1045–1056. doi:10.1093/ajcn/20.10.1045

Edman, J. ve Yates, A. (2004). Eating attitudes among college students in Malaysia: An ethnic and gender comparison. *European Eating Disorders Review, 12*, 190–196.

Enriquez, E., Duncan, G. E. ve Schur, E. A. (2013). Age at dieting onset, body mass index, and dieting practices: A twin study. *Appetite, 71*, 301–306. doi:10.1016/j.appet.2013.09.001.

Eriksson, L., Baigi, A., Marklund, B. ve Lindgren, E. C. (2008). Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 18*, 389–394. doi: 10.1111/j.1600-0838.2007.00723.x

Fairburn, C. G., Shafran, R. ve Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 37*(1), 1–13. doi:10.1016/s0005-7967(98)00102-8

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

Ferguson, E. (2008). A taxometric analysis of health anxiety. *Psychological Medicine, 39*(02), 277. doi:10.1017/s0033291708003322

Fidan, T., Ertekin, V., Işıkay, S. ve Kırpınar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry, 51*(1), 49–54.

Foa, E. B., Sacks, M. B., Tolin, D. F., Prezworski, A. ve Amir, N. (2002). Inflated perception of responsibility for harm in OCD patients with and without checking compulsions: a replication and extension. *Journal of Anxiety Disorders, 16*(4), 443–*453.* doi:10.1016/s0887-6185(02)00128-7

Furnham, A. ve Calnan, A. (1998). Eating disturbance, self-esteem, reasons for exercising and body weight dissatisfaction in adolescent males. *European Eating Disorders Review, 6*, 58,72.

Furnham, A., Badmin, N. ve Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: Gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *The Journal of Psychology, 136*(6), 581–596.

Gagne, D. A., Von Holle, A., Brownley, K. A., Runfola, C. D., Hofmeier, S., Branch, K. E. ve Bulik, C. M. (2012). Eating disorder symptoms and weight and shape concerns in a large web-based convenience sample of women ages 50 and above: Results of the gender and body image (GABI) study. *International Journal of Eating Disorders, 45*(7), 832–844. doi:10.1002/eat.22030

Gan, W. Y., Taib, M. N., Shariff, Z. M. ve Saad, H. A. (2011). Disordered eating behaviors, depression, anxiety and stress among Malaysian university students [Özet]. *College Student Journal, 45*, 296–302.

Gardner, R. M. (2012). Measurement of perceptual body image. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance,* 526–532. doi:10.1016/b978-0-12-384925-0.00083-3

Gargari, B. P., Kooshavar, D., Seyed-Sajadi, N., Karami, S., Behzad, M. H. ve Shahrokhi H. (2011). Disordered eating attitudes and their correlates among Iranian high school girls. *Health Promotion Perspectives, 1*(1), 41-49.

Garner, D. M. ve Garfinkel, P. E. (1979). The EAT: An index of the symptoms of anorexia. *Psychological Medicine, 9*, 273-279.

Gerolimatos, L. A. ve Edelstein, B. (2012). Predictors of health anxiety among older and young adults. *International Psychogeriatrics, 24*(12), 1998-2008.

Gezer, C. ve S. Kabaran. (2013). Nutrition and dietetics department orthorexia nervosa risk observed among female students. *S.D.Ü Sağlık Bilimleri Dergisi, 4*,14–22.

Gilbert, N. ve Meyer. C. (2005). Fear of negative evaluation and the development of eating psychopathology: A longitudinal study among nonclinical women. *International Journal of Eating Disorders, 37*, 307–312.

Gonidakis, F., Lemonoudi, M., Charila, D. ve Varsou, E. (2018). A study on the interplay between emerging adulthood and eating disorder symptomatology in young adults. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 23*,797–805. doi:10.1007/s40519-018-0552-8

Grammatikopoulou, M. G., Gkiouras, K., Markaki, A., Theodoridis, X., Tsakiri, V., Mavridis, P., Dardavessis, T., ve Chourdakis, M. (2018). Food addiction, orthorexia, and food-related stress among dietetics students. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity (2018) 23*, 459–467. doi:10.1007/s40519-018-0514-1

Grave, R. D., De Luca, L. ve Oliosi, M. (1997). Eating attitudes and prevalence of eating disorders: A survey in secondary schools in Lecce, southern Italy. *Eating and Weight Disorders, 1*, 34-37.

Green, J. S. ve Teachman, B. A. (2013). Predictive validity of explicit and implicit threat overestimation in contamination fear. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2*(1), 1–8. doi: 10.1016/j.jocrd.2012.09.002

Griffiths, J.A. ve McCabe, M. P. (2000). The influence of significant others on disordered eating and body dissatisfaction among early adolescent girls. *European Eating Disorders Review, 8*(4), 301-314.

Grogan, S. ve Wainwright, N. (1996). Growing up in the culture of slenderness. *Women's Studies International Forum, 19*(6), 665–673. doi:10.1016/s0277-5395(96)00076-3

Grogan, S. (2017). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children.* London: Routledge.

Grossmann, I., Karasawa, M., Kan, C. ve Kitayama, S. (2014). A cultural perspective on emotional experiences across the life span. *Emotion, 14*(4), 679–692. doi: 10.1037/a0036041

Hadjistavropoulos, H. ve Lawrence, B. (2007). Does anxiety about health influence eating patterns and shape-related body checking among females? *Personality and Individual Differences, 43*(2), 319–328. doi:10.1016/j.paid.2006.11.021

Hayles, O., Wu, M. S., De Nadai, A. S. ve Storch, E. A. (2017). Orthorexia nervosa: An examination of the prevalence, correlates, and associated impairment in a university sample. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 31*, 124–135. doi: 10.1891/ 0889-8391.31.2.124.

Hirst, R. B., Beard, C. L., Colby, K. A., Quittner, Z., Mills, B. M. ve Lavender, J. M. (2017). Anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis of executive functioning. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 83*, 678-690. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.08.011

Humphreys, J. D., Clopton, J. R. ve Reich, D. A. (2007). Disordered eating behavior and obsessive compulsive symptoms in college students: Cognitive and affective similarities. *Eating Disorders, 15*(3), 247–259. doi:10.1080/10640260701323508

Ivanova, M. R., Bakova, D., Semerdjieva, M., Torniova, B., Tilov, B. ve Rainkova, E. (2017). Disordered eating attitudes and behaviors: Gender differences in adolescence and young adulthood. *Journal of Women's Health Care, 6*(3), 1-8. doi: 10.4172/2167-0420.1000368

Johnson, F. ve Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(1), 119–125. doi:10.1037/0021-843x.114.1.119

Joiner, T. E., Hearthon, T. F. ve Keel, P. K. (1997). Ten-year stability and predictive validity of five bulimia-related indicators. *American Journal of Psychiatry, 154*(8), 1133–1138. doi:10.1176/ajp.154.8.1133

Jones, J. M., Bennett, S., Olmsted, M. P., Lawson, M. L. ve Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *Canadian Medical Association Journal, 165*(5), 547-552.

Karakuş, B., Hidiroğlu, S., Keskin, N. Ve Karavus, M. (2017). Orthorexia nervosa tendency among students of the department of nutrition and dietetics at a university in Istanbul. *Northern Clinics of Istanbul, 4*(2), 117-123. doi: 10.14744/nci.2017.20082

Konstantellou, A. ve Reynolds, M. (2010). Intolerance of uncertainty and metacognitions in a non-clinical sample with problematic and normal eating attitudes. *Eating Behaviors, 11*(3), 193-6. doi: 10.1016/j.eatbeh.2010.01.003.

Kotler, L., A., Cohen, P., Davies, M., Pine, D. S. ve Walsh, B. T. (2001). Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(12), 1434-1440.

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

Kranzler, A., Elkins, R. M. ve Albano, A. M. (2019). Anxiety in emerging adulthood: A developmentally informed treatment model. *Pediatric Anxiety Disorders, 499–519.* doi:10.1016/b978-0-12-813004-9.00022-0

Kummer, A., Dias, F. M. ve Teixeira, A. L. (2008). On the concept of orthorexia nervosa. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 18*, 395-6.

Labouvie-Vief, G. ve Blachard-Fields, F. (1982). Cognitive ageing and psychological growth.. *Ageing and Society, 2*(02), 183–209. doi:10.1017/s0144686x00009429

Lavender, A., Shubert, I., Silva, P. ve Treasure, J. (2006). Obsessive-compulsive beliefs and magical ideation in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 45*(3), 331–342. doi:10.1348/014466505x53579

Leit, R. A., Gray, J. J. ve Pope, H. G. (2002). The media's representation of the ideal male body: A cause for muscle dysmorphia? *International Journal of Eating Disorders, 31*(3), 334–338. doi:10.1002/eat.10019

Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L. ve Cudeck, R. (1993). Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology, 102*(3), 438–444. doi:10.1037/0021-843X.102.3.438

Liechty, J. M. (2010). Body image distortion and three types of weight loss behaviors among nonoverweight girls in the United States. *Journal of Adolescent Health 47*, 176–182.

MacEvilly, C. (2001). The price of perfection. *Nutrition Bulletin, 26*(4), 275–276. doi:10.1046/j.1467-3010.2001.00182.x

MacNeill, L. P., Best, L. A. ve Davis, L. L. (2017). The role of personality in body image dissatisfaction and disordered eating: discrepancies between men and women. *Journal of Eating Disorders, 5*(44), 1-9. doi: 10.1186/s40337-017-0177-8

Maghetti, A., Cicero, A. F. G., D'Ignazio, E., Vincenzi, M., Paolini, B., Lucchin, L., Malvaldi, F., Maghetti, A., Culicchi, V., Del Ciondolo, I., D'Ignazio, E., Paolini, B., Malfi, G., Vassallo, D., De Donà, F., Caregaro, L., Situlin, R., Vinci, P., Marucci, S. ve Vincenzi, M. (2015). Orthorexia prevalence among health care professionals involved in nutrition education: the ADI-O study. *Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism, 8*(2):199–204. doi: 10.3233/MNM-140039

Mallick, N., Ray, S. ve Mukhopadhyay, S. (2014). Eating behaviours and body weight concerns among adolescent girls. *Advances in Public Health, 2014*, 1-7. doi:10.1155/2014/257396

Malmborg, J., Bremander, A., Olsson, M. C. ve Bergman, S. (2016). Health status, physical activity, and orthorexia nervosa: A comparison between exercise science students and business students. *Appetite, 109*, 137-143. doi: 10.1016/j.appet.2016.11.028

Mathieu, J. (2005). What is orthorexia?. *Journal of American Dietetic Association, 105*(10), 1510-1512. doi: 10.1016/j.jada.2005.08.021

Mccomb, S. E. ve Mills, J. S. (2019). Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite, 140*, 50-75.

McMullan, R. D., Berle, D., Arnáez, S. ve Starcevic, V. (2018). The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cyberchondria: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders.* doi:10.1016/j.jad.2018.11.037

Melli, G., Rustici, S., Micheli, E., Stopani, E., Carraresi, C. ve Bulli, F. (2014). Il ruolo della responsabilità ipertrofica nel disturbo d′ansia per la salute: un'indagine esplorativa. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 20*, 343–355.

Michou, M. ve Costarelli, V. (2011). Disordered eating attitudes in relation to anxiety levels, self esteem, and body image in female basketball players. *Journal of Exercise Science & Fitness, 9*(2), 109-115.

Missbach, B., Hinterbuchinger, B., Dreiseit, V., Zellhofer, S., Kurz, C. ve 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), e0135772. doi:10.1371/ journal.pone.0135772

Mitchison, D., Hay, P., Slewa-Younan, S. ve Mond, J. (2014). The changing demographic profile of eating disorder behaviors in the community. *BMC Public Health, 14*(1), 2-9. doi:10.1186/1471-2458-14-943

Moroze, R. M., Dunn, T. M., Craig Holland, J., Yager, J. ve Weintraub, P. (2015). Microthinking about micronutrients: A case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal "orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics, 56*(4), 397–403. doi:10.1016/j.psym.2014.03.003

Munkholm, A., Olsen, E. M., Rask, C. U., Clemmensen, L., Rimvall, M. K., Jeppesen, P., Micali, N. ve Skovgaard, A. M. (2016). Eating behaviours in preadolescence are associated with body dissatisfaction and mental disorders- results of CCC2000 study. *Appetite, 101*, 46-54.

Musaiger, A. O., Al-Mannai, M., Tayyem, R., Al-Lalla, O., Ali, E. Y. A., Kalam, F., Benhamed, M. M., Saghir, S., Halahleh, I., Djooudi, Z. ve Chirane, M. (2012). Risk of disordered eating attitudes among adolescents in seven Arab countries by gender and obesity: A cross-cultural study. *Appetite, 60*, 162-167.

Nestadt, G., Kamath, V., Maher, B. S., Krasnow, J., Nestadt, P., Wang, Y., Bakker, A. ve Samuels, J. (2016). Doubt and the decision-making process in obsessive-compulsive disorder. *Medical hypotheses, 96*, 1–4. doi: 10.1016/j.mehy.2016.09.010

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M. ve Fulkerson, J. A. (2004). Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents? *Journal of Adolescent Health, 35*, 350-359.

Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J. ve Story, M. (2006). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of Adolescent Health, 39*(2), 244–251.

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, M. I., Eisenberg, M. E. ve Loth, K. (2011). Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Journal of The American Dietetic Association, 111*(7), 1004–1011.

Neumark-Sztainer, D. ve Eisenberg, M. E. (2014). Body image concerns, muscle-enhancing behaviors, and eating disorders in males. *JAMA, 312*(20), 2156-2157.

Nigar, A. ve Naqvi, I. (2019). Body dissatisfaction, perfectionism, and media exposure among adolescents. *Pakistan Journal of Psychological Research, 34*(1), 57-77. doi: 10.33824/PJPR.2019.34.1.4

Noyes, R., Stuart, S., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S. L. ve Yagla, S. J. (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics, 43*(4), 282–289. doi:10.1176/appi.psy.43.4.282

Noyes, R., Stuart, S. P., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S. L., Muller, B. A. ve Yagla, S. J. (2003). Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosomatic Medicine, 65*(2), 292–300. doi:10.1097/01.psy.0000058377.50240.64

Oberle, C. D., Watkins, R. S. ve Burkot, A. J. (2017a). Orthorexic eating behaviors related to exercise addiction and internal motivations in a sample of university students. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 23*(1), 67–74. doi:10.1007/s40519-017-0470-1

Oberle, C. D., Samaghabadi, R. O. ve Huhges, E. M. (2017b). Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite, 108*, 303-310. doi: 10.1016/j.appet.2016.10.021

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group [OCCWG]. (1997). Cognitive assesment of obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy, 35*(7), 667-681.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group [OCCWG]. (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behavior Research and Therapy, 39*, 987-1006.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group [OCCWG]. (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy 41* ,863–878.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group [OCCWG]. (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory - part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1527- 1542.

O'Dea, J. A. ve Abraham, S. (2000). Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders, 28*(1), 43–57. doi:10.1002/(sici)1098-108x(200007)28:1<43::aid-eat6>3.0.co;2-d

Ohring, R., Graber, J. A. ve Brooks-Gunn, J. (2002). Girls' recurrent and concurrent body dissatisfaction: Correlates and consequences over 8 years. *International Journal of Eating Disorders, 31*(4), 404–415. doi:10.1002/eat.10049

Olstad, S., Solem, S., Hjemdal, O. ve Hagen, R. (2015). Metacognition in eating disorders: comparison of women with eating disorders, self reported history of eating disorders or psychiatric problems, and healthy controls. *Eating Behaviors, 16*, 17-22.

Palma-Coca, O., I.Hernández-Serrato, M., Villalobos-Hernández, A., Unikel-Santoncini, C., Olaiz-Fernandez G. ve Bojorquez-Chapela, I. (2011). Association of socioeconomic status, problem behaviors, and disordered eating in Mexican adolescents: Results of the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006. *Journal of Adolescent Health, 49*(4), 400-406. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.01.019

Papageorgiou, C. ve Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research, 27*(3), 261-273.

Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J. ve Eisenberg, M. E. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 35*(4), 539–549. doi:10.1207/s15374424jccp3504_5

Pengpid, S. ve Peltzer, K. (2018). Risk of disordered eating attitudes and its relation to mental health among university students in ASEAN. *Eating and Weight Disorders- Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23, 349-355. doi: 10.1007/s40519-018-0507-0

Poyraz, C. A., Tüfekçioğlu, E. Y., Özdemir, A., Baş, A., Kanı, A. S., Erginöz, E. ve Duran., A. (2015). Relationship between orthorexia and obsessive-compulsive symptoms in patients with generalised anxiety disorder, panic disorder, and obsessive compulsive disorder. *Yeni Symposium, 53*, 22 –26. doi:10.5455/NYS. 20156102321402652054 90

Presnell, K., Bearman, S. K. ve Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders, 36*(4), 389–401. doi:10.1002/eat.20045

Pennequin, V., Questel, F., Delaville, E., Delugre, M. ve Maintenant, C. (2019). Metacognition and emotional regulation in children from 8 to 12 years old. *British Journal of Educational Psychology.* doi:10.1111/bjep.12305

Quick, V. M. ve Byrd-Bredbenner, C. (2013). Disturbed eating behaviours and associated psychographic characteristics of college students. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 26*(Suppl. 1), 53–63.

Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behavior Research and Therapy, 31*(2), 149-154.

Rachman, S., Thordarson, D. S., Shafran, R. ve Woody, S. R. (1995). Perceived responsibility: Structure and significance. *Behaviour Research and Therapy, 33*(7), 779–784. doi:10.1016/0005-7967(95)00016-q

Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 35*(9), 793-802.

Ramacciotti, C. E., Coli, E., Marcacci, G., Polese, L., Gabbriellini, G. ve Bianchi, M. (2005). Different pathways towards anorexia nervosa. Swain, P. I. (Ed.), *Trends in Eating Disorders* içinde (s.10). https://books.google.com.tr/books?id=X9XXnZoZw0AC&pg adresinden erişilmiştir.

Ramacciotti, C. E., Perrone, P., Coli, E., Burgalassi, A., Conversano, C., Massimetti, G. ve Dell'Osso, L. (2011). Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eating and Weight Disorders,16*(2), 127–30.

Rask, C. U., Elberling, H., Skovgaard, A. M., Thomsen, P. H. ve Fink, P. (2012). Parental-Reported Health Anxiety Symptoms in 5- to 7-Year-Old Children: The Copenhagen Child Cohort CCC 2000. *Psychosomatics, 53*(1), 58–67. doi:10.1016/j.psym.2011.05.006

Reas, D. L., Whisenhunt, B. L., Netemeyer, R. ve Williamson, D. A. (2002). Development of the body checking questionnaire: A self-report measure of body checking behaviors. *International Journal of Eating Disorders, 31*(3), 324–333. doi:10.1002/eat.10012

Reba-Harrelson, L., Von Holle, A, Hamer, R. M., Swann, R., Reyes, M. L. ve Bulik, C. M. (2009). Patterns and prevalence of disordered eating and weight control behaviors in women ages 25-45. *Eating Weight Disorders, 14*(4), 190-198.

Reuman, L., Jacoby, R. J., Blakey, S. M., Riemann, B. C., Leonard, R. C. ve Abramowitz, J. S. (2017). Predictors of illness anxiety symptoms in patients with obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research, 256*, 417–422.

Reynolds, R. (2018). Is the prevalence of orthorexia nervosa in an Australian university population 6.5%? *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 23*(4), 453–458. doi:10.1007/s40519-018-0535-9

Rohde, P., Stice, E., Shaw, H., Gau, J. M. ve Ohls, O. C. (2017). Age effects in eating disorder baseline risk factors and prevention intervention effects. *International Journal of Eating Disorders, 50*(11), 1273–1280. doi:10.1002/eat.22775

Rolland, K., Farnill, D. ve Griffiths, R. A. (1997). Body figure perceptions and eating attitudes among Australian schoolchildren aged 8 to 12 years. *International Journal of Eating Disorders, 21*, 273–278.

Rubenstein, C. S., Altemus, M., Pigott, T. A, Hess, A. ve Murphy, D. L. (1995). Symptom overlap between OCD and bulimia nervosa. *Journal of Anxiety Disorders, 9* , l-9.

Rusticus, S. A. ve Hubley, A. M. (2006). Measurement invariance of the multidimensional body-self relations questionnaire: Can we compare across age and gender? *Sex Roles, 55,* 827–842. doi: 10.1007/s11199-006-9135-7

Salkovskis, P. M. ve Warwick, H. M. C. (1986). Case histories and shorter communications: Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy*, *24*(5), 597-602.

Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 29-52.

Salkovskis, P. M., Shafran, R., Rachman, S. ve Freeston, M. H. (1999). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 1055-1072.

Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C. ve Clark, D. M. (2002). The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine, 32*(05), 843-853.

Santos, J., Marques, M., Carvalho, C., Silva, M. I., Conceição, L., Espírito Santo, H. ve Simões, S. (2013). Differences in eating habits/behaviours and eating disorders symptoms in adolescents from a rural and a urban school. *European Psychiatry, 28*(1). doi: 10.1016/S0924-9338(13)76305-3

Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Pertschuk, M. J. ve Whitaker, L. A. (1998*).* Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plastic and Reconstructive Surgery, 101*(6), 1644–1649. doi:10.1097/00006534-199805000-00035

Savaşır, I. ve Erol, N. (1989). Yeme tutum testi: Anoreksiya nervoza belirleyicileri indeksi. *Psikoloji Dergisi, (7),* 19-25.

Scott, C. I., Haycraft, E. ve Plateau. C. R. (2019). Team mate influences on the eating attitudes and behaviours of athletes: A systematic review. *Psychology of Sport & Exercise, 43*, 183- 194.

Segura-García, C., Papaianni, M. C., Caglioti, F., Procopio, L., Nisticò, C. G., Bombardiere, L., Ammendolia, A., De Fazio, P. ve Capranica, L. (2012). Orthorexia Nervosa: A frequent eating disordered behavior in athletes. *Eating and Weight Disorders*, *17*(4), 226-233. doi: 10.3275/8272

Segura-Garcia, C., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloi, M., Caroleo, M., Bruni, A., Gazzarrini, D., Sinopoli, F. ve De Fazio, P. (2015). The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eating and Weight Disorders, 20*, 161-166. doi:10.1007/s40519-014-0171-y

Shafran, R., Thordarson, D. S. ve Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 10*(5), 379-391.

Shafran, R., Egan, S. ve Wade, T. (2018). *Mükemmeliyetçilik*. Dilek Onuk (Çev.). İstanbul: Kuraldışı.

Shaheen, A., Kumar, H., Dev, W., Parkash, O. ve Rai, K. (2016). Gender difference regarding body image: a comparative study. *Advances in Obesity, Weight Management & Control, 4*(4), 76-79.

Shisslak, C. M., Crago, M., McKnight, K. M., Estes, L. S., Gray, N. ve Parnaby, O. G. (1998). Potential risk factors associated with weight control behaviors in elementary and middle school girls. *Journal of Psychosomatic Research, 44*(3-4), 301–313. doi:10.1016/s0022-3999(97)00256-0

Slade, P. D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology, 21*, 167-179.

Solem, S., Borgejordet, S., Haseth, S., Hansen, B., Haland, A. ve Bailey, R. (2015). Symptoms of health anxiety in obsessive–compulsive disorder: Relationship with treatment outcome and metacognition. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 5*, 76-81. doi:10.1016/j.jocrd.2015.03.002

Steketee, G., Frost, R. O. ve Cohen, I. (1998). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 12*(6), 525–537. doi:10.1016/s0887-6185(98)00030-9

Sternheim, L., Startup, H. ve Schmidt, U. (2011). An experimental exploration of behavioral and cognitive-emotional aspects of intolerance of uncertainty in eating disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 806-812.

Stice, E. (1998). Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 36* ,931-944.

Stice, E. ve Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology, 38*(5), 669–678. doi: 10.1037//0012-1649.38.5.669

Stice, E. (2003). Puberty and body image. Hayward, C. (Ed.), *Gender differences at puberty* (p. 61–76). Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511489716.005

Sunderland, M., Newby, J. M. ve Andrews, G. (2012). Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *British Journal of Psychiatry, 202*(01), 56–61. doi:10.1192/bjp.bp.111.103960

Şanlıer, N., Yassıbaş, E., Bilici, S., Şahin, G. ve Çelik, B. (2016). Does the rise in eating disorders lead to increasing risk of orthorexia nervosa? Correlations with gender, education, and body mass index. *Ecology of Food and Nutrition, 55*(3), 266-278. doi: 10.1080/03670244.2016.1150276

Taylor, S. (2002). Cognition in obsessive compulsive disorder: An overview. Frost, R. O., Tolin, D. F. (Ed.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment* içinde (s.4). New York: Pergamon.

Teachman, B. A. (2006). Pathological disgust: In the thoughts, not the eye, of the beholder. *Anxiety, Stress & Coping, 19*(4), 335–351. doi:10.1080/10615800601055923

Thompson, J. K. ve Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for bodyimage disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science, 10*, 181–183.

Thorgaard, M. V., Frostholm, L. ve Rask, C. U. (2018). Childhood and family factors in the development of health anxiety: A systematic review. *Childeren's Health Care, 47*(2), 198–238. doi:10.1080/02739615.2017.1318390

Tiggemann, M. ve Pickering, A. S. (1996). Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders, 20*(2), 199-203.

Tiggemann, M. (2005). Body dissatisfaction and adolescent self-esteem: Prospective findings. *Body Image, 2*(2), 129–135. doi:10.1016/j.bodyim.2005.03.006

Tiggemann, M., Martins, Y. ve Kirkbride, A. (2007). Oh to be lean and muscular: Body image ideals in gay and heterosexual men. *Psychology of Men & Masculinity, 8*(1), 15–24. doi:10.1037/1524-9220.8.1.15

Todd, G. (2019). *Yeme Bozuklukları*. Nur Yener (Çev.). İstanbul: Kuraldışı.

Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D. ve Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(2), 233–242. doi:10.1016/s0887-6185(02)00182-2

Tripathi, A., Avasthi, A., Grover, S., Sharma, E., Lakdawala, B. M., Thirunavukarasu, M., Dan, A., Sinha, V., Sareen, H., Mishra, K. K., Rastogi, P., Srivastava, S., Dhingra, I., Behere, P. B., Solanki, R. K., Sinha, V. K., Desai, M. ve Janardhan Reddy, Y. C. (2018). Gender differences in obsessive-compulsive disorder: Findings from a multicentric study from India. *Asian Journal of Psychiatry, 37*, 3-9. doi: 10.1016/j.ajp.2018.07.022

Turner, P. G. ve Lefevre, C. E. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders, 22*, 277–284. doi:10. 1007/s40519-017- 0364-2.

Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. (2016). *Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması*. http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21779 adresinden erişilmiştir.

Tyrer, P., Cooper, S., Crawford, M., Dupont, S., Green, J., Murphy, D., Salkovskis, P., Smith, G., Wang, D., Bhogal, S., Keelin, M., Loebenberg, G., Seivewright, R., Walker, G., Cooper, F., Evered, R., Kings, S., Kramo, K., McNulty, A., Nagar, J., Reid, S., Sanatinia, R., Sinclair, J., Trevor, D., Watson, C. ve Tyrer, H. (2011). Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *Journal of Psychosomatic Research, 71*, 392-394.

Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F. ve van Furth, E. F. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders, 18*(2), 103-111. doi: 10.1007/s40519-013-0026-y

Vossbeck-Elsebusch, A. N., Waldorf, M., Legenbauer, T., Bauer, A., Cordes, M. ve Vocks, S. (2014). German version of the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire – Appearance Scales (MBSRQ-AS): Confirmatory factor analysis and validation. *Body Image, 11*(3), 191–200. doi:10.1016/j.bodyim.2014.02.002

Wang, Z., Byrne, N. M., Kenardy, J. A. ve Hills, A. P. (2005). Influences of ethnicity and socioeconomic status on the body dissatisfaction and eating behaviour of Australian children and adolescents. *Eating Behaviors,6*(1), 23–33. doi:10.1016/j.eatbeh.2004.05.001

Warwick, H. M. C. (1989) A cognitive-behavioral approach to hypochondriasis and health anxiety. *Journal of Psychosomatic Research, 33*(6), 705-711.

Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*(03), 301. doi:10.1017/s1352465800015897

Westerberg, J., Edlund, B. ve Ghaderi, A. (2008). A 2-year longitudinal study of eating attitudes, BMI, perfectionism, asceticism and family climate in adolescent girls and their parents.*Eating and Weight Disorders, 13*(2), 64-72.

Wheaton, M. G., Berman, N. C., Frankin, J. C. ve Abramowitz, J. S. (2010). Health anxiety: latent structure and associations with anxiety-related psychological processes in a student sample. *Journal of Psychopathology Behavioral Assessment, 32*, 565–574. doi: 10.1007/s10862-010-9179-4

World Health Organization [WHO]. (2018). *Healthy diet*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet adresinden erişilmiştir.

Wright, K. D., Reiser, S. J. ve Delparte, C. A. (2015). The relationship between childhood health anxiety, parent health anxiety, and associated constructs. *Journal of Health Psychology, 22*(5), 617–626. doi:10.1177/1359105315610669

Yannakoulia, M., Matalas, A. L., Yiannakouris, N., Papoutsakis, C., Passos, M. ve Klimis-Zacas, D. (2004). Disordered eating attitudes: An emerging health problem among Mediterranean adolescents. *Eating and Weight Disorders, 9*, 126-133.

Yu, J., Lu, M., Tian, L., Lu, W., Meng, F., Chen, C., Tang, T., He, L. ve Yao, Y. (2015). Prevalence of disordered eating attitudes among University students in Wuhu, China. *Nutricion Hospitalaria, 32*(4), 1752-1757.

Zamora, M. L. C., Bonaechea, B. B., Sanchez, G. F. ve Rial, R. (2005). Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas Espanolas de Psiquiatria, 33*(1), 66-68.