



TÜRKİYE CUMHURİYETİ ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR

ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**ORTOREKSİYA NERVOZA VE ANOREKSİYA NERVOZANIN
OBSESİF DÜŞÜNCE VE BİLİŞSEL ESNEKLİK AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

İZEL ÇINAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur Aktaş

İSTANBUL – 2023

TEZ ONAY SAYFASI



BEYAN

Bu tez çalışmasının bana ait olduğunu, tez konusu seçimi, tezin planlanması ve yazılmasını içeren tüm aşamalarda etik dışı davranmadığımı, bu tezdeki tüm bilgileri akademik ve etik kurallar çerçevesinde edindiğimi, bu tez çalışmasında kullanılan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi, kaynakları kaynaklar listesinde belirttiğimi, tezin çalışması ve yazımı boyunca patent ve telif haklarını ihlal edecek herhangi bir davranışta bulunmadığımı beyan ederim.

27.08.2023

İZEL ÇINAR

TEŞEKKÜR

Tez sürecinde ihtiyacım olan anlarda yardımını benden esirgemeyen, yalnızca akademik olarak değil psikolojik olarak da elinden gelen desteği veren değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur Aktaş'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamın istatistiksel analiz bölümünde sıkıştığım anlarda desteğini benden esirgemeyen, değerli zamanını ayıran ve içtenlikle yanımda olduğunu hissettiğim Doç. Dr. Belma Bekçi'ye çok teşekkür ederim.

Eğitim hayatım boyunca hem maddi hem manevi desteklerini her zaman hissettiğim, her zaman yanımda olan canım annem ve babama teşekkür ederim. Tez yazım süreci boyunca bunaldığım, sıkıldığım anlarda desteğini benden esirgemeyen Deniz Özkan ve Ayşe Melike Balcı'ya teşekkür ederim. İyi ki yanımdaydınız. Son olarak yaşadığım tüm zorluklara rağmen pes etmediğim, düştüğüm her an daha inançlı kalktığım, hayal kurmaktan vazgeçmediğim ve bu hayallere ulaşmak için elimden geleni yaptığım için kendime teşekkür ediyorum. Bu uzun yolda verdiğim tüm emekler için tez çalışmamı kendime ithaf ediyorum.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI.....	ii
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ.....	viii
EKLER LİSTESİ	x
ÖZET.....	1
ABSTRACT	2
GİRİŞ	4

BÖLÜM BİR

GENEL BİLGİLER

1.1. Yeme Bozuklukları ve Etiyolojisi.....	7
1.2. Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması	8
1.2.1. Anoreksiya Nervosa.....	8
1.2.2. Bulimia Nervosa	11
1.2.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu.....	12
1.3. Ortoreksiya Nervosa	14
1.3.1. Anoreksiya Nervosa ve Ortoreksiya Nervosa İlişkisi.....	17
1.4. Obsesif Düşünce.....	20
1.4.1. Obsesif Düşünce ve Anoreksiya Nervosa.....	24
1.4.2. Obsesif Düşünce ve Ortoreksiya Nervosa	27

1.5. Bilişsel Esneklik.....	29
1.5.1. Bilişsel Esneklik ve Anoreksiya Nervoza	33
1.5.2. Bilişsel Esneklik ve Ortoreksiya Nervoza.....	35
1.6. Araştırmanın Önemi.....	37

BÖLÜM İKİ

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı	39
2.2. Örneklem Seçimi.....	39
2.3. Verilerin Toplanması	40
2.4. Veri Toplama Araçları	40
2.4.1. Demografik Bilgi Formu.....	40
2.4.2. Yeme Tutum Testi-26	41
2.4.3. ORTO-11 Ölçeği.....	42
2.4.4. Bilişsel Esneklik Envanteri	43
2.4.5. Maudsley Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği.....	44
2.5. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi	44

BÖLÜM ÜÇ

BULGULAR

3.1. Nicel Verilerin İstatistiksel Yöntemlere Uygunluğu	46
3.2. Betimleyici Bulgular	46
3.3. Korelasyon Analizi.....	67
3.4. Ortoreksiya Eğiliminin Yordayıcılarının İncelenmesi	72
3.7. Anoreksiya Eğiliminin Yordayıcılarının İncelenmesi	73

BÖLÜM DÖRT

TARTIŞMA

4.1. Regresyon Analizleri.....	75
4.1.1. Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin Yordayıcılarının Tartışılması.....	75
4.1.2. Anoreksiya Nervoza Eğiliminin Yordayıcılarının Tartışılması	77
4.2. Korelasyon Analizinin Tartışılması	79
4.3. Betimleyici Bulguların Tartışılması.....	83

BÖLÜM BEŞ

SONUÇ

KAYNAKÇA	93
EKLER.....	126

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. <i>Sosyodemografik Değişkenler İçin Sayı ve Yüzde Dağılımının İncelenmesi</i>	39
Tablo 2. <i>Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Genel Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Betimleyici İstatistik Tablosu</i>	47
Tablo 3. <i>Standart Sapma Uç Değerler Değişkenleri İçin Sayı ve Yüzde Dağılımının İncelenmesi</i>	48
Tablo 4. <i>Cinsiyet Değişkeni için ORTO-11 Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Maudsley Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği'nin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi</i>	49
Tablo 5. <i>Cinsiyet Değişkeni için Bilişsel Esneklik Envanteri'nin Alt Boyut ve Yeme Tutum Testi-26'nın Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi</i>	50
Tablo 6. <i>Yaş Grupları için ORTO-11 Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Maudsley Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği'nin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi</i>	52
Tablo 7. <i>Yaş Grupları için Bilişsel Esneklik Envanteri'nin Alt Boyut ve Yeme Tutum Testi-26'nın Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi</i>	55
Tablo 8. <i>Eğitim Durumu için ORTO-11 Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Maudsley Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği'nin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi</i>	57

Tablo 9. <i>Eğitim Durumu için Bilişsel Esneklik Envanteri'nin Alt Boyut ve Yeme Tutum Testi-26'nın Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi</i>	59
Tablo 10. <i>Medeni Durum Değişkeni için ORTO-11 Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Maudsley Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği'nin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi</i>	60
Tablo 11. <i>Medeni Durum Değişkeni için Bilişsel Esneklik Envanteri'nin Alt Boyut ve Yeme Tutum Testi-26'nın Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi</i>	62
Tablo 12. <i>Gelir Durumu için ORTO-11 Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Maudsley Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği'nin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi</i>	63
Tablo 13. <i>Gelir Durumu için Bilişsel Esneklik Envanteri'nin Alt Boyut ve Yeme Tutum Testi-26'nın Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi</i>	65
Tablo 14. <i>Alt Ölçeklerin Korelasyon Analizinin İncelenmesi</i>	68
Tablo 15. <i>Ölçek Toplam Puanlarının Korelasyon Analizinin İncelenmesi</i>	71
Tablo 16. <i>ORTO-11 Ölçeği'nin Yordayıcılarını Bulmak İçin Yapılan Regresyon Analizi Sonuçları</i>	72
Tablo 17. <i>Yeme Tutum Testi-26'nın Yordayıcılarını Bulmak İçin Yapılan Regresyon Analizi Sonuçları</i>	74

EKLER LİSTESİ

Ek A. Demografik Bilgi Formu	126
Ek B. Yeme Tutum Testi (YTT-26)	127
Ek C. ORTO-11 Ölçeği	128
Ek D. Bilişsel Esneklik Envanteri	129
Ek E. Maudsley Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği	130



ÖZET

Ortoreksiya nevrozaya (ON) dair alanyazın incelendiğinde, etiyojisiine dair üzerinde uzlaşılmanış çeşitli görüşlerin varlığı gözlenmiştir. ON'nin tanı kriterlerinin tam olarak belirlenmemiş olması nedeniyle etiyojilerinde ortak kavramların yer aldığı, anoreksiya nervoza (AN) ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) gibi patolojilerle ilişkisi tartışılan bir konudur. Bu sebeplerden yürütölen çalışmanın amacı, AN ve ON eğiliminde OKB bileşenleri olan bilişsel esneklik ve obsesif düşünce değişkenlerinin yordayıcı etkilerinin incelenmesidir. Araştırma 197 gönüllü katılımcıyla yürütölmüştür. Katılımcıların 142'si kadın (yaş ort.: 29.92), 55'i erkektir (yaş ort.: 27.47). Çevrimiçi yol aracılığı ile ulaşılın katılımcılara sırasıyla Demografik Bilgi Formu, Yeme Tutum Testi-26, ORTO-11 Ölçeği, Bilişsel Esneklik Envanteri, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi sunulmuştur. Verilerin incelenmesinde T Test, Mann-Whitney U Testi, Bağımsız Örneklemeler İçin Tek Yönlü Anova, Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi ve Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi kullanılmıştır. Araştırma soruları bağlamında yapılan analizlere göre obsesif düşünce ON ve AN eğilimini negatif yönde yordamıştır. Çalışmanın sonuçları AN ve ON eğilimli grupların obsesif düşünce ve bilişsel esneklik bakımından farklı özellikler taşıdığını göstermiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar, ilgili literatür çerçevesinde tartışılmış, çalışmanın sınırlılıkları ve ileriki araştırmalar için öneriler sunulmuştur. Son olarak, yapılan çalışmanın klinik alana sağlayabileceği muhtemel katkılar açıklanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Anoreksiya Nervoza, Ortoreksiya Nervoza, Bilişsel Esneklik, Obsesif Düşünce

ABSTRACT

Evaluation of Orthorexia Nervosa and Anorexia Nervosa in Terms of Obsessive Thinking and Cognitive Flexibility

When examining the existing literature on Orthorexia Nervosa (ON), various divergent views regarding its etiology have been observed. Due to the lack of precisely defined diagnostic criteria for ON, there is an ongoing debate concerning its relationship with common concepts in the etiologies of disorders such as Anorexia Nervosa (AN) and Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). Hence, the objective of this study was to investigate the predictive effects of cognitive flexibility and obsessive thoughts, components associated with OCD, on the tendencies toward AN and ON. The research was conducted with 197 voluntary participants, consisting of 142 females (mean age: 29.92) and 55 males (mean age: 27.47). Participants, through online platform, were administered a series of instruments, including a Demographic Information Form, Eating Attitudes Test-26, ORTO-11 Scale, Cognitive Flexibility Inventory, and Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory. Data analysis was carried out using the T-test, Mann-Whitney U Test, One-Way Analysis of Variance for Independent Samples, Pearson Product-Moment Correlation Analysis, and Multiple Linear Regression Analysis. According to the analyses conducted within the context of the research questions, obsessive thoughts were found to negatively predict tendencies toward ON and AN. The results of the study indicated that groups prone to AN and ON exhibit distinct characteristics in terms of obsessive thoughts and cognitive flexibility. The obtained results were discussed within the relevant literature framework, and the study's limitations and recommendations for future

research were presented. Finally, potential contributions of the conducted study to the clinical field were elucidated.

Keywords: Anorexia Nervosa, Orthorexia Nervosa, Cognitive Flexibility, Obsessive Thoughts



GİRİŞ

Yeme bozuklukları; fiziksel ve psikososyal boyutu olan, bireylerin vücut ağırlıkları ve fiziksel görüntüleri ile ilgili çarpıtılmış düşünceleri içeren bunun yanında yeme davranışlarında olan sapmalarla görülen bir durumdur (Becker, Grinspoon, Klibanski ve Herzog, 1999). Bireylerin yaşlarına ve cinsiyetlerine göre yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanamadığı ve yanlış beslenme alışkanlıklarının olduğu durumlar sonucunda obezite, malnutrisyon ve yeme davranış bozuklukları gibi sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır (Yılmaz ve Özkan, 2007). Yetersiz ve/veya dengeli olmayan beslenme, psikolojik sağlığın yanında bireylerin fiziksel sağlığını da olumsuz yönde etkilemektedir. Yeme bozukluklarına ait özgün bir neden bilinmemektedir. Yeme bozukluklarının gelişmesinde ve sürmesinde etkili olabilecek risk faktörleri arasında ailesel, gelişimsel, sosyal, davranışsal, psikolojik ve biyolojik etmenler ile birlikte olumsuz yaşam olaylarının yer aldığı kabul edilmektedir (Ağırman ve Maner, 2010).

Anoreksiya nervoza (AN), kişinin enerji alımının kısıtlanması ile gelen kilo kaybı, kilo almaktan korkması ve beden algısının bozulması ile tanımlanmaktadır (Treasure ve ark., 2015). Hastaların en belirgin özelliği aşırı zayıf olmaları ve buna rağmen kilo almaya karşı aşırı direnç göstermeleridir. Aşırı zayıf olmalarına rağmen bozulmuş beden algıları nedeniyle kendilerini şişman hissederler. Beden ağırlıklarını kontrol etmek için çeşitli yöntemler kullanırlar. Bu yöntemler arasında besin alımının kısıtlanması ve iştah azaltıcı maddeler kullanma, yoğun egzersizler yapma, laksatif ve diüretik kullanma veya kusma bulunur (Işık, 2009). AN’de diğer psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda eşlik ettiği görülmektedir. Obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) AN ile birlikte görülme oranı %25’ten fazladır (Gürdal Küey,

2008). Anorektik hastalar kilo verme istekleri ve fiziksel görüntüleri ile ilgili yineleyici, ısrarlı ve zorla gelen düşüncelere sahiptir (Demet ve Taşkın, 2002). Bazı yazarlar, AN'nin belirli bir OKB türü olduğuna ileri sürerler, bununla birlikte semptomların içeriği ve şiddeti sadece bazı hastalarda ek bir tanı koymaya izin vermesine rağmen, obsesyonlar ve kompulsiyonlar en yaygın olarak yemek yeme, görünüş ve fiziksel egzersizlerle ilişkilidir (Blanco ve Brynska, 2014). Bilişsel esneklik ve yeme bozukluklarının ilişkisi literatürde ilgi çeken bir konudur. AN'ye sahip bireylerin kontrol grubuna göre bilişsel esnekliklerinde bozulma olduğu ve bu durumun kişilerin iyileşme dönemlerinde de sürdüğü belirtilmektedir (Nakazato ve ark., 2010).

Ortoreksiya nervoza (ON), sağlıklı besinlerin seçimi ile ilgili düşünce ve davranışların aşırıya kaçmasıyla karakterize bir bozukluktur (Brytek-Matera, Donini, Krupa, Poggiogalle ve Hay, 2015). Bu kişiler yiyeceklerin saf ve doğal olmasına aşırı önem vermektedirler. Bunun yanında ortorektik kişiler, yiyeceklerin hazırlanışında kullanılan yöntem ve materyaller ile ilgili çokça kaygılanmakta ve bu sebeple besinleri içeriklerine ve/veya hazırlanma yöntemlerine göre seçmektedirler (Zamora, Bonaachea, Sanchez ve Rial, 2005). Ortorektik bireylerin sahip oldukları obsesyonlar besinlerin miktarı ile ilgili olmayıp kalitesi ve içeriği ile ilgilidir (Cartwright, 2004). Ortorektik kişilerin yaşadıkları saplantılar, sosyal ilişkilerin bozulmasıyla birlikte tatminsizliklere yol açmakta, bu durum da beraberinde besinler ile ilgili obsesif kaygıların artmasına neden olmaktadır (Arusoğlu, 2018). ON'de bulunan düşünce (örneğin diyetlerinin diğer insanların yeme şekillerinden üstün olduğuna dair sarsılmaz inançları) ve davranışların (örneğin yiyecekleri gıdaların yalnızca planlanmış zamanlarda, uygun şekilde hazırlanmış ve sağlıklı olduğunu düşündükleri

yemeklerden oluşması) bilişsel olarak katı olduğuna inanılmaktadır (Hayatbini ve Oberle, 2018).

AN ve ON ilişkisi literatürde tartışılan bir konudur. AN ve ON'li bireyler kısıtlayıcı bir diyeti sürdürmeyi öz disiplinlerindeki bir başarı olarak görürken diyetten sapmayı kontrolsüzlük ve başarısızlık olarak algırlar (Bratman ve Knight, 2000). AN'li bireylerin diyetlerini sürdürmedeki amacı kilo kaybı iken, ON'li bireylerin amacı ise sağlıklı olmaktır. Aynı zamanda AN ve ON'ye sahip bireylerin içgörülerini sınırlıdır, işlevsel olmayan düşünce ve davranışlarını inkar ederler. Tüm bu ilişkilerden yola çıkarak AN ve ON eğilimli bireylerin, bilişsel esneklik ve obsesif düşünce açısından benzerliği araştırılarak bulgular ile desteklenmesi hedeflenmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. Yeme Bozuklukları ve Etiyolojisi

Yeme bozuklukları (YB), besinler ile ilgili bozulmuş düşünce ve davranışlardan kaynaklanarak sonucunda ciddi hastalıklara ve hatta ölüme sebep olabilmektedir (Fairburn ve Harrison, 2003). Yeme bozukluklarının yaygın bir sorun olduğu, nüfusun yaklaşık %5-10'unu etkilediği bilinmektedir (Treasure, 2016). YB, erkeklerde daha az görülürken, adolesan dönemdeki kızlarda ve genç kadınlarda daha sık görülmektedir (Fairburn ve Harrison, 2003).

Yeme bozuklukları, bireyin yeme tutum ve davranışlarındaki ciddi anormallikler ile vücut şekli ve ağırlığı hakkında çarpık bir imaja sahip olması olarak tanımlanır (American Psychiatric Association (APA), 2000). Yeme bozukluğuna sahip kişilerde kendini olduğundan şişman görme, sınırlı gıda tüketme, tüketilen sınırlı gıdanın ardından kendiliğinden kusma veya kendini kusturma, laksatif kullanımı ve fiziksel olarak aşırı hareketli olma gibi çeşitli durumlar görülebilir (Abraham ve Llewellyn-Jones, 1997).

Yeme bozukluklarının nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte sosyal, psikolojik ve biyolojik süreçlerin tümünün önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Hastaların bir kısmının kendilerine yardım girişimlerine direndiğinden tedavileri oldukça zordur (Fairburn ve Harrison, 2003). Oluşumunda var olan risk faktörleri arasında, düşük benlik saygısı, kilo alma korkusu, beden imajının bozulması, sosyal medya baskısı ve aynı zamanda kişinin çevresinin zayıf olmaya teşvik edici tavırda olması gösterilebilir (Aslantaş Ertekin, 2010). Sonuç olarak zayıf beden ideali, bu

idealin içselleştirilmesi ve sonuçta ortaya çıkan kilo kaygıları yeme bozuklukları için çeşitli etiyolojik modellerde belirgin şekilde öne çıkarılmıştır. (Keel ve Forney, 2013).

1.2. Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması

Kişilerin yeme davranışlarının bozulması, zayıf olmaya dair ısrarlı tutumları, bununla birlikte fiziksel ve sosyal işlevselliklerinde bozulmalar yeme bozuklukları olarak tanımlanmaktadır (Yücel, 2009). Yeme bozuklukları DSM-V’te anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu, tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu ve tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu olarak belirtilmiş. Aynı şekilde DSM-V’te yer alan beslenme bozuklukları ise; ruminasyon bozukluğu, pika ve kaçınan/kısıtlı besin alım bozukluğu şeklinde sınıflandırılmıştır.

1.2.1. Anoreksiya Nervoza

Anoreksiya nervoza (AN) tanımlanan ilk yeme bozukluğudur, farklı zamanlarda ve farklı kültürlerde var olduğu bilinmektedir (Wilfley, Bishop, Wilson ve Agras, 2007). AN’de en yüksek risk grubunun ergenlik dönemindeki kızlar ve genç kadınlar olduğu bilinmekle birlikte herkesi etkileyebileceği görülmektedir (Zipfel, Giel, Bulik, Hay ve Schmidt, 2015). Hastaların en belirgin özelliği aşırı zayıflıklarıdır. Kilo almaya karşı olan aşırı korkuları ile birlikte beden algıları bozulmuştur; bu kişiler düşük kiloda olsalar da kendilerini fazla kilolu hissederler (Sarı, 2019). AN’de kısıtlayıcı ve çıkartma tipi olarak iki grup bulunmaktadır. Kısıtlayıcı Tip AN’de son üç ay içinde tekrarlayan yeme atakları veya kusma davranışı göstermeyen, kilo kaybını besin kısıtlaması ve/veya fazla egzersiz ile gerçekleştiren hastalar bulunmaktadır. Tıknırcasına Yeme/Çıkarma Tipi AN’de ise son üç ay içerisinde tekrarlayıcı yeme atakları veya kusma davranışları yoluyla kilo kaybı sağlayan hastalar yer almaktadır (Karakuş Aydos, 2021).

AN hastaları, ağırlıklarını kontrol etme amacıyla besin kısıtlaması, yoğun egzersizler yapma, kusma, iştah azaltıcı maddeler ile birlikte laksatif ve diüretik kullanma gibi yöntemler uygularlar (Keçeli, 2006). Kalorisi düşük olan yiyecekleri parçalar halinde çok yavaş yeme, yiyecekleri yememek için onları saklama ve diğer insanlar ile yemek yemekten olabildiğince kaçınma ayrıca yiyecekleri saklayarak bunları tüketmekten kaçınma gibi gıda ile aşırı uğraş halindedirler (Hoek, 1995). DuBois (1949) AN'yi zihin ve bedenin ayrılmayan bütünlüğünü işaret eden psikosomatik hastalık olarak tanımlamıştır. Alınan kalori kısıtlamasının uzun süre devam etmesiyle depresyon, uyku bozukluğu, içe çekilme ve irritabilite artışı gibi belirtiler görülebilmektedir (Karakuş Aydos, 2021). AN'li hastalar, istem dışı ve obsesif düşüncelere sahiptirler. Bunlara ek olarak özellikle düşük ağırlıkta olduklarında yemek yeme konusunda basmakalıp ritüeller gösterirler. Örneğin, yiyeceklerini belli sayıda parçaya bölebilir, yiyecekleri düzenli bir sırayla yiyebilir ve her lokmayı belirli sayıda çiğneyebilirler (Steinglass ve Walsh, 2006).

AN'nin gelişimi tamamıyla bilinmemekle birlikte psikolojik, sosyal ve biyolojik etmenlerin etkili olduğu düşünülmektedir (Moskowitz ve Weilselberg, 2017). AN riskini arttıran faktörlerinden biri de birinci derece kadın akrabalarda AN bulunmasıdır (Önal Sönmez, 2017). Batı ve Amerikan toplumlarında olan kültürel değişimin ve ince bedenin idealleştirilmesinin yeme bozukluklarını arttıran ana etkenlerden olduğuna inanılmaktadır (Miller ve Pumariega 2001).

AN DSM-5'te revize edilmiştir. DSM-5, AN'yi tanımlayan kriterlere üç değişiklik getirmiştir: Kilo verme kriteri revize edilmiştir; kilo alımını engelleyen davranışlar gözlemlenebiliyorsa, tanı konulması için kilo alma korkusunun sözlü olarak ifade edilmesine amenoreye gerek olmamaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği

2013). Yeme bozukluklarının neden olduğu ölüm oranları değ erlendirildiğinde, AN'nin en yüksek oranına sahip olduğu görölmektedir (Arcelus, Mitchell, Wales ve Nielsen, 2019).

DSM-5'te, AN'nin ş iddeti, kişinin BKİ kullanılarak aş ırı ($VKİ < 15 \text{ kg/m}^2$), ş iddetli ($VKİ 15 - 15.99 \text{ kg/m}^2$), orta ($BMI 16 - 16.99 \text{ kg/m}^2$) ve hafif ($BMI \geq 17 \text{ kg/m}^2$) şeklinde sınıflandırılmaktadır (Zipfel ve ark., 2015). DSM-V kriterlerine göre yüksek gelirli ö lkelerde AN prevalansının yaklaşık %0.3 - .0.5 aralığında olduğu bilinmektedir (Zipfel ve ark., 2015). Yüksek risk grubunda olan ergenlik dönemindeki kızlar için yaygınlık yaklaşık %0.48 - 1.7 aralığındadır (Pihnas, Morris, Crosby ve Katzman, 2011). AN'nin Türkiye'deki prevalansı için yeterli çalışma yoktur; 1990 yılında lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada hastalığın yaygınlığı kızlarda %0.29, erkeklerde ise %0.1 olarak bildirilmiştir (Yeş ilbursa, 1990).

AN'nin yarattığı medikal komplikasyonlar birçok organa zarar vermektedir. Uzun süre devam eden yetersiz beslenme elektrolit bozukluklarına yol açabilmekte ve bunun sonucunda çoklu organ sistemi yıkımlarına neden olabilmektedir (Usdan, Khaodhiar ve Apovian, 2008). AN her ne kadar psikiyatrik bir bozukluk olsa da ö lümlerin yaklaşık yarısı açlıkla ilgili fiziksel komplikasyonlardan kaynaklanmaktadır (Neale ve Hudson, 2020). Genel olarak, AN'nin neden olduğu komplikasyonlar yetersiz beslenme ile oluşan zayıflamanın sonucunda oluşmaktadır. Açlık, hücresel hacim ve fonksiyon kaybına yol açan protein ve yağ katabolizmasını indükleyerek kalp, beyin, karaciğer, bağırsaklar, böbrekler ve kaslar üzerinde olumsuz etkileyebilmekte ve atrofi ile sonuçlanabilmektedir (Mehler ve Brown, 2015).

AN tedavisi zor bir hastalıktır bu nedenle tedavide multidisipliner bir yaklaşım uygulanmaktadır. AN hastaları genellikle hastalığı kabullenmediğ inden tedavinin

gerekliliğine inanmamaktadır. Tedaviyi reddeden hastaların ikna edilmesi oldukça önemlidir. AN'nin tedavisinde, kişilerin vücut ağırlıkları normal düzeye getirilip oluşan komplikasyonlar tedavi edilmeli, sonrasında kişilerin psikiyatrik durumları ele alınarak sağlıklı yeme üzerine odaklanılmalıdır (Göküstün, 2018). Hastalar, tekrarlayan, ritüelleşmiş düşünce ve davranışlar üretmeye eğilimli bir öğrenme stiline sahip olabilirler. Bu durumu fark etmek hastalığın semptomları ile genellikle hastalık öncesi görülen kişilik özellikleri (mükemmeliyetçilik, bilişsel katılık, saplantılı kişilik) arasındaki ilişkiyi anlamak için bir çerçeve sağlar (Steinglass ve Walsh, 2006). Bireysel psikoterapinin devamlılığı tedavide oldukça önemlidir (Keçeli, 2006). Genel olarak AN hastalarının yaklaşık %50'si ayakta başarıyla tedavi edilebilir; bu hastalar genellikle yüksek motivasyona ve işbirlikçi ailelere sahiptir, gençtir ve semptomları kısa sürelidir (Yager, 1989). Sağlıklı vücut ağırlığının %25 - 30 veya daha fazla altında olan hastalar genellikle, kısmen hastanede belirlenen daha yapılandırılmış bir tedavi programına ihtiyaç duyarlar (APA, 2000).

1.2.2. Bulimia Nervosa

Bulimia nervosa (BN) aşırı yeme dönemleri (binge) ile, kilo almayı durdurmaya yönelik telafi edici davranışların (purge) olduğu döngülerle bilinen psikiyatrik bir hastalıktır. En yaygın telafi etme davranışı kusmadır, ancak müshillerin kötüye kullanılması, gıda alımının kısıtlanması veya aşırı egzersiz gibi diğer yöntemler de yaygındır (APA, 2013). BN genellikle ergenlik ve erken yetişkinlik dönemlerinde gelişir ve çoğunlukla kadınlarda görülmektedir. Hastalarda zayıf olmaya aşırı önem verme, kilo almaktan çok korkma ve beden imgesindeki bozulmalar kısıtlanmış yeme uğraşına neden olur. Bireylerde oldukça kısıtlı diyet ve tıknama döngüleri tekrarlı bir şekilde görülür (Keçeli, 2006). BN'de aşırı yeme ve kusma davranışları genellikle

gizlilik içinde yürütüldüğünden ve kişiler çoğunlukla ortalama veya ortalamanın biraz üzerinde ağırlıkta olduklarından hastalık fark edilmeyebilir (APA, 2013).

BN medikal komplikasyonlara neden olabilmektedir. Hastalarda mide asidine aşırı maruz kalma, aşınmış diş minesini ve diş çürümesi görülebilir. Gastrit, reflü ve bağırsak tahrişi gibi diğer mide-bağırsak sorunları da yaygındır (NIMH). AN'den daha az olmakla birlikte BN'nin de bazı fiziksel komplikasyonları ölümcül olabilir. Temizleme davranışlarının bir sonucu olarak sıvı ve elektrolit dengesizlikleri yaygındır ve bazen kardiyak aritmiye neden olacak kadar ciddidir, nadir olmakla birlikte diğer ölümcül komplikasyonlar arasında özofagus ve mide rüptürleri yer alır (Bernacchi, 2017).

BN için temel bir tedavi yaklaşımı henüz belirlenmemiştir. Çeşitli yaklaşımların ortak biçimde kullanılması önerilmektedir (Gürdal, 1999). BN için araştırılan başlıca tedaviler farmakoterapi, bilişsel-davranışçı terapi (CBT), kişilerarası terapi (IPT) ve maruz bırakma terapisi (Johnson, Tsoh ve Varnado, 1996; Koskina, Campbell ve Schmidt, 2013). Yapılan çalışmalarda BDT'nin ilaç tedavisine kıyasla daha iyi sonuç verdiği görülmüştür (Keçeli, 2006). İlaç tedavisi için ise SSRI'lar başta olmak üzere farklı antidepresanlar önerilmektedir (Bernacchi, 2017).

1.2.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (Binge Eating Disorder), telafi davranışı olmaksızın tekrarlayan tıkınırcasına yeme paterni ile karakterizedir (Crow, Kendall, Praus ve Thuras, 2001). Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYM) yetişkinlerde en fazla karşılaşılan yeme bozukluğudur (Iacovino, Gredysa, Altman ve Wilfley, 2012). ABD'de hastalığın prevalansının %2,6 olduğu tahmin edilmektedir (Guerdjikova, Mori, Casuto ve McElroy, 2017). Kadın ve erkeklerdeki görülme oranının 70/30

olduğu görülmüş olup, AN ve BN'ye kıyasla erkeklerde daha fazla gözlendiği sonucuna ulaşılmıştır (Crow ve ark, 2001). Kişiler genellikle yediklerinden utandıkları için yalnız olduklarında yeme eğilimindedirler.

TYB'de bireyler tıkınma esnasında, yiyeceğin tadı ve dokusundan oldukça fazla haz alır, kişiler bu esnada BN'ye kıyasla daha az fiziksel rahatsızlık ve sıkıntı hissederler (Kıcalı, 2005). Bunun yanında TYB bulanan kişiler bedenlerinden ve kilolarından dolayı kaygılanabilir, kendilerinden nefret edebilir ve bununla birlikte sosyal ilişkiler kurmakta zorlanabilirler (Turan, Poyraz ve Özdemir, 2015). TYB bulunan bireylerin çoğunda farklı derecelerde obezite eşlik etmektedir. Yapılan bir araştırmada TYB ile majör depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, panik atak ve bir veya daha fazla intihar girişimi öyküsü arasında oldukça anlamlı ilişkiler görülmüştür (Grucza, Przybeck ve Cloninger, 2007). TYB ile ilgili keşfedilen ve keşfedilmeye devam eden bulgular, diyabet, hipertansiyon ve dislipidemi gibi metabolik sendrom bileşenlerinin oluşma risklerinin, yalnızca obezitenin sonucu olarak açıklanamayacak kadar fazla arttırdığını göstermektedir (Guerdjikova ve ark., 2017).

TYB yeterince iyi tanınmadığından çoğunlukla tedavi edilmemektedir. Hastalar, özellikle diyabet, hipertansiyon, dislipidemiler, ağrı, uyku bozuklukları, fonksiyonel gastrointestinal bozukluklar ve astıma odaklanan kapsamlı tıbbi değerlendirmeler almalıdır; kadınlar ek olarak üreme fonksiyonu ve polikistik over sendromu için değerlendirme almalıdır (Guerdjikova ve ark., 2017). Tıkınırcasına yeme bozukluğunun tedavisi ilaç tedavileri, psikoterapi ve bariatrik cerrahiden oluşmaktadır (Turan ve ark., 2015). Davranışçı ağırlık kontrolü, BDT, kişiler arası psikoterapi, diyalektik davranışçı tedavilerin tıkınma davranışı üzerinde olumlu etkileri bildirilmiştir (Freeman ve Gil ,2004).

1.3. Ortoreksiya Nervoz

Ortoreksiya nervoz (ON) sağlıklı ve organik besinlere karşı takıntı, diğer yiyeceklerle karşı ise aşırı kısıtlamalar ile karakterize olan psikolojik bir durumdur. ON, Bratman tarafından anoreksiyayı çeşitlendirmek için 1997’de ilk defa tanımlanmıştır (Arusoğlu, Kabakçı, Köksal ve Merdol, 2008). Bireyler sağlıklı yeme ile ilgili oluşan takıntıları nedeniyle zamanlarının çoğunu nlerde ne yiyeceklerini dşnmeye ve bu yemeklerin hazırlanma sürecine ayırmaktadır. Kişilerin yemekle ilgili yoğun uğraşları günlük hayatlarını oldukça etkilemektedir. “Orto” kelimesi “doğru”, “gerçek” anlamında olduğundan Bratman, bireylerde sağlıklı gıdaların seçimi, hazırlanması ve tüketilmesi ile gerçekleşen patolojik saplantıları açıklamak adına ortoreksiya nervoz terimini kullanmıştır (Mathieu, 2005). Ortorektik bireyler, ilerinde herbisit, pestisit veya yapay maddeler olduğu için saf olmadığını düşündükleri yiyecekleri diyetlerinden çıkarırlar, aynı zamanda yiyeceklerin hazırlanmasında kullanılan teknikler ve malzemeler konusunda da aşırı endişe duyarlar (Zamora ve ark., 2005). Sebzelerin nasıl dilimlendiği veya yemekler hazırlanırken sadece belli malzemelerin kullanılması gibi gıdaların tüketilme ve hazırlanma süreci de obsesif düşünce ve kompülsif davranışların önemli bir parçası haline gelebilir. (Moroze, Dunn, Holland, Yager ve Weintraub, 2015).

Bireyler yiyecekleri gıdaların sağlıksız olduğunu düşündüklerinde besin alımını kısıtlayıp yemeyi reddedebilmektedirler. ON’ye sahip bireylerin AN hastalarına benzeyen ve ayrılan yönleri vardır. Tketecekleri gıdaları seçerken besinlerin kalorisini değil sağlıklı oluşunu önemsemektedirler bu nedenle diyet uygulamaları ve buna bağlı oluşan kilo kayıpları ortoreksiya ile açıklanabilmektedir (Arusoğlu ve ark., 2008). Kişilerdeki kilo kaybı, bireylerin zayıflama uğraşından değil

sağlıklı beslenmek adına yapılan katı diyetlerin sonucunda oluşmaktadır (Arusoğlu ve ark., 2008). Popüler kültürde sağlıklı yaşamaya verilen önem arttığından, kişinin diyetinin sağlıklı olması konusundaki endişesinin patolojik boyutlara ulaşp ulaşmadığını belirlemek zordur (Koven ve Arby, 2015). Bu nedenle yaşadığımız dönemde bireylerdeki ortoreksiya gözden kaçabilmektedir.

Bratman (2017) ON'yi 2 aşamalı bir model olarak tanımlamıştır. İlk aşama sağlıklı beslenmeyi seçmeyi içeren masum bir basamaktır. İkinci aşama ise, sağlıklı beslenmenin saplantıya dönüşmesini içeren ve patolojik olan basamaktır (Bratman, 2017). Ortoreksiya nervoza terimi patolojik durumu içeren ikinci aşama için kullanılmalıdır. Kişilerde var olan kronik hastalıkların tedavisinde veya bu hastalıkların oluşmaması için uygulanan beslenme tiplerinin ON'nin başlangıcında etkili olabileceği düşünülmektedir (Erol, 2018). ON, DSM'nin herhangi bir baskısında ayrı bir bozukluk olarak tanımlanmamıştır. Halihazırda ayrı bir tanı kategorisi olarak tanımlanmamış olan ON'nin, ciddi komplikasyonlara neden olabilen tanımlanmış yeme bozuklukları ile benzer ve farklı yönlerinin olduğu ileri sürülmektedir (Arusoğlu ve ark., 2008; Brytek-Matera, 2014; Mathieu, 2005). ON ve AN açlık, kilo kaybı ve sağlıkla ilgili sonuçları bakımından benzer olmakla birlikte temelde hedefleri farklıdır; AN'de hedef kilo vermekken ON'de hedef sağlıklı olmaktır (Varga, Dukay-Szabó, Túry ve van Furth, 2013).

Bratman (2017), konuştuğu ON vakalarının genellikle yemekle ilgili felsefelerini paylaşan insanlara yöneldiklerini söylemektedir. Bunun yanında birçoğu sahip olduğu takıntıların, beslenme alışkanlıklarını paylaşmayan arkadaşları ve akrabalarıyla yemek yemelerini engellediklerini açıklamaktadır. Zaman zaman yedikleri (ya da yemedikleri) konusunda ahlaki olarak üstün bir tutum sergilemekte ve

her öğün yiyeceklerinde takıntılı olduklarından sosyal olarak izole olmaktadır (Mathieu, 2005). Kibirli ve obsesif-fobik davranışlar gösteren kişilik, katı beslenme kısıtlamaları ve yeme planları birleşerek ON'nin özünü oluşturur (Varga ve ark., 2013). Kişiler uyguladıkları katı diyet kurallarını bozduklarında yoğun kaygı, utanç ve suçluluk yaşarlar ayrıca bu durum daha katı diyetleri beraberinde getirir (Bratman ve Knight, 2000). Son olarak Bratman, bu tip insanların çoğunun ortak bir dini veya manevi unsura sahip olduğunu ve mükemmel beslenmenin kişinin saflığa ulaşmasına yardımcı olabileceğine inandıklarını söylemektedir (Mathieu, 2005).

Koven ve Arby (2015) çalışmalarında ON'nin anoreksiya nervoza, okb, somatik bozukluk, hastalıklara karşı gelişen anksiyete bozukluğu ve psikotik bozukluk klinik bulgularıyla benzer semptomlar gösterdiğini öne sürmüştür. Ortoreksiya tedavisiyle ilgili pek çok öneri olmakla birlikte kesin bir tedavi protokolü sunulmamaktadır. İdeal müdahalede, kişinin yakından izlendiği ayakta tedavi ile birlikte ilaç, bilişsel-davranışçı terapi ve psikolojik eğitimin kombinasyonunun uygulandığı bir yol önerilmektedir (Koven ve Arby, 2015). Pek çok yaklaşımı barındıran bu kombinasyon doktorları, psikoterapistleri ve diyetisyenleri içeren multidisipliner bir ekibi gerektirir (Mathieu, 2005). Tedavi planlanırken önemli nokta çizilen yolun kişiye uygun olarak bireyselleştirilmesidir.

ON'nin prevalansı araştırma yapılan ülkelere ve örneklemelere göre farklılık göstermektedir. Türkiye'de ON'nin prevalansını incelemek için yapılan çalışmalar arasında Fidan, Ertekin, Işıkkay ve Kırpınar (2010), Aksoydan ve Camcı (2009), Bağcı Bosi ve ark. (2007) ve Arusoğlu (2006) bulunmaktadır. Fidan ve ark. (2010) Erzurum'da tıp öğrencileri ile yaptıkları çalışmada ortoreksiya sıklığı %43.6 olarak görülmüştür. Avrupada yapılan çalışmalara göre ortorektik eğilim gösteren bireylerin

prevalansı %45-60 arasında değişmektedir (Arusoğlu ve ark., 2008; Asil ve Sürücüoğlu, 2015; Aksoydan ve Camcı, 2009; Bağcı Bossi ve ark., 2007).

Bratman, ON'yi belirlemek amacıyla ORTO-15 ölçeği oluşturulmuştur. Ölçekte verilen yanıtlara göre 40'ın altındaki puanlar ortoreksiya göstergesi olarak kabul edilir. McInerney-Ernst'in (2011) Amerika'da üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmaya göre örneklemin %82'sinin ON kriterlerini karşıladığı bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, örneklemin sayısı ve zayıf iç tutarlılık göz önüne alındığında ortoreksiyayı ölçmek için kullanılan ORTO-15'in Amerikan örneğinde ortorektik eğilimleri belirlemede geçerli olmayabileceği düşünülmektedir (Shah, 2012).

Aksoydan ve Camcı (2009), Türk Devlet Opera ve Balesi Bilkent Senfonisi'ndeki performans sanatçıları arasında ON prevalansını ve ON ile ilişkili faktörleri araştırmıştır. Çalışmada 94 katılımcının %46,8'i opera sanatçısı, %29,8'i bale dansçısı ve %24'ü senfoni orkestrası müzisyeniydi. Bu çalışmanın bulguları, katılımcıların genel olarak %54,6'sının ON semptomlarına sahip olduğuydu. Opera sanatçıları %81.8 ile en yüksek ON oranına sahip performans sanatçıları grubu olmuştur. ON'nin ikinci en yüksek prevalansı %36.4 ile senfoni orkestrası müzisyenleri, ardından %32.1 ile bale dansçılarıydı. Bu bireylerde bulunan yüksek ON seviyeleri, bu yeme düzeninin sahne sanatları ile uğraşanlarda yaygın olabileceğini düşündürmektedir (Jesko, 2015).

1.3.1. Anoreksiya Nervoza ve Ortoreksiya Nervoza İlişkisi

Klinik bir yeme bozukluğu olarak henüz tanımlanmamış olan ON, DSM-V'e eklenmemiştir. Literatürde ortoreksiyanın kaçınan/kısıtlayıcı bir yeme bozukluğu mu, halihazırda kabul edilmiş yeme bozukluklarından birinin varyantı mı yoksa farklı

bir bozukluk mu olduğu konusunda uzlaşma yoktur (Brytek-Matera, 2014; Koven ve Arby, 2015; Vanderecken, 2011). Aynı zamanda bazı araştırmacılar ON'nin bir yeme bozukluğunun öncüsü veya yeme bozukluğu sonrası kalan bir semptom olabileceğini öne sürmektedir (Segura-Garcia ve ark., 2015).

ON'de gıdaya odaklanma hali AN gibi diğer yeme bozukluklarına benzer (Segura-Garcia ve ark., 2015). ON ve AN, kişilerde oluşabilecek önemli kilo kaybına ek olarak mükemmeliyetçilik, sürekli devam eden yüksek kaygı hali ve yüksek kontrol ihtiyacı gibi ortak özellikleri paylaşır (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale ve Cannella, 2004; Fidan ve ark., 2010). Bazı AN vakaları yemeğin miktarından ziyade 'uygun' yemek yeme eğiliminde olabilmekte, bazen bireylerde ON dahil farklı yollardan da olsa aynı sonuçlar görülebilmektedir (Segura-Garcia ve ark., 2015). AN hastalarının büyük kısmının kilo kaybetme motivasyonu zayıf olma güdüsünden gelmektedir ancak azımsanmayacak bir kısmı ise bu özellikten yoksundur ve örnek olarak aşırı-kontrol, yetişkinlik korkuları ve sağlıklı beslenme güdülerini gibi başka psikopatolojik motivasyonlar eşliğinde farklı yollardan yeme bozukluğu geliştirirler (Segura-Garcia ve ark., 2015). Bu motivasyonların büyük bir kısmı ON ile ortaktır. Yapılan sayıca az klinik gözlemlerde, AN kriterlerini karşılayan bazı hastalar, gıdaları reddetme sebeplerini "vücuda sadece yararlı besinlerin girmesi, gereksiz ve sağlıklı besinlerin vücuda alınmaması" fikirleriyle açıklamaktadır.

Boylamsal bir çalışmada, yeme bozukluğu hastaları arasında ortoreksiya nervoza yaygınlığının klinik olmayan grupla karşılaştırıldığında daha fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca tedaviden sonraki 3 yıl içinde AN hastalarında bulunan ortoreksiya nervoza oranının %28'den %58'e çıktığı gözlemlenmiştir. Araştırmacılar ortoreksiya nervozanın anoreksiya nervoza ile aynı spektrumda olabileceğini,

hastaların anoreksiyada olan yiyeceğin miktarıyla ilgili takıntılarının sonradan yiyeceğin kalitesiyle ilgili takıntıya dönüşmüş olabileceğini öne sürmüşlerdir. (Segura-Garcia ve ark., 2015; Barnes ve Caltabiano, 2016). Aynı zamanda AN hastalarının sağlıklı bir diyeti, çevrelerinden onay alarak zayıflıklarını koruyabilmek için bir yöntem olarak kullanabilecekleri düşünülmektedir (Barnes ve Caltabiano, 2016).

ON, birincil kaygının tüketilen gıda miktarı olduğu AN'den farklı olarak gıda kalitesiyle meşgul olma ile karakterize bir bozukluktur (Donini ve ark., 2004). Diğer yeme bozukluklarına benzerliğinin yanında ON'de temel motivasyon kilo kaybetme isteği değil, sağlıklı olmak amacıyla “saf” ve “sağlıklı” gıdaların tüketilmesidir (Arusoğlu ve ark., 2008). AN ve ON arasındaki en büyük farklardan biri budur. Gramaglia, Brytek-Matera, Rogoza ve Zeppegno (2017) yaptığı çalışmada, İtalya örnekleminde ortorektik davranışlar AN ile örtüşmemiş ve bu davranışların kültürel sorunlardan etkilendiği öne sürülmüştür.

AN hastalarından farklı olarak ON'li hastalar genellikle kilolarıyla daha az ilgilenirler, sağlıklı, doğal ve ruhsal olarak saf olmaya istek duyarlar ve aynı zamanda vücutlarındaki gerçek veya olduğunu düşündükleri fiziksel semptomları azaltmakla ilgilenirler (Ramacciotti ve ark., 2011). AN'de ise bireyler kilo vermek için yeme alışkanlıklarını değiştirirler, beden imajları ve obezite konusunda oldukça endişelidirler (Koven ve Arby, 2015). Brytek-Matera ve ark. (2015) Polonyalı normal kiloda olan kadınlardaki ortorektik eğilimleri değerlendirmek için ORTO-15 kullanarak yaptıkları çalışmada, ortorektik bireylerin aşırı kilolu olmakla daha az ilgilendikleri ve görünümlerine daha az dikkat ettikleri sonucuna varmışlardır (Barnes ve Caltabiano, 2016).

ON'nin, AN'nin ya da obsesif kompulsif bozukluğun alt kümesi olarak değerlendirilmesi yoksa farklı bir bozukluk olarak mı ele alınacağı literatürde tartışılan bir konudur (Koven ve Abrey, 2015). Ortorektik bireylerde gıdalar ile ilgili tekrarlayan obsesif düşünceler, kirlenme ile ilgili yoğun kaygı duyma ve gıda hazırlamada belli kuralları uygulama gibi çeşitli belirtiler gözlenmektedir (Duran, 2016). ON'nin yanında, AN ilk tanımlandığından beri hastalarda var olan obsesif kompulsif semptomların varlığı dikkat çekmiştir. (Srinivasagam ve ark., 1995). AN hastaları beden görünümleri ve zayıf olma ile ilgili tekrarlayan ve ısrarlı düşüncelere sahiptirler (Demet ve Taşkın, 2002). Tüm bu nedenlerden ON ve AN eğilimde obsesif düşünceleri incelemenin yararlı olacağı düşünülmüştür.

1.4. Obsesif Düşünce

Obsesyonlar istenmeden akla gelen, bireylerin uzaklaştıramadığı, sürekli tekrarlayan, kişiyi rahatsız eden, ego-distonik düşünceler, dürtüler ya da hayallerdir (Zayman, 2016). Rachman ve De Silva (1978), obsesif düşüncelerin OKB'ye özgü olmadığını, normal popülasyonda da yaygın olduğunu bulmuşlardır. Araştırmacılar bu fikirle uyumlu olarak, klinisyenlerin, klinik olan ve olmayan obsesif düşüncelerin içeriği arasındaki farkı ayırt edemediklerini göstermiştir (Salkovskis ve Campbell, 1994). Klinik obsesyonların, herkeste var olan istem dışı düşüncelere kıyasla daha sık meydana geldiği, daha uzun süreli, yoğun ve dirençli olduğundan bireylerde oluşan rahatsızlığın seviyesinin arttığı deneyimlenmiştir (Rassin ve Diepstraten, 2003).

İnsanların istenmeyen düşüncelere sahip olabileceği fikri Freud'un temel fikirlerinden biriydi ve insanların bu tür düşünceleri bastırdığı fikri, psikopatoloji çalışmalarında uzun zamandır teorik bir ortak nokta olarak hizmet etti (Erdelyi ve Goldberg, 1979). Belirli düşünceleri bastırmaya yönelik kasıtlı girişimlerin paradoksal

güçlenme ile sonuçlandığı fikri, klinik uygulamada uzun süredir bir varsayım olmuştur (Salkovskis ve Campbell, 1994). Wegner (1989), bastırılma isteğiyle artan istem dışı düşünceleri bir kısır döngü şeklinde tarif etmiş ve *düşünme bastırma paradigmasıyla* (thought suppression paradigm) açıklamıştır. Bu görüş Wegner, Schneider, Carter ve White'ın (1987) yaptığı 'beyaz ayı' deneyine dayanmaktadır. Gerçekleştirilen deneyde katılımcılardan 5 dakika boyunca beyaz bir ayı düşünmemeye çalışmalarını istemişlerdir. Sonuçlar, bu tür bastırma girişimlerinin etkisiz olduğunu ve ayrıca daha sonra artan sayıda beyaz ayı düşüncesine yol açtığını göstermiştir (Rassin ve Diepstraten, 2003). Marlatt ve Parks (1982) tarafından gözlemlenen daha genel yoksunluk-ihlal etkisi, kişinin kendini yoksun bırakma durumunun güvenilirmez olduğunu, kısıtlamanın görünüşte küçük bir ihlal tarafından tetiklenebileceğini ve bağımlılığın nüksedebileceğini öne sürmektedir. Araştırmacıların gözlemleri, kişinin dikkatini bastırılmış düşünceye çeken bir olayın, bastırma eylemini durdurmaya ve bastırılmış düşüncenin tekrar ortaya çıkmasına neden olabileceğini düşündürür (Rassin ve Diepstraten, 2003). Salkovskis ve Campbell (1994) aynı şekilde çalışmalarında bastırmanın artan istem dışı düşüncelere yol açabileceğini ve kişide olan dikkat dağınıklığının istem dışı düşüncelerin azalmasında bir rol oynayabileceğini belirtmiştir.

Rachman (1998), istem dışı düşüncenin yanlış yorumlanmasının obsesyonun sıklığında artışa ve kalıcı olmasına neden olduğunu öne sürmüştür. Aynı zamanda durum ne kadar stresli olursa istem dışı düşüncelerin sayısı ne kadar fazlaysa uyandırdıkları sıkıntı da o kadar büyük olmaktadır. Rachman (1998) yapılan yanlış yorumlamalar nedeniyle potansiyel uyaranların artacağını, daha önceden kayıtsız kalınan uyaranların tehdit olarak algılanmaya başlanacağını vurgular. Örneğin, bir

kişi, diğeri insanlara zarar vermeyle ilgili istem dışı dışıncelerini, potansiyel olarak tehlikeli olduğunu gösterecek şekilde yanlış yorumlarsa, önceden nötr olan bir dizi uyaran, potansiyel tehditlere dönüştürülür ( rneğin, keskin nesneler potansiyel silahlara dönüştürülür). Bu düşünceyle takıntılarının yoğunluğu artar. “Ben tehlikeliyim ve bu nedenle keskin nesneleri artık tehdit edici ve kaçınılması gereken şeyler olarak görüyorum” şeklinde düşünceler meydana gelir.

Yoğun obsesif düşünceleri olan bireyler obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastaları gibi dış olayların anlamı hakkında endişe verici yorumlara sahip olduklarında, varsayılan tehdidi etkisiz hale getirmeye (nötralizasyon)  alışırlar (Van den Hout, Kindt, Weiland ve Peters, 2002). Nötralizasyon, istenmeyen düşüncelerle başa çıkma yollarından biridir. Örneğin yıkama ritüelleri, anında rahatlatma sağlayarak, kompulsif nötralizasyon ritüelleri ile devam eden obsesyon döngüsünü sürdürür (Van den Hout ve ark., 2002). Biyolojik teorileri destekleyenler tarafından, bu tür zorlayıcı davranışın motor tiklere çok benzeyen bir fenomen olduğu ve gizli nötralizasyonun bir tür “zihinsel tik” olduğu öne sürülmüştür (Rapoport ve Wise, 1988). Bilişsel-davranışı perspektiften, nötrleştirme, kişinin istem dışı düşüncelerle ilgili sonuçları  nleme veya en azından kişinin kendi sorumluluğunda olduğuna inandığı şeyin sonuçlarını azaltma çabasıdır (Salkovkis, Thorpe, Wahl, Wroe ve Forrester, 2003). Salkovkis ve ark. (1997, 2003) nötralizasyon ile ilgili yaptıkları çalışmanın bulguları, saplantılı sorunların kalıcılığının merkezinde nötralize edici stratejilerin yer aldığına dair bilişsel açıklamaları desteklemektedir; nötralizasyon kısa vadede rahatsızlığı hafifletirken, daha uzun vadede rahatsızlığının artmasıyla ilişkilidir ve daha fazla nötralize etme ihtiya ını pekiştirir (Ahern, Kyrios ve Meyer, 2015).

Obsesif problemlerin bilişsel hipotezine göre, istem dışı düşüncelerin yorumlanmasını dikkate alarak geçilecek eyleme karar vermek (düşünce nötralizasyonu veya bastırılması gibi), obsesyonların kontrol altında tutulmasının yegâne yöntemidir (Salkovskis ve Campbell, 1994). Rachman (1998) hepimizin istem dışı düşünceler deneyimlediğini, ancak klinik olarak önemli saplantılar geliştirenlerin yalnızca küçük bir azınlık olduğunu belirtmektedir. Bu grubun, önceden var olan inançları ve bilişsel önyargıları nedeniyle savunmasız olduğu öne sürülmektedir. Ayrıca, takıntılarının özel içeriği bu inançlar ve önyargılar tarafından belirlenmektedir. Bunun yanında obsesyona dönüşebilecek istenmeyen düşünceler, etkilenen kişi için özel bir öneme sahip olan düşüncelerdir (Rachman, 1998).

Obsesif düşünceleri olan kişiler, bu düşüncelerle baş etmek için çeşitli stratejilere baş vurmaktadır. Freeston ve Ladouceur'ün (1993) tekrar çalışmalarında yorumlama ve strateji uygulama arasındaki ilişki daha belirgin bir şekilde ortaya çıkmıştır. Yüksek olasılık ve düşük kınama olarak yorumlanan durumlarda kullanılan stratejiler daha çok dikkati olabildiğince sürdürme üzerine kuruluyorken, düşük olasılık ve yüksek kınama olarak yorumlanan durumlarda kullanılan stratejiler daha çok kaçma/kaçınma üzerine kurulmuştur. Ayrıca düşük olasılık olarak yorumlanan durumlarda, yüksek olasılık ve yüksek kınama durumuna nazaran minimal dikkat kullanımı daha fazla olmuştur. Yapılan çalışmalar klinik örneklem grupla devam etmiştir. Potansiyel ayrımcı uyarıcıların (ardışıklık, bağlam, düşünce yorumlama), ruh hali ve etkinliğin bir fonksiyonu olarak ortaya çıkan istem dışı düşüncelerle başa çıkmak için kullanılan stratejileri incelemiştir. En sık oluşan istem dışı düşünceler karşısında kullanılan stratejiler, 53 normal katılımcı ile planlı mülakatlar yapılarak tespit edilmiştir. Düşüncelerle başa çıkmak için fiziksel eylem, düşüncüyü değiştirme,

düşünceyi analiz etme, başkalarıyla konuşma, düşünceyi durdurma, düşüncenin önemsiz olduğuna ikna etmeyi denemeye hiçbir şey yapmama olarak 7 ana strateji kullanılmaktadır. Bulgular, kullanılan stratejinin rastgele seçilmediğini göstermektedir: Spesifik bir sıralamaya, istem dışı düşüncenin yoğunluğuna ve duygunun yorumlanmasına göre farklı stratejilere başvurulmuştur. Tüm stratejilerin eşit olarak etkili (veya etkisiz) olduğu görülmüş ve etkililiğin duygu özellikleriyle ilişkili olmadığı görülmüştür. Duygu yorumlama ile yoğun ruh hali ve düşük etkililikteki stratejilerin depresif ruh haliyle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Freestone ve Ladouceur, 1997).

1.4.1. Obsesif Düşünce ve Anoreksiya Nervoza

Yeme bozukluğu bulunan kişiler, dirençli katı düşünceler ve doğru olmayan kararları içeren farklı bilişsel sapmalara sahiptirler (Polivy ve Herman, 2002). AN hastalarında kiloya, yemeye, vücut büyüklüğü ve şekline karşı işlevsel olmayan tutumların varlığı klinik olarak bilinmekte, aynı zamanda bozukluğun tanımlayıcı bir özelliğini oluşturmaktadır (Radomsky, de Silva, Todd, Treasure ve Murphy, 2002). İstenmeyen düşüncelerle ilgili yapılan çalışmalarda, bazı kişilerin olumsuz düşüncelerinin dünyadaki olayları etkileyebileceğini düşündükleri görülmüştür. AN hastaları yemeği bilinçli bir şekilde reddetmektedir. Hastaların gıdalar üzerindeki uğraşları yoğunlaştığında bireyler durum üzerindeki kontrollerini kaybetmektedir ve bunun sonucunda kişiler duygu ve düşüncelerinin yalıtımı için obsesif savunmalara ihtiyaç duymaktadır (Demet ve Taşkın, 2002). AN semptomları hastalar yetersiz beslendiklerinde şiddetlenir ancak kilo verildikten sonra bile hastaların gıda ile sürekli meşguliyeti, kilo alma ile ilgili endişeleri, ‘güvenli olmayan’ yiyeceklerden korkuları

devam eder, normal gıda alımını sürdürmekte ve egzersiz dürtülerini kontrol etmekte zorluk çekerler (Steinglass ve Walsh, 2006).

DuBois (1949) makalesinde AN'yi Kaşeksili Kompulsiyon Nevrozu (Compulsion Neurosis with Cachexia) olarak isimlendirmiştir. Klinik tabloda bulunan, gıdalarla ilgili yoğun düşüncelerin temel obsesif düşünce biçimine; gıdalardan tekrarlayıcı, bir nedene dayanmayan ve kontrolsüz olarak kaçınma davranışlarını da tipik kompulsif davranış biçimine benzetmiştir. İncelenen mevcut hasta grubu ve literatürde gözden geçirilenler, daha önce kabul edilen 'obsesif birey' tanımıyla oldukça tutarlı özellikler göstermektedir (DuBois, 1949). AN'li bireyler, yiyecek (yiyecek almak veya yemekten kaçınmak) hakkında ısrarcı ve istem dışı düşüncelere ve kilo alma konusunda tekrarlayan endişelere sahiptir. Bu takıntılı zihinsel faaliyetler, hastaların yaşamlarında günlük aktivitelere katılma yeteneklerini bozar (Steinglass ve Walsh, 2006).

Shafran, Teachman, Kerry ve Rachman (1999) yeme bozukluğu olan hastalarda düşünce-beden biçimi kaynaşması (thought-shape fusion) olarak adlandırılan bir bilişsel çarpıtma olduğunu varsaymıştır (Radomsky ve ark., 2002). Bu kavram daha önce OKB hastaları için tanımlanmış olan, düşünce-eylem kaynaşması (thought-action fusio) olarak adlandırılan bir bilişsel çarpıtma temelinden geliştirilmiştir (Shafran, Thordarson ve Ranchman, 1996). Bu çarpıtmanın temelinde, olumsuz bir durum hakkında düşünceye sahip olmanın, olayın gerçekleşme ihtimalini arttıracığı ve sadece bu durumla ilgili düşünceye sahip olmanın olumsuz eylemi gerçekleştirmekle ahlaki olarak aynı olduğu inançları bulunur (Radomsky ve ark., 2002). Örnek vermek gerekirse bu bilişsel çarpıtmaya sahip olan bireyler, “fazla yemeyi veya yasak olan gıdaları tüketmeyi düşünürsem kilo alabilirim, ahlak sahibi

olmadığımı düşünürüm, kendimi daha şişman hissederim” tarzında düşünebilmektedirler (Shafran ve Robinson, 2004).

AN’yi de içinde barındıran, yeme bozukluğu olan hastaların takıntılı düşünceleri ve ritüelleri günlerinin önemli bir bölümünü işgal etmekte, çok fazla sıkıntıya neden olmakta ve genellikle hafif bir şekilde direnilmesine rağmen, büyük ölçüde hastaların kontrolünün dışında olarak algılanmaktadır (Sunday, Halmi ve Einhorn, 1995). Obsesyonlar ile yeme bozuklukları arasındaki ilişki hakkında önemli sayıda araştırma bulunmaktadır. Sunday ve ark. (1995) çalışmalarında, yeme bozukluğu bulunan hastaların %74’ünün obsesif düşüncelere günde 3 saatten fazla zaman harcadığını; %42’sinin ise günde 8 saatten fazla zaman harcadığını bulmuştur. Aynı çalışmada AN hastalarının, semptomlarının ciddiyetini inkar etme eğiliminde oldukları ve bulimiklerle karşılaştırıldığında, kendilerini hem meşguliyetlerden hem de ritüellerden kurtarmak için daha az istekli oldukları görülmüştür.

Obsesyonlar, kişilerin bir konu hakkında istem dışı veya tekrarlanan düşüncelere sahip olmasıdır. AN’de obsesyonel düşünce; dürtüler, duygulanım, arzular ve fantastik düşünceler üzerinde kontrolü sağlama girişimidir (Demet ve Taşkın, 2002). Levinson ve ark. (2019) çalışmalarında OKB ve AN patolojilerinde en ilişkili boyutun obsesyon olduğunu bulmuştur. Mevcut çalışmada ilginç olan, bireylerdeki rahatsız edici düşüncelerin kilo veya vücut şekli ile ilgili olmasa bile öncül yeme bozukluğu semptomları olabileceğini öne sürmesidir (Levinson ve ark., 2019). Bunun yanında AN’li bazı bireyler, istem dışı yeme bozukluğu düşüncelerinin olduğunu söylemiş ve bu düşüncelerinden hastalıklarının en rahatsız edici semptomlarından olarak bahsetmişlerdir (Smith, Mason ve Lavender, 2018).

1.4.2. Obsesif Düşünce ve Ortoreksiya Nervoza

ON, kişilerin sağlıklı bir diyeti sürdürmesi değil, sağlıklı yemeyi hayatın temel hedefi haline getirmesi ve bunun dışına çıktığında ciddi boyutta suçluluk duymasıdır. Bratman (1997) sağlıklı beslenmeye yönelik patolojik bir obsesyon olarak gördüğü durumu tanımlamak için ON terimini öne sürmüştür (Dunn ve Bratman, 2016). ON'ye sahip kişilerin vücutlarıyla ilgili obsesif düşünceleri kilo alma korkusuyla ilgili değil, sağlıklı olma isteğindendir. Ortorektik kişiler, zamanlarının büyük bir kısmını yiyecekleri düşünerek geçirir ve sıklıkla tüm zamanlarını sağlıklı olduğunu düşündükleri yiyeceklerin planlanması, satın alınması, hazırlanması ve tüketilmesine adanmışlardır (Donini ve ark., 2004).

Brytek-Matera (2012), sağlıklı beslenen bir yaşam tarzı istenilir olsa da, bazı kişilerde bu sağlık alışkanlıklarının normalin ötesinde bir noktaya ulaşabileceğini ve obsesif-kompulsif bozukluğun belirtilerine açıkça benzeyebileceğini, durumun obsesyon ve aşırı zihinsel meşguliye dönüşebileceğini öne sürmüştür. ON, gıdaların saf ve sağlıklı olmasına dair bir obsesyondur ve kişinin temel hedefi sağlıklı olmaktır (Yeşil, Turhan, Tatan, Şarahman ve Saka, 2018). ON hastaları, diyetlerinde gıdaların saflığına her şeyden fazla önem vermektedir. Donini ve ark. (2004) çalışmalarında ON hastalarının sağlıklı beslenmediklerinde sıkıntı çektiklerini, sağlıklı yemek, planlama ve hazırlama konusunda takıntılı olduklarını ve diyet konusunda diğerlerine göre bir üstünlük duygusu hissettiklerini öne sürmektedir.

ON'da, OKB'ye benzer şekilde obsesif düşünce ve davranışlar gözlenmiştir. ON'de bireyler, OKB'ye benzer şekilde obsesif düşüncelerinden kaynaklanan anksiyetelerini azaltmak için kompulsif davranışlar gösterirler (Akt. Chosta ve Hardan-Khalil, 2018). Koven ve Arby (2015) çalışmalarında, ON ile OKB arasında

bir ilişkinin, kişilerin tekrarlayan ve ritüelleşen davranışlarının odağı yemek olduğunda gözlenebileceğini öne sürmüşlerdir. Çalışmalarına göre obsesif-kompulsif eğilimi olan bir birey, besin değerlerini kontrol etmeyi ritüelleştirme eğilimi gösterdiğinde ve giderek artan, daha sağlıklı beslenmeyi başarmakla ilgili tekrarlanan düşüncelere sahip olduğunda ON semptomatolojisi mevcut olabilir.

Moroze ve ark. (2015) obsesyonun, ortoreksinin kökü olabileceğini, yani ON'nin sağlıkla ilgili obsesif zihinsel meşguliyetten, gıda ve sağlıklı beslenmeyle ilgili obsesif düşünce ve inançların getirdiği sıkıntıya kadar giden bir süreç olabileceğini öne sürmüşlerdir. Ortorektik bireyler, uygun olmayan zamanlarda yiyecek ve sağlık hakkında tekrarlayıcı, istem dışı obsesif düşünceler, kontaminasyon ve kirlilik konusunda abartılı endişe, yemek düzenlemeye ve ritüelleşmiş bir şekilde yemeye yönelik güçlü bir ihtiyaç gibi çeşitli obsesif-kompulsif eğilimler gösterirler (Kinzl, Hauer, Traweger ve Kiefer, 2006). Costa ve Hardan-Khalil'in (2018) çalışmalarında ON davranışı gösteren bireylerin, ON davranışı göstermeyen katılımcılara göre OKB davranışlarını daha fazla gösterdiği belirlenmiştir. Bu bulgu, yapılan önceki çalışmalarla uyumludur. Arusoğlu ve ark. (2008) çalışmalarında, kişilerde bulunan ortorektik eğilimlerin OKB ile ilişkili olabileceğini öne sürmüşlerdir. Aynı çalışmada bozulmuş yeme tutumu görülen ve OKB düzeyi yüksek olan bireylerde ortorektik eğilimin beden kitlesinin artmasıyla ilişki olabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Ortoreksiya nervoza ve OKB'de obsesif düşünceyi de barındıran düşünce kalıplarını ve davranışları etkileyebilecek olası biyokimyasal benzerlikler gözlenmiştir (Costa ve Hardan-Khalil, 2018). Murphy ve ark. (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, OKB ve yeme bozukluğu olan hastaların, beynin prefrontal korteks ve kaudat çekirdeğinin çalışmasını gerektiren bir görevi etkin bir şekilde

tamamlamalarına izin vermeyen, daha yüksek serebral glikoz metabolizmasına sahip olduklarını bulmuşlardır (Costa ve Hardan-Khalil, 2018). Aynı zamanda araştırmacılar OKB ve ON'de nörofizyolojik benzerliklerin bulunduğunu öne sürmüştür.

Psikopatolojiler ile ilişkilendirilen bir diğer kavram ise bilişsel esnekliktir. Bilişsel esnekliğin yüksek olması ve psikolojik iyi oluş ile bağlantı kurulurken, bilişsel esnekliğin zayıf olması ile çeşitli psikopatolojiler ilişkilendirilmektedir (Johnson, 2016). Literatür incelendiğinde AN hastalarının bilişsel esneklik ve karar verme süreçlerinde bozulmalar olduğu gözlenmiştir (Tchanturia ve ark., 2004; Liao ve ark., 2009). ON ve bilişsel esneklik ilişkisi incelendiğinde literatürde çok kısıtlı çalışma olduğu görülmüştür. Koven ve Senbonmatsu'nun (2013) çalışmasında ON eğilimi ve zayıf bilişsel esneklik arasında ilişki bulunurken, Hayatbini ve Oberle'nin (2019) çalışmasında ON eğilimi ve zayıf bilişsel esneklik arasında ilişki görülmemiştir. Literatürün kısıtlı olması ve çalışmalarda farklı görüşler öne sürülmesi nedeniyle ON ve AN eğiliminde bilişsel esnekliği incelemenin yararlı olacağı düşünülmüştür.

1.5. Bilişsel Esneklik

Bilişsel esneklik kavramı kişilerin değişen çevre koşullarına uyumlanabilmek için bilişlerini düzenleyebilme dereceleri olarak açıklanmaktadır. Bilişsel esneklik kavramının üç içeriği bulunmaktadır: (1) Zor durumları kontrol edilebilir olarak algılama eğilimi, (2) yaşamda ortaya çıkan durumların ve insan davranışlarının olası alternatiflerinin olabileceğini algılama becerisi ve (3) zor durumları çözebilmek için farklı alternatifler üretme becerisi (Dennis ve Vander Wal, 2010). Bireylerin bilişlerini çevreye uygun olarak düzenleyemediği, bilişsel katılığın olduğu durumlarda psikopatolojilerin varlığı akla gelebilmektedir (Dağ ve Gülüm, 2013).

Canas, Fajardo ve Salmeron (2006) bilişsel esnekliği, kişinin davranışlarını değişen koşullara uygun şekilde düzenleyebilmesi olarak tanımlamıştır. Bir kişinin karmaşık bir görevi gerçekleştirebilmesi için davranışlarını koşullara göre şekillendirmesi gerekmektedir. Aynı zamanda yapılan görev devam ettikçe var olan koşulların değişimi de sürer. Bu nedenle esneklikten söz edebilmek için bireylerin dikkatlerini devamlı olarak var olan çevresel faktörler üzerinde tutması gerekir. Kişilerin davranışlarının değişen faktörlere göre düzenleyebilmesi için bilgilerini duruma uygun olarak yapılandırmaları önemlidir ve bu nedenle bilişsel esneklik, dikkat süreçlerine ve bilgi temsiline bağlıdır (Canas ve ark., 2006). Bu tanımlardan yola çıkarak bilişsel esneklik, kişinin karmaşık durumlara uyumlanabilme düzeyi olarak açıklanabilmektedir.

Martin ve Anderson'a (1998) göre, kişinin (1) bir durumda mevcut seçenekler ve alternatifler olduğunun bilincinde olması, (2) katı bir tutumda olmayarak koşullara uyum sağlayabilmesi ve (3) kişinin kendini gerçekleştirme yeteneğine sahip olduğuna dair öz-yeterlik inancı bilişsel olarak esnek olmayı ifade eder. Bireyler bilişsel olarak ne kadar esnekse, iletişimde yeni yollar denerken de o kadar isteklidirler. Farklı iletişim süreçlerini deneyimleme, alışık olmadıkları durumlar içinde bulunma ve ihtiyaçlarını karşılayabilmek için davranışlarını düzenleme eğilimde olan kişiler bilişsel olarak esnektir (Martin ve Anderson, 1998). O'Keefe ve Delia (1982), bireyler bilişsel olarak ne kadar esnekse başkalarıyla ilişki kurmada da o kadar esnek olabileceğini öne sürmüştür. Bu nedenle bilişsel esnekliği, doğru iletişimi oluşturan temel bileşenlerden biri olarak tanımlamışlardır.

Yaratıcılık, insan doğasını tanımlayan birkaç nitelikten biridir (Lindell, 2010). Bilişsel esneklik, yaratıcılığın zihinsel özü ve gerçek hayattaki yaratıcılığın temel

bileşenlerinden biri olarak kavramsallaştırılır (Beghetto ve Kaufman, 2007). Dietrich (2004), yaratıcılığın bilişsel sistemin farklı bir özelliği olmadığını, bunun yerine çalışma belleği, sürekli dikkat ve bilişsel esneklik gibi çeşitli temel bilişsel yetenekler gerektirdiğini savunmaktadır. Bireyler davranışlarını düzenlemeden önce alternatifleri değerlendirdikleri sosyal biliş süreci geçirirler (Roloff ve Berger, 1982). Bilişsel esnekliği yüksek olan kişiler durumsal faktörlere dayalı olası davranışsal düzenlemelerin gerekliliğini kabul edebilen insanlardır (Martin ve Anderson, 1998). Bireyler bilişsel esnekliğe sahipse olaylar karşısında tek bir çözüm yolu olduğunu düşünmeyip farklı alternatif çözümler geliştirebilecektir. Martindale (1999), *Sinir Ağı Yaratıcılık Modeli*'nde (Neural Network Model of Creativity), stresli insanların rutin, alışılmış, tekrar edilmiş davranış kalıpları sergilediklerini, çünkü dikkatlerinin stresörlere odaklandığını ve bunun sonucunda yaratıcı fikirlerin ortaya çıkma olasılığının düşük olduğunu varsaymıştır. Bu modele göre kişiler, yaşadıkları stresi azaltırsa bilişsel ve fiziksel kaynaklar yeniden kullanılabilir hale gelir ve yaratıcı fikirlerin oluşma olasılığı artar (Bloom, Ritter, Kühnel, Reinders ve Geurts, 2014). Bilişsel esnekliği ölçme yöntemlerinden biri de Guilford Alternatif Kullanım Testi'dir (GAKT). GAKT, bilişsel esnekliği yaratıcılık ve yaratıcılığın bir boyutu olarak ele almaktadır (Kenett, Anaki ve Faust, 2014). Bununla uyumlu olarak Çuhadaroğlu'nun (2013) çalışması incelendiğinde, bilişsel esneklik ile şekilsel yaratıcılık arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

Bilişsel esneklik tanımı, bireylerin farklı ve ani gelişen durumlarda bilişsel işleme stratejilerini uygulayarak durumlara uyumlanabilme becerilerini de kapsamaktadır (Canas, Quesada, Antoli ve Fajardo, 2003). Martin ve Rubin (1995) bilişsel esnekliğin, kişilerin birden fazla seçeneğinin olduğunun bilincinde olmasına

yaradığını ve aynı zamanda öteki insanların duygularını anlamada düzeylerini yükseltebileceğini ifade etmektedirler. Ergenlerle yapılan bir çalışmada, yüksek bilişsel esneklikle birlikte artan akademik, sosyal, duygusal beceriler ve yükselen genel öz yeterliliklerin anlamlı ilişkisi görülmüştür (Özcan ve Esen, 2016).

Martin ve Rubin (1995), aynı zamanda bilişsel esnekliği tanımlarken bireylerin farklı koşullara uyumlanabilme becerilerine ve yüksek bir yetkinlik inancı ile birlikte öz-yeterlilik (self-efficacy) düzeylerine vurgu yapmışlardır. Bilişsel esneklik, ani durum değişikliklerinde kişilerin buna uygun olarak farklı stratejiler geliştirebilmesi olduğundan, bireylerin önceden uyguladıkları yöntemlerde ısrarcı davranması bilişsel katılık olarak açıklanabilir (Çuhadaroglu, 2013). Bilişsel esnekliği zayıf olan bireylerin dikkatleri dağınıktır, farklı koşullarda nasıl davranacaklarına karar veremezler ve dirençli bir şekilde eski davranışlarını sürdürme eğilimindedirler (Jonassen ve Grabowski, 1993). Buna dayanarak bilişsel esneklik kavramı, bireylerin diğer alternatifleri görebilmesinin yanında alternatifleri denemeye istekli olmasını da içermektedir.

Bilişsel esneklik, bireylerin uygun şekilde davranmadaki yeteneklerine olan güvenlerini yükseltmekte ve bu durum daha esnek olmayı beraberinde getirmektedir (Martin, Anderson ve Thweatt, 1998). Aynı zamanda bilişsel esneklik, bireyin esnek olma isteğini ve davranışlarının olumlu sonuçlanacağına dair inançlarını da kapsamaktadır (Martin ve Anderson, 1998). Bireyler içinde bulundukları koşullarda farklı seçenekleri olduğunu bilse de, alışkanlıklarının ve konfor alanlarının dışına çıkıp diğer seçenekleri uygulayabilmeleri için kendilerine inançlarının ve özgüvenlerinin yüksek olması gerekmektedir.

1.5.1. Bilişsel Esneklik ve Anoreksiya Nervosa

AN ile ilgili yapılan birçok çalışmada nöropsikolojik bozuklukların varlığı bulunmuştur. Geniş bir yelpazede bilişsel işlevler sorumlu tutulmuş olsa da (Hamsher, Halmi ve Benton, 1981; Katzman, Christensen, Young ve Zipursky, 2001), öne çıkan özellikler dikkat bozukluğu ve yürütücü işlevdeki zorluklardır (Tchanturia ve ark., 2004). AN'de bilişsel esneklik üzerine mevcut araştırmalar, temel olarak Brixton Uzamsal Beklenti Testi (Holliday, Tchanturia, Landau, Collier ve Treasure, 2005; Roberts, Tchanturia, Stahl, Southgate ve Treasure, 2007; Roberts, Tchanturia, Treasure, 2010; Tchanturia ve ark., 2004) dahil olmak üzere çeşitli testleri kullanan deneysel/performans ölçümlerinden oluşmaktadır (Lounes, Khan ve Tchanturia, 2011).

Fassino ve ark. (2002), zihinsel esneklikle ilgili problemleri, AN'li kişilerin davranışsal özelliği olarak ifade etmişlerdir. Bunun yanında Bulik ve ark. (2003) AN'de yüksek düzeyde mükemmeliyetçilik ve zarardan kaçınma ile düşük esneklik dahil olmak üzere belirli kişilik özelliklerinin varlığını belirtmiştir. AN vakalarıyla yapılan nöropsikolojik çalışmalar bilişsel görevlerde esnek olmama eğilimini ve geçmiş düşünce kalıplarını değiştirememeye olgusunu vurgulamıştır (Tchanturia, Campbell, Morris ve Treasure, 2005). Ayrıca, bilişsel olarak esnek olmamanın, kilo ve yiyecek tüketimini kontrol etmek için yapılan davranışlar, kalori sayımı ile ilgili takıntılar, ritüelleştirilmiş yeme davranışları, yoğun egzersiz, başkalarıyla etkileşimde zorluklar, problemleri çözmede katılık dahil olmak üzere hastalıkla ilgili zorlayıcı davranışları sürdürdüğü belirtilmiştir (Tchanturia ve ark., 2007; Tchanturia, Lloyd ve Lang, 2013).

Çevrenin değişen talepleri doğrultusunda davranışın uyarlanmasına izin veren, bilişsel-davranışsal esneklik için set değiştirme yeteneği esastır. Set değiştirmedeki problemler, bilişsel olarak esnek olmama (örneğin problem çözmeye somut ve katı yaklaşımlar) ve uyarana bağlı davranış ve tepki esnekliği (örneğin ısrarcı veya basmakalıp davranışlar) ile ilgili çeşitli biçimlerde kendini gösterebilir (Tchanturia ve ark., 2005). Tchanturia ve ark. (2005) AN vakalarıyla set değiştirme üzerinde yaptıkları çalışmada, hem akut hastalık hem de iyileşmiş grupta set değiştirme zorluklarının varlığı bulmuştur. Bunun yanında normal performansı yalnızca uzun süredir akut dönem geçirmeyen grubun gösterdiği görülmüştür. Aynı çalışmada nöropsikolojik test sonuçları ile kişiliğin ilişkisi daha derinlemesine araştırılmış ve bireylerin çocukluk özellikleri değerlendirilmiştir. Hastalık öncesi çocukluk özellikleri açısından bakıldığında, çocuklukta esnek olmamanın, set değiştirme güçlüklerini yüksek oranda öngördüğü (hiyerarşik regresyon geriye doğru yöntemi kullanılarak %40) bulunmuştur. Bununla birlikte, gözden geçirilmiş Mizaç ve Karakter Envanteri'nden (TCIr) alınan mizaç ölçekleri kullanıldığında, zarardan kaçınmanın küçük bir etkisi olmasına rağmen (standart hatalarla regresyon modellemesi kullanarak %12) kişilik ve nöropsikolojik performans arasında güçlü bir ilişki gözlemlenmemiştir. Sonuç olarak bugüne kadar test edilen değişkenlerle en güçlü ilişkiyi çocuklukta katılığın gösterdiği sonucuna varılmıştır. (Tchanturia ve ark., 2005).

Lounes ve ark. (2011) çalışmalarında önceki bulgularla uyumlu olarak (Roberts ve ark., 2007; Tchanturia ve ark., 2004, 2005), AN grubunun hem öz bildirim hem de bilişsel esnekliğin bilişsel ölçümlerinde önemli ölçüde zayıf performans gösterdiğini belirtmişlerdir. Bilişsel esnekliğin zayıf olması, AN semptomlarının

sürdürülmesine ve tedaviye direnç gösterilmesine yol açan davranışsal katılığa neden olmaktadır (Sato ve ark., 2013). Sadece hastalığın akut döneminde olan değil, iyileşen AN vakalarında da bilişsel esnekliğin zayıf olduğu bulunmuş, aynı zamanda AN vakalarının böyle olmayan kız kardeşlerinin de sağlıklı kontrol grubuna göre daha zayıf bilişsel esneklik gösterdiği gözlemlenmiştir (Roberts, Tchanturia ve Treasure, 2010).

Bilişsel esneklik, var olan durumdaki değişikliklere göre bir davranışı değiştirme yeteneğidir ve zayıf bilişsel esneklik AN için bir risk faktörü olarak kabul edilir (Steinglass, Walsh ve Stern, 2006). Tchanturia ve ark. (2004) çalışmalarında anoreksiya nervozada bilişsel katılığın yaygınlığını bulmuşlar ve AN vakalarının tedavilerinde bilişsel esneklik üzerinde çalışmanın oldukça önemli olduğunu öne sürmüşlerdir. Zayıf bilişsel esnekliğin AN semptomlarının devamını etkileyebileceği ve tedavi direncine katkıda bulunabileceği öne sürülmüştür (Treasure ve Schmidt, 2013). Tüm bulgulardan yola çıkarak zayıf bilişsel esnekliğin anoreksiya nervozanın ilerleme ve iyileşme döngüsü üzerindeki etkisi görülmektedir ve tedavi yaklaşımında bilişsel esnekliği de ele almak oldukça önemlidir.

1.5.2. Bilişsel Esneklik ve Ortoreksiya Nervoz

ON, AN ve OKB gibi çeşitli patolojilerle ortak noktaları olduğu düşünülen bir bozukluktur. ON ile diğer patolojiler arasında ortak olduğu düşünülen değişkenlerden biri de bilişsel esnekliktir. Bu tür bir katılık, ON vakalarının düşüncelerinde (örneğin, diyetlerinin başkalarının diyetlerinden daha üstün olduğuna dair sarsılmaz inanç) ve davranışlarında (örneğin, özel şekillerde hazırlanmış ve planlanmış zamanlarda yenilen belirlenmiş miktarlarda belirli yiyecekleri yemek) görülebilir (Hayatbini ve Oberle, 2019).

Koven ve Senbonmatsu (2013), ON ile yapılan ilk nöropsikolojik çalışmayı gerçekleştirmişlerdir. Araştırmada bireylerin bilişsel esnekliklerini değerlendirmek için Wisconsin Kart Sıralama Testi (WCST) ve İz Sürme Testi (TMT) kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan bu iki testten, kullanmayı seçtikleri dört performans ölçüsünden sadece birinde önemli grup farklılıkları olduğu ve bu sayede kontrol grubunun WCST'de ON grubuna göre daha doğru yanıtlara sahip olduğu görülmüştür. Tüm örneklem incelendiğinde çıkan sonuçlar Set Değiştirme, Duygu Kontrolü, Kendini İzleme ve Çalışma Belleği hususlarındaki öz bildirim zayıflığı ile ON değişkeninin bağımsız olarak ilişkili olduğunu göstermektedir. ON semptomatolojisi bağlamında açıklanan bu yürütücü işlev alanları, OKB ve ON profilleri arasındaki nöropsikolojik örtüşme olarak kabul edilebilir (Koven ve Senbonmatsu, 2013).

Hayatbini ve Oberle (2019), Koven ve Senbonmatsu'nun (2013) çalışmasını tekrarlamak için yeni bir çalışma yürütmüştür. Bilişsel esnekliği ölçmek için diğer araştırmayla benzer olarak bilgisayar üzerinden doldurulan Wisconsin Kart Sıralama Testi (WCST) ve İz Sürme Testi (TMT) kullanılmıştır. Bu bilişsel testlerden elde edilen 11 değişken ölçümünden sadece biri gruplar arasında önemli ölçüde farklılık göstermiş ve ON grubu, İz Sürme Testi'nin herhangi bir set değiştirme gerektirmeyen ilk bölümünde kontrol grubundan daha fazla hata yapmıştır. Araştırma bulgularına göre, ON sağlıklı beslenmeye özgü, esnek olmayan düşünce ve davranışlarla ilişkili olmasına rağmen, durumun yürütücü işlev eksikliği kapsamındaki bilişsel esneklikle ilişkili olmadığı görülmektedir (Hayatbini ve Oberle, 2019). Hayatbini ve Oberle (2019) alanyazında olan eksikliklerden dolayı bu ilişki üzerinde daha fazla çalışma yapılmasını önermişlerdir.

1.6. Araştırmanın Önemi

Ortoreksiya nevroza ve anoreksiya nervozanın benzerlik ve farklılıklarını değerlendiren çalışmalar incelendiğinde literatürde bir uzlaşma olmadığı görülmüştür. Araştırma sonuçlarına göre AN ve ON'nin benzer bozukluklar olduğunu destekleyen araştırmalar olduğu gibi (Byrtek-Matera, 2014; Gramaglia ve ark., 2017), Anoreksiya ile ortoreksiyanın farklı iki yeme bozukluğu türü olmayabileceğini öne süren araştırmalar da vardır (Örneğin, Bratman, 2017). Costa ve ark. (2017) yaptığı çalışmada, ON'nin farklı bir yeme bozukluğu mu yoksa başka bir bozukluğun alt kümesi mi olduğunu belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, yeme bozuklukları ile obsesif düşünce arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırma bulunmaktadır. Kaye ve ark. (2003) çalışmasında, AN'nin kısıtlayıcı tipine sahip katılımcıların %68'inde, AN'nin yeme/çıkartma tipine sahip katılımcıların ise %79.1'inde obsesyon ve kompulsiyonlar görülmüştür. Ortoreksiya ile OKB arasında da ortak davranışlar görülmektedir. Brytek-Matera (2012), bireylerdeki sağlıklı olma isteğinin obsesyona dönüşebildiğini ve ON'de görülen sağlıklı olduğu düşünülen gıdalara yönelik reddedici tutum ve davranışların OKB ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. AN hastalarında ve ortorektik bireylerde gıdalara karşı görülen katı tutum, bireylerde var olan obsesif kaygı nedeniyle gelişmektedir. Literatür incelendiğinde, psikopatolojiler arasında ortak olduğu görülen özelliklerden bir tanesi bilişsel katılıktır. Ortorektik bireylerin, kontrol grubuna göre bilişsel esneklik testlerinde daha düşük puanlar aldıkları görülmüştür (Koven ve Senbonmatsu, 2013). Benzer şekilde AN hastalarında bilişsel katılığın varlığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Abbate-Daga ve ark., 2011; Buzzichelli, Marzola, Amianto, Fassino ve Abbate-Daga, 2018). Kısıtlı literatürü ele alarak,

gelecekte ON için yeni bir tanısal kategori geliştirilebileceği veya AN ya da BN ile benzer özelliklerinden yola çıkarak bu bozuklukların içinde konumlandırılabilceği söylenebilir (Arusoğlu ve ark., 2008). Araştırmamızın amacı, bu belirsizliği gidermeye katkıda bulunacak bulgular elde etmektir. Bu amaçla, anoreksiya nervoza ve ortoreksiya nervoza eğilimli grupların, *bilişsel esneklik* ve *obsesif düşünce* bakımından benzer özellikler mi yoksa farklı özellikler mi taşıdıkları araştırılacaktır. AN ve ON'nin benzer özelliklerini araştırın çalışmalara olsa da literatürde bu iki değişkeni bu amaçla kullanmış olan bir araştırmayla karşılaşılmamıştır. Araştırmamızda ulaşılan sonuçlara göre AN ve ON'nin bilişsel esneklik ve obsesif düşünce değişkenleri açısından benzerlikleri değerlendirilecektir.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, anoreksiya nervoza ve ortoreksiya nervoza eğilimlerinde obsesif kompulsif bozukluğun bileşenleri olan bilişsel esneklik ve obsesif düşünce değişkenlerinin yordayıcı etkilerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

2.2. Örneklem Seçimi

Araştırmanın örneklemini; 12.01.2021 – 27.04.2022 tarihleri arasında, yaşları 18-55 arasında değişen 55 erkek (%27,9), 142 Kadın (%72,1) olmak üzere toplam 197 gönüllü katılımcı üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan 303 katılımcıdan 106 katılımcının verisi, gerekli koşulları sağlamaması nedeni ile (örneğin verilen ölçeklerin tamamlanmaması) veri setinden çıkarılmıştır. Katılımcıların Demografik özelliklerine dair bilgiler Tablo 1.'de sunulmuştur.

Tablo 1. Sosyodemografik Değişkenler İçin Sayı ve Yüzde Dağılımının İncelenmesi

Değişkenler	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	142
	Erkek	55
Yaş Grup	18-24 yaş arası	47
	25-34 yaş arası	109
	35-55 yaş arası	41
Eğitim Durumu	Lise Mezunu ve altı	34
	Üniversite Öğrencisi	66
	Üniversite Mezunu	61
	Yüksek Lisans Öğrencisi/Mezunu	36
Medeni Durum	Evli	59
	Bekar	138
Gelir Durumu	Ayda 2500 TL'nin altında	42
	Ayda 2500 – 4999 TL arasında	58
	Ayda 5000 – 9999 TL arasında	62
	Ayda 10000 TL ve üzeri	35

2.3. Verilerin Toplanması

Araştırma, 18-55 yaş arası gönüllü katılımcıların www.qualtrics.com internet sitesi üzerinden çevrimiçi ortama aktarılması ile gerçekleştirilmiştir. Qualtrics aracılığı ile oluşturulan bağlantı linki, sosyal medya platformları ve e-posta yolu ile katılımcılara ulaştırılmıştır. Katılımcıların çalışmayı tamamlama süresi yaklaşık 15 dakika kadardır ve çalışma süresince katılımcılardan katılımcı bilgileri istenmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri şu şekilde belirlenmiştir:

1. 18-55 yaş aralığında olmak,
2. Araştırmaya katılmak için gönüllü olmak,
3. Onam formunu onaylamış olmak.

2.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada katılımcıların tanımlayıcı bilgileri anket formuna kaydedilmiştir. Katılımcılara veri toplamak amacıyla Demografik bilgi formu, Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26), ORTO-11 Ölçeği, Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği (MOKBÖ) uygulanmıştır. Araştırmada ORTO-15 yerine ORTO-11 kullanılma nedeni aşağıda açıklanmıştır.

Araştırmanın amacı katılımcılara açıklanmış, gönüllü olarak çalışmaya davet edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden Bilgilendirilmiş Onam Formu'nu onaylamaları istenmiştir.

2.4.1. Demografik Bilgi Formu

Uygulanan anket formunda katılımcıların demografik özelliklerini tanımlayabilmek için yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve aylık gelir bilgilerini içeren sorulardan oluşmaktadır. Demografik Bilgi Formu EK A'da gösterilmiştir.

2.4.2. Yeme Tutum Testi-26

Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26), 11-70 arasındaki tüm bireylere uygulanabiliyor olup, bireylerin yeme tutum ve davranışlarındaki bozuklukları ölçmek için hazırlanmıştır. YTT, Garner ve Garfinkel (1979) tarafından anoreksiya nervozanın semptomlarını ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ölçek 40 maddeden oluşmaktadır. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1989 yılında Savaşır ve Erol tarafından yapılmıştır. Sonrasında YTT’nin 26 maddeden oluşan kısa formu, YTT-40 temel alınarak Garner, Olmsted, Bohr ve Garfinkel (1982) tarafından geliştirilmiştir. YTT-26 daha sonraki yıllarda Türkçe’ye uyarlanmıştır_(Ergüney-Okumuş ve Sertel-Berk, 2020). YTT-26 uygulanan ve yüksek puan alan bireylerin yeme bozukluğu tanısı alma ihtimalleri de yüksek olduğundan, yeme bozukluğu tarama yöntemi olarak sıklıkla uygulanmaktadır (Mintz ve O’Halloran, 2000). YTT-26’nın, anorektik semptomların objektif bir biçimde değerlendirilebilmesi için geçerli ve güvenilir bir araç olarak görülebileceği sonucuna ulaşılmıştır (Garner, Olmsted, Bohr ve Garfinkel, 1982).

YTT-26 altı basamaktan oluşan likert tipi bir ölçektir. Test için kesme değer 20 puandır. 20 ve üzeri puan ‘sağlıksız yeme davranışı’ olarak değerlendirilirken, 20 puanın altı ‘normal yeme davranışı’ olarak değerlendirilir. Ölçekten alınan puan arttıkça, yeme bozukluğu tanısı alma olasılığı yükselmektedir. YTT-26’nın 3 alt boyutu vardır. Diyet yapma boyutu 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 26. maddelerden, bulumik davranış boyutu 3, 4, 9, 18, 21, 25. maddelerden ve oral kontrol davranışı boyutu ise 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20. maddelerden oluşmaktadır.

YTT-26’nın iç tutarlılık kat sayısı incelendiğinde AN hastaları için .90, kontrol grubu için .83 olduğu sunulmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık kat sayıları Diyet Yapma boyutunda AN için .90 ve sağlıklı grup için .86, Bulumik Davranış

boyutunda AN için .84 ve sağlıklı grup için .61, Oral Kontrol Davranış alt boyutunda ise AN için .83 ve sağlıklı grup için .46 olarak bildirilmiştir. Mevcut çalışmanın iç tutarlılık kat sayıları YTT-26 için .84, Diyet Yapma alt boyutu için .82, Bulumik Davranış alt boyutu için .74 ve Oral Kontrol Davranış alt boyutu için ise .55 olarak bulunmuştur. YTT-26 Ek B’de gösterilmiştir.

2.4.3. ORTO-11 Ölçeği

ON ilk olarak 1997 yılında Steven Bratman (2000) tarafından tanımlanmıştır. Bratman tarafından 10 maddeden oluşan ve ortoreksiya nevroza belirtilerini belirlemek amacıyla ORTO-15 ölçeği oluşturulmuştur. Donini ve ark. (2004), Bratman’ın ölçeğini temel alarak yeni bir ORTO-15 ölçeği geliştirmişlerdir, bazı sorular çıkarılıp yeni sorular eklenmiştir.

ORTO-15, 4’lü Likert ölçeği şeklinde tasarlanmıştır. Oluşturulan ölçek kişilerin tüketecekleri besinleri seçerken oluşan tavırlarını değerlendirmekte ve bu noktalardaki obsesif tutumlarını araştırmaktadır. Katılımcılardan soruları cevaplarken kendilerini ‘her zaman’, ‘sıklıkla’, ‘bazen’, ‘hiçbir zaman’ seçeneklerini işaretleyerek tarif etmeleri istenmiştir. Ölçeğin farklı soruları, farklı alanları değerlendirmektedir. Bunlar sırasıyla 1, 5, 6, 11, 12, 14’üncü sorular bilişsel rasyonel alan; 3, 7, 8, 9, 15’inci sorular klinik alan; 2, 4, 10, 13’üncü sorular duygusal alan şeklindedir. Aynı zamanda 2, 5, 8 ve 9’uncu maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçekten en az 15, en fazla 60 puan alınabilmekte olup kesme değeri 40 puandır. 40 puanın altında alan bireyler ortorektik eğilimli olarak belirtilmektedir. ORTO-15 ölçeğinin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik analizleri Arusoğlu ve ark. (2008) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçekten 4 soru çıkarılmış ve ORTO-11 olarak yeniden adlandırılmıştır. Katılımcıların ölçeğe verdikleri ‘her zaman’ yanıtı 1, ‘sık sık’ yanıtı 2, ‘bazen’ yanıtı 3 ve ‘asla’ yanıtı 4

puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekte ters puanlanan tek madde ise 8. sorudur. ORTO-11 ölçeğinin duygu, davranış ve biliş alt boyutları vardır. Çalışmamızda kullandığımız ORTO-11 ölçeğinin kesme noktası belirlenmemiştir. Ölçekten alınan düşük puanlar ortoreksiya eğiliminin yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda ORTO-11 ölçeğinde kesim noktası belirlemek için Fidan ve ark. (2010) kullandığı yöntemden faydalanılarak elde ettiğimiz ORTO-11 skorlarının ortalama değeri olan 28 puan kesim noktası olarak belirlenmiştir.

ORTO-15 için hesaplanan iç tutarlılık kat sayısı .44 şeklinde iken 11 maddeye indirilen ORTO-11'in iç tutarlılık kat sayısı .62 şeklinde belirtilmiştir. Mevcut çalışmanın iç tutarlılık kat sayısı .75 olarak hesaplanmıştır. ORTO-11 Ek C'de gösterilmiştir.

2.4.4. Bilişsel Esneklik Envanteri

BEE, Dennis ve Wal (2010) tarafından bireylerin zor koşullarda alternatif, uyumlu, uygun, dengeli düşünceler üretebilme becerilerini ölçmek üzere geliştirilmiştir. BEE, 'alternatifler' ve 'kontrol' olarak 2 boyut içermekte ve toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten elde edilen değerler 20 ile 100 arasında değişmekte ve alınan puan yükseldikçe bilişsel esnekliğin arttığı düşünülmektedir. Gülüm ve Dağ (2002), BEE'nin Türkçeye uyarlanmasını gerçekleştirmiştir. Alternatifler alt ölçeğinde 1, 3, 5, 6, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20 maddeleri; kontrol alt ölçeğinde 2, 4, 7, 9, 11, 15, 17 maddeleri bulunmaktadır.

BEE'nin tümü için iç tutarlılık kat sayısı .90, Alternatifler boyutunun iç tutarlılık kat sayısı .89 ve Kontrol boyutununki ise .85 şeklinde sunulmuştur. Mevcut çalışmada BEE'nin iç tutarlılık kat sayısı .79, Alternatifler alt boyutunun .91 ve Kontrol alt boyutunun .89 olarak hesaplanmıştır. BEE Ek D'de gösterilmiştir.

2.4.5. Maudsley Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği

MOKBÖ, Rachman ve Hodgson (1977) tarafından bireylerdeki obsesif kompulsif belirtilerin değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. Öz bildirim türünde olup hastalar tarafından işaretlenmektedir (Sanavio ve Vidotto, 1985). Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Erol ve Savaşır (1988) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 37 sorudan oluşmakta ve Doğru (Evet)-Yanlış (Hayır) şeklinde cevaplanmaktadır. MOKBÖ kontrol, temizlik, yavaşlık ve kuşkuyu içeren 4 alt ölçekten oluşmaktadır.

Ölçek değerlendirilirken işaretlenen Doğru (Evet) maddelerine 1 puan verilir. Bunun yanında ölçeğin 11. maddesi ters kodlanmaktadır. Ölçek 4 alt boyut içerirken Türkçe formuna Ruminasyon alt boyutu eklenerek 5 alt boyutlu bir ölçek haline gelmiştir (Kılınç, 2010). Kontrol etme boyutu 2, 6, 8, 14, 15, 20, 22, 26 ve 28. maddeleri; Temizlik boyutu 1, 4, 5, 9, 13, 17, 19, 21, 24, 26 ve 27. maddeleri; Yavaşlık boyutu 2, 4, 8, 16, 23 ve 29. maddeleri, Kuşku boyutu 3, 7, 10, 11, 12, 18 ve 30. maddeleri ve Ruminasyon boyutu 2, 8, 31-37. Maddeleri içermektedir. Ölçekten alınan değerler 0 ile 37 arasında değişmekte olup puanın yükselmesi obsesif kompulsif belirtilerin arttığını göstermektedir.

İç tutarlılık kat sayılarının tüm test için .86 ve alt ölçekler için ise .31 ile .70 arasında olduğu görülmüştür (Irak, 2012). Mevcut çalışmada MOKBÖ iç tutarlılık kat sayısı .86, Kontrol Etme alt boyutu .74, Temizlik alt boyutu .61, Yavaşlık alt boyutu .39, Kuşku alt boyutu .56 ve Ruminasyon alt boyutu .85 şeklinde hesaplanmıştır. MOKBÖ Ek E’de gösterilmiştir.

2.5. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Araştırma sürecinde yapılan istatistiksel analizler için IBM SPSS 23 paket programı (Statistical Package for Social Science) kullanılmıştır. Verilerin özetlenirken

tanımlayıcı istatistiklerden ortalama, standart sapma, minimum-maksimum değerler ile sayı ve yzdeleler kullanılmıştır. Çalışmada ortoreksiya eğilimi, anoreksiya eğilimi, obsesif düşünce ve bilişsel esneklik değişkenlerinin, demografik değişkenler açısından farklılaşıp farklılaşmadığını görmek amacıyla bağımsız örneklemler için t testi, mann whitney u ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Ardından çalışmadaki değişkenlerin ilişkisi incelenirken arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi uygulanmıştır. Araştırmanın temel sorusu olan anoreksiya ve ortoreksiya eğiliminin obsesif düşünce ve bilişsel esneklik bakımından ilişkisini ölçmek için oklu Regresyon Analizi kullanılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde, araştırma sorusunu sınamak için kullanılan verilerin istatistiksel yöntemlere uygunluğu incelenmiştir. Bölümün devamında, verilere ait demografik bulgular ve analiz sonuçları bulunmaktadır. Ulaşılan veriler, SPSS 23.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

3.1. Nicel Verilerin İstatistiksel Yöntemlere Uygunluğu

Kullanılan ölçek ve alt boyutlar için normallik varsayımının incelenmesinde iki kriter göz önüne alınmıştır. İlk olarak ortalama ve medyan değerleri arasındaki farkın az olması kriteri incelenmiştir. İkinci olarak eğiklik ve basıklık değerlerinin standart hata değerleri ile çarpımı sonucu elde edilen değer $\pm 2,00$ aralığında olması beklenmektedir (George ve Mallery, 2016). Yapılan incelenmeler sonucunda çalışma ölçek ve alt boyutlarının kriterleri sağladığı analizlerde parametrik (Bağımsız Örneklemeler için T Test, Bağımsız Örneklemeler İçin Tek Yönlü Anova, Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi ve Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi) sağlamadığı analizlerde nonparametrik (Mann-Whitney U Testi) testlerin kullanılmasına karar verilmiştir.

3.2. Betimleyici Bulgular

ORTO-11 ölçeği, Maudsley Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği'nin (MOKBÖ) alt boyutları, Bilişsel Esneklik Envanteri'nin (BEE) alt boyutları ve Yeme Tutum Testi-26'nın (YTT-26) alt boyutları için betimleyici analizler yapılmıştır. Bulunan değerler Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Genel Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Betimleyici İstatistik Tablosu

Ölçek	Değişkenler/Alt Boyutlar	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	ss
ORTO-11	ORTO-11 Genel Toplam	14	44	28.06	4.926
Maudsley Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği	Kontrol Etme Alt Boyutu	0	9	2.84	2.266
	Temizlik Alt Boyutu	0	11	3.96	2.138
	Yavaşlık Alt Boyutu	0	6	1.85	1.322
	Kuşku Alt Boyutu	0	7	2.84	1.560
	Ruminasyon Alt Boyutu	0	9	3.83	2.682
	Obsesif Kompulsif Belirti Genel Toplam	1	37	13.56	6.682
	Alternatifler Alt Boyutu	13	65	51.53	8.028
Bilişsel Esneklik Envanteri	Kontrol Alt Boyutu	7	33	19.08	5.061
	Bilişsel Esneklik Envanteri Genel Toplam	20	97	70.61	8.766
Yeme Tutum Testi-26	Diyet Yapma Alt Boyutu	0	37	5.40	5.788
	Bulumik Davranış Alt Boyutu	0	12	1.38	2.429
	Oral Kontrol Davranış Alt Boyutu	0	17	2.08	2.617
	Yeme Tutum Test-26 Genel Toplam	0	62	8.85	8.653

Çalışmada kullanılan ORTO-11 Ölçeği'den alınan puanların 14 ve 44 arasında olduğu görülmüştür.

Çalışmada kullanılan MOKBÖ genel toplam puanının alınan puanların 1 ve 37 arasında olduğu bulunmuştur. Çalışmada kullanılan MOKBÖ Kontrol Etme alt boyutunda alınan puanların 0 ve 9 arasında olduğu, Temizlik alt boyutunda alınan puanların 0 ve 11 arasında olduğu, Yavaşlık alt boyutunda alınan puanların 0 ve 6 arasında olduğu, Kuşku alt boyutunun alınan puanların 0 ve 7 arasında olduğu ve Ruminasyon alt boyutunda alınan puanların 0 ve 9 arasında olduğu görülmüştür.

Çalışmada kullanılan BEE'nin Alternatifler alt boyutunun alınan değerlerin 13 ve 65 arasında, Kontrol alt boyutunun alınan değerlerin 7 ve 33 arasında olduğu görülmüştür.

Çalışmada kullanılan YTT-26'nın Diyet Yapma alt boyutundan alınan değerlerin 0 ve 37 arasında olduğu, Bulumik Davranış alt boyutundan alınan değerlerin 0 ve 12 arasında olduğu ve Oral Kontrol Davranış alt boyutundan alınan değerlerin 0 ve 17 puan arasında olduğu hesaplanmıştır.

Çalışmada kullanılan ORTO-11 Ölçeği standart sapmanın -1 altında 104 kişi (%52.8) ve standart sapmanın +1 üstünde 93 kişi (%47.2) bulunmaktadır. Analiz sonuçları Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Standart Sapma Uç Değerler Değişkenleri İçin Sayı ve Yüzde Dağılımının İncelenmesi

Değişkenler	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
ORTO-11	Standart Sapmanın -1 altı	104
	Standart Sapmanın +1 üstü	93

Katılımcıların, cinsiyetleri açısından dağılımları (frekans) farklılaştığından istatistiksel analiz açısından sayıca dengeli gruplar oluşturmak için katılımcı sayısı fazla olan gruplardan seçkisiz seçim yapılarak gruplar dengelenmiş, analizler dengeli gruplar üzerinde yürütülmüştür. Çalışmamızda bulunan 142 kadın katılımcı arasından 55 kişi rastgele seçim yöntemi ile belirlenip analize dahil edilmiştir. Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre ORTO-11 ve MOKBÖ'den aldıkları değerler Mann Whitney U Testi ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Cinsiyet Değişkeni için ORTO-11 Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Maudsley Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği'nin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi.

Ölçek/Alt Boyut	Cinsiyet	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
ORTO-11 Genel Toplam	Kadın	55	64.56	3551	1014.000	.003*
	Erkek	55	46.44	2554		
Kontrol Etme Alt Boyutu	Kadın	55	55.37	3045.50	1505.500	.966
	Erkek	55	55.63	3059.50		
Temizlik Alt Boyutu	Kadın	55	49.35	2714.50	1174.500	.041*
	Erkek	55	61.65	3390.50		
Yavaşlık Alt Boyutu	Kadın	55	53.36	2935	1395.000	.470
	Erkek	55	57.64	3170		
Kuşku Alt Boyutu	Kadın	55	58.04	3192.50	1.373	.395
	Erkek	55	52.96	2913		
Ruminasyon Alt Boyutu	Kadın	55	51.14	2812.50	1272.500	.149
	Erkek	55	59.86	3292.50		
MOKBÖ Genel Toplam	Kadın	55	52.54	2889.50	1349.500	.329
	Erkek	55	58.46	3215.50		

* $p < 0.05$

(ORTO-11: Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, MOKBÖ: Maudsley Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği)

Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre ORTO-11 Ölçeği'nden aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmaktadır [$U = 1014$; $p < 0.05$]. Erkek katılımcılar daha yüksek ortorektik eğilim göstermiştir.

Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre MOKBÖ'den aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmamaktadır [$U = 1349.500$; $p > 0.05$]

Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre MOKBÖ Temizlik alt boyutundan aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmaktadır [$U = 1174$; $p < 0.05$].

0.05]. Buna göre erkeklerin MOKBÖ Temizlik alt boyutundan aldıkları puanlar kadınlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre MOKBÖ'nün Yavaşlık, Kontrol Etme, Kuşku ve Ruminasyon alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık olmadığı görülmüştür.

Cinsiyet değişkenine göre katılımcıların BEE ve YTT-26'dan aldıkları puanlar Mann Whitney U Testi ile incelenmiştir. Sonuçlar Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 5. Cinsiyet Değişkeni için Bilişsel Esneklik Envanteri'nin Alt Boyut ve Yeme Tutum Testi-26'nın Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Cinsiyet	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
Alternatifler Alt Boyutu	Kadın	55	52.55	2890	1350	.330
	Erkek	55	58.45	3215		
Kontrol Alt Boyutu	Kadın	55	69.15	3803	762	.000*
	Erkek	55	41.85	2302		
BEE Genel Toplam	Kadın	55	61.67	3392	1173	.042*
	Erkek	55	49.33	2713		
Diyet Yapma Alt Boyutu	Kadın	55	60.71	3339	1226	.084
	Erkek	55	50.29	2766		
Bulumik Davranış Alt Boyutu	Kadın	55	58.39	3211.50	1353.500	.282
	Erkek	55	52.61	2893.50		
Oral Kontrol Davranış Alt Boyutu	Kadın	55	57.59	3167.50	1397.500	.481
	Erkek	55	53.41	2937.50		
YTT-26 Genel Toplam	Kadın	55	60.98	3354	1211	.070
	Erkek	55	50.02	2751		

* $p < 0.05$

(BEE: Bilişsel Esneklik Envanteri, YTT-26: Yeme Tutum Testi-26)

Katılımcıların BEE'den aldıkları puanlar cinsiyete göre farklılaşmaktadır [$U = 1173; p < 0.05$]. Ulaşılan sonuca göre kadınların BEE'den aldıkları puanlara erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Katılımcıların BEE'nin Alternatifler alt boyutundan aldıkları puanlar cinsiyet değişkenine göre farklılaşmamaktadır [$U = 1350; p > 0.05$].

Katılımcıların BEE'nin Kontrol alt boyutundan aldıkları puanlar cinsiyet değişkenine göre farklılaştığı görülmüştür [$U = 762; p < 0.05$]. Buna göre kadınların BEE Kontrol alt boyutundan aldıkları puanlara erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Katılımcıların YTT-26 toplam puan ve alt boyut puanları cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir.

Yeme bozuklukları ile yapılan çalışmalar ağırlıklı olarak ergen ve genç yetişkin grupla yapılmakla birlikte orta yaş ve üzeri bireylerin yeme bozukluk ve tutumlarını araştıran çok kısıtlı sayıda çalışma mevcuttur. Mevcut olan çok az sayıdaki rapor, yaşı ilerleyen kadınların kilo ile ilgili kaygılarının ve beden memnuniyetsizliklerinin yüksek düzeyde devam ettiğini göstermektedir (Allaz, Bernstein, Rouget, Archinard, Morabia, 1998). Yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu yaşama olasılığının en yüksek olduğu yaş aralığı 18-55 olarak gösterilmiştir (Hudson, Hiripi, Pope ve Kessler, 2007). Yaşanan toplumsal değişiklerden dolayı bireylerin yetişkin rollerine girmesi ertelenmiştir. Yaşam boyu gelişim yaklaşımı, bireylerin gelişim dönemlerini ele alarak hayat boyu yaşanan değişiklikleri tanımlamaya çalışır (Eryılmaz ve Mutlu, 2017). Arnett (2004) 18-25 yaş aralığındaki bireylerin kimlik arayışlarının halen devam ettiğini belirtip bu yaş grubunu Beliren Yetişkinlik Dönemi olarak tanımlamıştır. Benzer şekilde yaşam boyu gelişim yaklaşımı bu yaş grubunu

ergenlikten genç yetişkinliği geçiş olarak adlandırmaktadır. 20'li yaşların başından ve 30'lu yaşların sonuna kadar olan dönem Genç Yetişkinlik Dönemi olarak tanımlanırken, 35-45 yaş aralığındaki bireyler Orta Yetişkinlik Dönemi olarak gruplandırılmıştır (Santrock, 1997). İleri Yetişkinlik Dönemi 60 yaş sonrası olarak ele alındığından Orta Yetişkinlik döneminin bireysel olarak uzayabildiği görülmektedir. Bu nedenlerden araştırmamızda bulunan katılımcıların yaş aralığı 18-55 olarak belirlenmiş olup Striegel-Moore ve arkadaşlarının (2007) çalışmasından faydalanılarak 18-24, 25-34 ve 35-55 yaşlarından içeren 3 grup oluşturulup analizler bu gruplar üzerinde yürütülmüştür. Katılımcıların, yaş grupları açısından dağılımları (frekans) farklılaştığından (Tablo 1'de gösterilmiştir) istatistiksel analiz açısından sayıca dengeli gruplar oluşturmak için katılımcı sayısı fazla olan gruplardan seçkisiz seçim yapılarak gruplar dengelenmiş, analizler dengeli gruplar üzerinde yürütülmüştür. Çalışmamızda 25-34 yaş grubunda bulunan 109 katılımcı arasından rastgele seçim yöntemiyle 47 katılımcı seçilip analize dahil edilmiştir. Yaş grupları değişkenine göre katılımcıların ORTO-11 Ölçeği'nden ve MOKBÖ'den aldıkları puanlar Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiş, değerler Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Yaş Grupları için ORTO-11 Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Maudsley Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği'nin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Yaş Grupları	n	$\bar{x}$	ss	F	sd	p
ORTO-11 Genel Toplam	18-24 yaş arası	47	27.60	4.875	1.168	134	0.314
	25-34 yaş arası	47	27.66	5.023			
	35-55 yaş arası	41	29.00	4.444			

Tablo 6. (Devamı)

Ölçek/Alt Boyut	Yaş Grupları	n	$\bar{x}$	ss	F	sd	p
Kontrol Etme Alt Boyutu	18-24 yaş arası	47	14.81	2.213	8.072	134	0.000*
	25-34 yaş arası	27	14.57	2.543			
	35-55 yaş arası	41	16.34	1.755			
Temizlik Alt Boyutu	18-24 yaş arası	47	18.32	1.901	0.766	134	0.467
	25-34 yaş arası	47	17.79	2.136			
	35-55 yaş arası	41	18.12	2.282			
Yavaşlık Alt Boyutu	18-24 yaş arası	47	10.00	1.123	5.082	134	0.007*
	25-34 yaş arası	47	9.83	1.494			
	35-55 yaş arası	41	10.66	1.153			
Kuşku Alt Boyutu	18-24 yaş arası	47	10.98	1.482	4.723	134	0.010*
	25-34 yaş arası	47	10.91	1.692			
	35-55 yaş arası	41	11.80	1.249			
Ruminasyon Alt Boyutu	18-24 yaş arası	47	13.83	2.632	4.839	134	0.009*
	25-34 yaş arası	47	13.77	2.784			
	35-55 yaş arası	41	15.32	2.371			
	35-55 yaş arası	41	63.31	5.578			
MOKBÖ Genel Toplam	18-24 yaş arası	47	59.70	6.258	5.613	134	0.005*
	25-34 yaş arası	47	59.02	7.121			
	35-55 yaş arası	41	63.31	5.578			

* $p < 0.05$

(ORTO-11: Ortoreksiya Nervosa Ölçeği, MOKBÖ: Maudsler Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği)

ORTO-11 Ölçeği ve MOKBÖ Temizlik alt boyutu yaş gruplarına göre incelendiğinde anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür [sırasıyla $F_{(2 - 132)} = 1.68, p > 0.05$; $F_{(2 - 132)} = 0.766, p > 0.05$].

MOKBÖ yaş gruplarına göre incelendiğinde anlamlı farklılık görülmüştür [$F_{(2 - 132)} = 5.613; p < 0.05$]. Test sonucu hesaplanan etki büyüklüğü ($\eta^2 = 0.085$) bu farkın orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Farklılığı belirlemek için yapılan Games-Howell sonucuna göre, 35-55 yaş aralığındaki katılımcıların 18-24 ve 25-34 yaş aralığındaki katılımcılardan anlamlı derecede farklılaştığı görülmüştür.

MOKBÖ Kontrol Etme boyutu yaş gruplarına göre incelendiğinde anlamlı farklılık görülmüştür [$F_{(2 - 132)} = 8.072; p < 0.00$]. Test sonucu hesaplanan etki büyüklüğü ($\eta^2 = 0.122$) bu farkın geniş düzeyde olduğunu göstermektedir. Farklılığı belirlemek için yapılan Games-Howell sonucuna göre, 35-55 yaş aralığındaki katılımcıların 18-24 ve 25-34 yaş aralığındaki katılımcılardan anlamlı derecede farklılaştığı görülmüştür.

MOKBÖ Yavaşlık boyutu yaş gruplarına göre incelendiğinde anlamlı farklılık görülmüştür [$F_{(2 - 132)} = 5.082; p < 0.05$]. Test sonucu hesaplanan etki büyüklüğü ($\eta^2 = 0.077$) bu farkın orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Farklılığı belirlemek için yapılan Games-Howell sonucuna göre, 35-55 yaş aralığındaki katılımcıların 18-24 ve 25-34 yaş aralığındaki katılımcılardan anlamlı derecede farklılaştığı görülmüştür.

MOKBÖ Kuşku boyutu yaş gruplarına göre incelendiğinde anlamlı farklılık görülmüştür [$F_{(2 - 132)} = 4.723; p < 0.05$]. Test sonucu hesaplanan etki büyüklüğü ($\eta^2 = 0.071$) bu farkın orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Farklılığı belirlemek için yapılan Games-Howell sonucuna göre, 35-55 yaş aralığındaki katılımcıların 18-24 ve 25-34 yaş aralığındaki katılımcılardan anlamlı derecede farklılaştığı görülmüştür.

MOKBÖ Ruminasyon boyutu yaş gruplarına göre incelendiğinde anlamlı farklılık görülmüştür [$F_{(2 - 132)} = 4.839$; $p < 0.05$]. Test sonucu hesaplanan etki büyüklüğü ($\eta^2 = 0.073$) bu farkın orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Farklılığı belirlemek için yapılan Games-Howell sonucuna göre, 35-55 yaş aralığındaki katılımcıların 18-24 ve 25-34 yaş aralığındaki katılımcılardan anlamlı derecede farklılaştığı görülmüştür.

BEE ve YTT-26 puanlarını katılımcıların yaş gruplarına göre değerlendirmek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Sonuçlar Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Yaş Grupları için Bilişsel Esneklik Envanteri'nin Alt Boyut ve Yeme Tutum Testi-26'nın Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Yaş Grupları	n	$\bar{x}$	ss	F	Sd	p
Alternatifler Alt Boyutu	18-24 yaş arası	47	52.60	8.379	1.545	134	0.217
	25-34 yaş arası	47	50.13	8.919			
	35-55 yaş arası	41	49.98	6.263			
Kontrol Alt Boyutu	18-24 yaş arası	47	18.51	4.982	0.569	134	0.567
	25-34 yaş arası	47	19.60	5.360			
	35-55 yaş arası	41	19.00	4.347			
BEE Genel Toplam	18-24 yaş arası	47	71.10	9.434	0.572	134	0.566
	25-34 yaş arası	47	69.72	11.162			
	35-55 yaş arası	41	68.97	7.397			
Diyet Yapma Alt Boyutu	18-24 yaş arası	47	4.68	4.434	1.638	134	0.198
	25-34 yaş arası	47	6.19	6.149			
	35-55 yaş arası	41	4.39	4.404			
Bulumik Davranış Alt Boyutu	18-24 yaş arası	47	0.81	1.918	5.253	134	0.006*
	25-34 yaş arası	47	1.98	2.463			
	35-55 yaş arası	41	0.80	1.418			
Oral Kontrol Davranış Alt Boyutu	18-24 yaş arası	47	3.02	3.004	3.852	134	0.024*
	25-34 yaş arası	47	2.09	2.644			
	35-55 yaş arası	41	1.51	1.912			

Tablo 7. (Devamı)

Ölçek/Alt Boyut	Yaş Grupları	n	$\bar{x}$	ss	F	Sd	p
YTT-26	18-24 yaş arası	47	8.51	6.788	2.486	134	0.087
Genel	25-34 yaş arası	47	10.25	10.505			
Toplam	35-55 yaş arası	41	6.70	8.167			

* $p < 0.05$

(BEE: Bilişsel Esneklik Envanteri, YTT-26: Yeme Tutum Testi-26)

BEE yaş gruplarına göre incelendiğinde, toplam puan, Alternatifler ve Kontrol alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür [sırasıyla $F_{(2 - 132)} = 0.572, p > 0.05$; $F_{(2 - 132)} = 1.545, p > 0.05$; $F_{(2 - 132)} = 0.569, p > 0.05$].

YTT-26 yaş gruplarına göre incelendiğinde, toplam puan ve Diyet Yapma alt boyutunda gruplar arası anlamlı fark görülmemiştir [sırasıyla $F_{(2 - 132)} = 2.486, p > 0.05$; $F_{(2 - 132)} = 1.638, p > 0.05$].

YTT-26 Bulumik Davranış boyutu yaş gruplarına göre incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı fark görülmüştür [$F_{(2 - 132)} = 5.253; p < 0.05$]. Test sonucu hesaplanan etki büyüklüğü ($\eta^2 = 0.079$) bu farkın orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Farklılığı belirlemek için yapılan Games-Howell sonucuna göre, 25-34 yaş aralığındaki katılımcıların 18-24 ve 35-55 yaş aralığındaki katılımcılardan anlamlı derecede farklılaştığı görülmüştür.

YTT-26 Oral Kontrol Davranış boyutu yaş gruplarına göre incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı görülmüştür [$F_{(2 - 132)} = 3.852; p < 0.05$]. Test sonucu hesaplanan etki büyüklüğü ($\eta^2 = 0.058$) bu farkın orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Farklılığı belirlemek için yapılan Games-Howell sonucuna göre, 18-24 yaş aralığındaki katılımcıların 35-55 yaş aralığındaki katılımcılardan anlamlı derecede farklılaştığı görülmüştür.

Katılımcıların, eğitim grupları açısından dağılımları (frekans) farklılaştığından (Tablo 1’de gösterilmiştir) istatistiksel analiz açısından sayıca dengeli gruplar oluşturmak için katılımcı sayısı fazla olan gruplardan seçkisiz seçim yapılarak gruplar dengelenmiş, analizler dengeli gruplar üzerinde yürütülmüştür. Çalışmamızda bulunan 66 üniversite öğrencisi ve 61 üniversite mezunu katılımcı arasından rastgele seçim yöntemiyle 35’er katılımcı seçilip analize dahil edilmiştir. Katılımcıların medeni durumlarının ORTO-11 ve MOKBÖ puanları ile ilişkisi Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Ulaşılan değerler Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Eğitim Durumu için ORTO-11 Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Maudsley Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği'nin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Eğitim Durumu	n	$\bar{x}$	ss	F	Sd	p
ORTO-11 Genel Toplam	Lise Mezunu ve altı	34	27.65	4.485	0.235	139	0.872
	Üniversite Öğrencisi	35	27.94	4.563			
	Üniversite Mezunu	35	28.46	6.242			
	Yüksek Lisans Öğrencisi/ Mezunu	36	28.50	4.607			
Kontrol Etme Alt Boyutu	Lise Mezunu ve altı	34	15.09	2.621	0.710	139	0.548
	Üniversite Öğrencisi	35	15.06	2.388			
	Üniversite Mezunu	35	14.86	2.303			
	Yüksek Lisans Öğrencisi/ Mezunu	36	15.64	2.180			
Temizlik Alt Boyutu	Lise Mezunu ve altı	34	17.62	2.570	0.667	139	0.574
	Üniversite Öğrencisi	35	18.11	1.906			
	Üniversite Mezunu	35	17.91	2.049			
	Yüksek Lisans Öğrencisi/ Mezunu	36	18.33	2.230			
Yavaşlık Alt Boyutu	Lise Mezunu ve altı	34	10.26	1.463	0.839	139	0.475
	Üniversite Öğrencisi	35	9.94	1.434			
	Üniversite Mezunu	35	10.09	1.358			
	Yüksek Lisans Öğrencisi/ Mezunu	36	10.44	1.403			

Tablo 8. (Devamı)

Ölçek/Alt Boyut	Eğitim Durumu	n	$\bar{x}$	ss	F	Sd	p
Kuşku Alt Boyutu	Lise Mezunu ve altı	34	10.82	1.817	1.411	139	0.242
	Üniversite Öğrencisi	35	10.94	1.814			
	Üniversite Mezunu	35	11.14	1.537			
	Yüksek Lisans Öğrencisi/ Mezunu	36	11.58	1.500			
Ruminasyon Alt Boyutu	Lise Mezunu ve altı	34	14.24	2.861	0.436	139	0.727
	Üniversite Öğrencisi	35	14.11	2.908			
	Üniversite Mezunu	35	14.06	2.817			
	Yüksek Lisans Öğrencisi/ Mezunu	36	14.72	2.337			
MOKBÖ Genel Toplam	Lise Mezunu ve altı	34	59.76	7.789	0.932	139	0.427
	Üniversite Öğrencisi	35	60.02	7.640			
	Üniversite Mezunu	36	59.68	6.618			
	Yüksek Lisans Öğrencisi/ Mezunu	36	62.08	5.997			

* $p < 0.05$

(ORTO-11: Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, MOKBÖ: Maudsler Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği)

ORTO-11 ölçeğinden alınan puanların eğitim durumuna göre farklılaşmadığı görülmüştür [$F_{(3 - 136)} = 0.235; p > 0.05$].

MOKBÖ eğitim durumu kategorilerine göre incelendiğinde, katılımcıların ölçek toplam puanından ve alt boyutlardan aldıkları değerlerin anlamlı şekilde farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların eğitim durumlarının BEE ve YTT-26 puanları ile ilişkisi Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiş. Ulaşılan değerler Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Eğitim Durumu için Bilişsel Esneklik Envanteri'nin Alt Boyut ve Yeme Tutum Testi-26'nın Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Eğitim Durumu	n	$\bar{x}$	ss	F	sd	p
Alternatifler Alt Boyutu	Lise Mezunu ve altı	34	50.00	9.636	0.861	139	0.463
	Üniversite Öğrencisi	35	51.97	6.383			
	Üniversite Mezunu	35	52.71	6.986			
	Yüksek Lisans Öğrencisi/Mezunu	36	52.61	8.493			
Kontrol Alt Boyutu	Lise Mezunu ve altı	34	19.24	5.721	0.513	139	0.674
	Üniversite Öğrencisi	35	19.37	5.936			
	Üniversite Mezunu	35	19.43	4.546			
	Yüksek Lisans Öğrencisi/Mezunu	36	18.14	3.879			
BEE Genel Toplam	Lise Mezunu ve altı	34	69.23	12.407	0.606	139	0.612
	Üniversite Öğrencisi	35	71.34	8.612			
	Üniversite Mezunu	35	72.14	6.791			
	Yüksek Lisans Öğrencisi/Mezunu	36	70.75	8.425			
Diyet Yapma Alt Boyutu	Lise Mezunu ve altı	34	4.71	3.434	0.899	139	0.444
	Üniversite Öğrencisi	35	6.11	5.955			
	Üniversite Mezunu	35	6.77	8.765			
	Yüksek Lisans Öğrencisi/Mezunu	36	4.83	5.654			
Bulumik Davranış Alt Boyutu	Lise Mezunu ve altı	34	0.79	1.513	3.756	139	0.012*
	Üniversite Öğrencisi	35	2.37	3.126			
	Üniversite Mezunu	35	1.46	2.650			
	Yüksek Lisans Öğrencisi/Mezunu	36	0.78	1.395			
Oral Kontrol Davranış Alt Boyutu	Lise Mezunu ve altı	34	1.68	2.358	0.525	139	0.666
	Üniversite Öğrencisi	35	2.20	2.483			
	Üniversite Mezunu	35	2.49	3.705			
	Yüksek Lisans Öğrencisi/Mezunu	36	2.31	2.482			
YTT-26 Genel Toplam	Lise Mezunu ve altı	34	7.17	5.283	1.382	139	0.251
	Üniversite Öğrencisi	35	10.68	8.900			
	Üniversite Mezunu	35	10.71	13.507			
	Yüksek Lisans Öğrencisi/Mezunu	36	7.91	7.240			

* $p < 0.05$

(BEE: Bilişsel Esneklik Envanteri, YTT-26: Yeme Tutum Testi-26)

BEE eğitim durumu kategorilerine göre incelendiğinde, katılımcıların ölçek toplam puanından ve alt boyutlardan aldıkları değerlerin anlamlı şekilde farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların eğitim durumları YTT-26 toplam ve alt boyut puanlarına göre ele alındığında, Bulumik Davranış alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir [$F_{(3 - 136)} = 3.756; p < 0.05$]. Test sonucu hesaplanan etki büyüklüğü ($\eta^2 = 0.076$) bu farkın orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Yapılan Games-Howell çoklu karşılaştırma testi sonucunda, ilk anlamlı farkın lise mezunu ve altı grup ile üniversite öğrencisi grup arasında olduğu, ikinci anlamlı farkın ise üniversite öğrencisi grup ile yüksek lisans öğrencisi/mezunu grup arasında olduğu görülmüştür.

Katılımcıların medeni durumlarının ORTO-11 ve MOKBÖ puanları ile ilişkisini ölçmek için Mann-Whitney U Testi uygulanmıştır. Ulaşılan değerler Tablo 10' da gösterilmiştir.

Tablo 10. Medeni Durum Değişkeni için ORTO-11 Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Maudsley Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği'nin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Medeni Durum	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
ORTO-11 Genel Toplam	Evli	59	62.83	3707	1544	0.289
	Bekar	59	56.17	3314		
Kontrol Etme Alt Boyutu	Evli	59	67.68	3993	1258	0.009*
	Bekar	59	51.32	3028		
Temizlik Alt Boyutu	Evli	59	58.02	3423	1653	0.634
	Bekar	59	60.98	3598		

Tablo 10. (Devamı)

Ölçek/Alt Boyut	Medeni Durum	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Yavaşlık Alt Boyutu	Evli	59	64.62	3812.50	1438.500	0.095
	Bekar	59	54.38	3208.50		
Kuşku Alt Boyutu	Evli	59	67.15	3962	1289	0.013*
	Bekar	59	51.85	3059		
Ruminasyon Alt Boyutu	Evli	59	66.96	3950.50	1300.500	0.017*
	Bekar	59	52.04	3070.50		
MOKBÖ Genel Toplam	Evli	59	67.36	3974.50	1276.500	0.012*
	Bekar	59	51.64	3046.50		

* $p < 0.05$

(ORTO-11: Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, MOKBÖ: Maudsler Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği)

Katılımcıların, medeni durumları açısından dağılımları (frekans) farklılaştığından (Tablo 1’de gösterilmiştir) istatistiksel analiz açısından sayıca dengeli gruplar oluşturmak için katılımcı sayısı fazla olan gruplardan seçkisiz seçim yapılarak gruplar dengelenmiş, analizler dengeli gruplar üzerinde yürütülmüştür. Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde 59 evli, 138 bekar katılımcı olduğu görülmüştür. Çalışmamızda bulunan 138 bekar katılımcı arasından rastgele seçim yöntemiyle 59 katılımcı seçilip analize dahil edilmiştir.

MOKBÖ’den alınan toplam puanların, katılımcıların medeni durumlarına göre farklılaştığı görülmüştür [$U=1275.500$; $p < 0.05$]. Evli olmak ve obsesif düşünce ilişkilidir.

Evli olmanın ve MOKBÖ’nün Kontrol Etme, Kuşku ve Ruminasyon alt boyut puanlarının ilişkili olduğu görülmüştür.

ORTO-11 Ölçeği, MOKBÖ’nün Temizlik ve Yavaşlık boyutu incelendiğinde, evli ve bekar katılımcılar arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür.

Katılımcıların medeni durumlarının BEE ve YTT-26 puanları ile ilişkisini ölçmek için Mann-Whitney U Testi uygulanmıştır. Ulaşılan değerler Tablo 11’ de gösterilmiştir.

Tablo 11. Medeni Durum Değişkeni için Bilişsel Esneklik Envanteri'nin Alt Boyut ve Yeme Tutum Testi-26'nın Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Medeni Durum	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
Alternatifler Alt Boyutu	Evli	59	56.59	3339	1569	0.355
	Bekar	59	62.41	3682		
Kontrol Alt Boyutu	Evli	59	59.14	3489.50	1719	0.910
	Bekar	59	59.86	3531.50		
BEE Genel Toplam	Evli	59	56.47	3331.50	1561.500	0.335
	Bekar	59	62.53	3689.50		
Diyet Yapma Alt Boyutu	Evli	59	55.58	3279	1509	0.211
	Bekar	59	63.42	3742		
Bulumik Davranış Alt Boyutu	Evli	59	57.83	3412	1642	0.551
	Bekar	59	61.17	3609		
Oral Kontrol Davranış Alt Boyutu	Evli	59	53.78	3173	1403	0.062
	Bekar	59	65.22	3848		
YTT-26 Genel Toplam	Evli	59	54.23	3199.50	1429.500	0.093
	Bekar	59	64.77	3821.50		

* $p < 0.05$

(BEE: Bilişsel Esneklik Envanteri, YTT-26: Yeme Tutum Testi-26)

Uygulanan analize göre, BEE'nin toplam ve alt boyut puanlarının katılımcıların medeni durumuna göre anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmüştür. Benzer şekilde YTT-26 toplam ve alt boyut puanları katılımcıların medeni durumlarına göre incelendiğin istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Gelir durumu değişkeni için katılımcıların ORTO-11 Ölçeği'nin genel toplam puanı ve MOKBÖ puan ortalamaları arası fark Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Sonuçlar Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Gelir Durumu için ORTO-11 Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Maudsley Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği'nin Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Gelir Durumu	n	$\bar{x}$	ss	F	sd	p
ORTO-11 Genel Toplam	Ayda 2500 TL'nin altında	42	26.74	5.329	1.895	196	0.132
	Ayda 2500 – 4999 TL arasında	58	28.83	4.896			
	Ayda 5000 – 9999 TL arasında	62	28.56	4.741			
	Ayda 10.000 TL ve üzeri	35	27.46	4.598			
Kontrol Etme Alt Boyutu	Ayda 2500 TL'nin altında	42	3.33	2.515	2.238	196	0.085
	Ayda 2500 – 4999 TL arasında	58	2.91	1.985			
	Ayda 5000 – 9999 TL arasında	62	2.90	2.324			
	Ayda 10.000 TL ve üzeri	35	2.03	2.162			
Temizlik Alt Boyutu	Ayda 2500 TL'nin altında	42	3.90	2.283	1.632	196	0.183
	Ayda 2500 – 4999 TL arasında	58	4.10	2.100			
	Ayda 5000 – 9999 TL arasında	62	4.24	2.186			
	Ayda 10.000 TL ve üzeri	35	3.29	1.856			
Yavaşlık Alt Boyutu	Ayda 2500 TL'nin altında	42	2.19	1.292	1.403	196	0.243
	Ayda 2500 – 4999 TL arasında	58	1.86	1.344			
	Ayda 5000 – 9999 TL arasında	62	1.74	1.317			
	Ayda 10.000 TL ve üzeri	35	1.63	1.308			

Tablo 12. (Devamı)

Kuşku Alt Boyutu	Ayda 2500 TL'nin altında	42	3.10	1.778	2.632	196	0.049*
	Ayda 2500 – 4999 TL arasında	58	3.17	1.613			
	Ayda 5000 – 9999 TL arasında	62	2.52	1.327			
	Ayda 10.000 TL ve üzeri	35	2.54	1.462			
Ruminasyon Alt Boyutu	Ayda 2500 TL'nin altında	42	4.19	2.787	2.141	196	0.096
	Ayda 2500 – 4999 TL arasında	58	4.17	2.630			
	Ayda 5000 – 9999 TL arasında	62	3.81	2.508			
	Ayda 10.000 TL ve üzeri	35	2.86	2.809			
MOKBÖ Genel Toplam	Ayda 2500 TL'nin altında	42	14.55	7.604	2.374	196	0.072
	Ayda 2500 – 4999 TL arasında	58	14.34	6.051			
	Ayda 5000 – 9999 TL arasında	62	13.61	6.382			
	Ayda 10.000 TL ve üzeri	35	10.97	6.635			

* $p < 0.05$

(ORTO-11: Ortoreksiya Nervosa Ölçeği, MOKBÖ: Maudsler Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği)

ORTO-11 Ölçeği gelir durumu kategorilerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir [$F_{(3 - 193)} = 1.895; p > 0.05$].

MOKBÖ toplam ve Kontrol Etme, Temizlik, Yavaşlık ve Ruminasyon boyutlarının puanları gelir durumu kategorilerine incelendiğinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

MOKBÖ'nün Kuşku boyutu gelir durumu kategorilerine göre incelendiğinde anlamlı farklılık elde edilmiştir [$F_{(3 - 193)} = 2.632; p < 0.05$]. Yapılan Tukey-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre, gelir durumunun ayda 2500 – 4999 TL arasında olması ve MOKBÖ Kuşku alt boyut puanının artması ilişkilidir.

Gelir durumu değişkenini değerlendirmek için katılımcıların BEE ve YTT-26 puanlar Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Ulaşılan sonuçlar Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. Gelir Durumu için Bilişsel Esneklik Envanteri'nin Alt Boyut ve Yeme Tutum Testi-26'nın Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Gelir Durumu	n	$\bar{x}$	ss	F	sd	p
Alternatifler Alt Boyutu	Ayda 2500 TL'nin altında	42	50.90	9.807	0.205	196	0.893
	Ayda 2500 – 4999 TL arasında	58	51.41	6.107			
	Ayda 5000 – 9999 TL arasında	62	52.13	8.159			
	Ayda 10.000 TL ve üzeri	35	51.40	8.510			
Kontrol Alt Boyutu	Ayda 2500 TL'nin altında	42	19.93	5.252	3.588	196	0.015*
	Ayda 2500 – 4999 TL arasında	58	20.24	5.246			
	Ayda 5000 – 9999 TL arasında	62	18.55	4.759			
	Ayda 10.000 TL ve üzeri	35	17.09	4.455			
BEE Genel Toplam	Ayda 2500 TL'nin altında	42	70.83	12.785	0.970	196	0.408
	Ayda 2500 – 4999 TL arasında	58	71.66	6.420			
	Ayda 5000 – 9999 TL arasında	62	70.68	7.529			
	Ayda 10.000 TL ve üzeri	35	68.49	8.276			
Diyet Yapma Alt Boyutu	Ayda 2500 TL'nin altında	42	4.10	3.931	2.375	196	0.071
	Ayda 2500 – 4999 TL arasında	58	6.71	7.248			
	Ayda 5000 – 9999 TL arasında	62	5.76	5.685			
	Ayda 10.000 TL ve üzeri	35	4.14	4.647			

Tablo 13. (Devamı)

Ölçek/Alt Boyut	Gelir Durumu	n	$\bar{x}$	ss	F	sd	p
Bulumik Davranış Alt Boyutu	Ayda 2500 TL'nin altında	42	1.19	2.298	1.015	196	0.387
	Ayda 2500 – 4999 TL arasında	58	1.60	2.527			
	Ayda 5000 – 9999 TL arasında	62	1.60	2.848			
	Ayda 10.000 TL ve üzeri	35	0.83	1.361			
Oral Kontrol Davranış Alt Boyutu	Ayda 2500 TL'nin altında	42	1.50	2.015	1.256	196	0.291
	Ayda 2500 – 4999 TL arasında	58	2.21	3.437			
	Ayda 5000 – 9999 TL arasında	62	2.47	2.303			
	Ayda 10.000 TL ve üzeri	35	1.89	2.125			
YTT-26 Genel Toplam	Ayda 2500 TL'nin altında	42	6.79	6.186	2.447	196	0.065
	Ayda 2500 – 4999 TL arasında	58	10.52	11.309			
	Ayda 5000 – 9999 TL arasında	62	9.82	7.995			
	Ayda 10.000 TL ve üzeri	35	6.86	6.372			

* $p < 0.05$

(BEE: Bilişsel Esneklik Envanteri, YTT-26: Yeme Tutum Testi-26)

BEE toplam ve Alternatifler boyutundan alınan puanlar gelir durumu kategorilerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir

BEE'nin Kontrol boyutu gelir durumu kategorilerine göre incelendiğinde anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır [$F_{(3 - 193)} = 3.588$; $p < 0.05$]. Yapılan Tukey-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre, gelir düzeyinin 2500 – 4999 TL arasında olması ve BEE Kontrol alt boyut puanının artması ilişkilidir.

YTT-26 toplam ve alt boyut puanları gelir düzeyi kategorilerine göre incelendiğinde gruplar arası anlamlı fark elde edilmemiştir.

3.3. Korelasyon Analizi

Ortoreksiya eğilimi, anoreksiya eğilimi, obsesif düşünce ve bilişsel esneklik düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Alt ölçeklerin birbiriyle olan korelasyonları Tablo 14’te gösterilmiştir.



Tablo 14. Alt Ölçeklerin Korelasyon Analizinin İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Orto 11	1										
Kontrol Etme Alt Boyutu	-0.012	1									
Temizlik Alt Boyutu	-0.142*	0.461*	1								
Yavaşlık Alt Boyutu	-0.003	0.580*	0.424*	1							
Kuşku Alt Boyutu	0.041	0.589*	0.312*	0.424*	1						
Ruminasyon Alt Boyutu	-0.053	0.634*	0.382*	0.624*	0.584*	1					
Alternatifler Alt Boyutu	0.217*	0.005	-0.051	-0.181*	-0.059	-0.082	1				
Kontrol Alt Boyutu	0.141*	0.314*	0.245*	0.283*	0.266*	0.439*	-0.163*	1			
Diyet Yapma Alt Boyutu	0.448*	0.130	0.191*	0.097	0.181*	0.232*	0.084	0.181*	1		
Bulumik Davranış Alt Boyutu	0.164*	0.170*	0.136	0.122	0.186*	0.254*	0.009	0.194*	0.585*	1	
Oral Kontrol Davranış Alt Boyutu	0.295*	0.130	0.081	-0.002	0.024	0.078	0.157*	-0.116	0.384*	0.041	1

1: Orto 11; 2: Kontrol Etme; 3: Temizlik, 4: Yavaşlık, 5: Kuşku, 6: Ruminasyon, 7: Alternatifler, 8: Kontrol, 9: Diyet Yapma, 10: Bulumik Davranış, 11: Oral Kontrol Davranış *p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001.

ORTO-11 genel toplam puanı ile MOKBÖ'nün Kontrol Etme, Yavaşlık, Kuşku ve Ruminasyon boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (sırasıyla $r = -0.012, p > 0.05$; $r = -0.003, p > 0.05$; $r = 0.041, p > 0.05$; $r = -0.053, p > 0.05$). ORTO-11 genel toplam puanı ile MOKBÖ'nün Temizlik boyut puanı incelendiğinde anlamlı ve negatif yönde çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür ($r = -0.142; p < 0.05$). Ortorektik eğilim arttıkça temizlik hakkında obsesif düşüncelerin arttığını söyleyebiliriz. ORTO-11 genel toplam puanı ile BEE'nin Alternatifler ve Kontrol alt boyut puanları incelendiğinde anlamlı ve pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (sırasıyla $r = 0.217, p < 0.05$; $r = 0.141; p < 0.05$). Ulaşılan sonuca göre ortorektik eğilim azaldıkça bilişsel esnekliğin arttığı gözlenmiştir. ORTO-11 genel toplam puanı ile YTT-26'nın alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde Diyet Yapma boyutu ile anlamlı ve pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki ($r = 0.448; p < 0.05$), Bulumik Davranış boyut ile anlamlı ve pozitif yönde çok zayıf bir ilişki ($r = 0.164; p < 0.05$) ve Oral Kontrol Davranış boyutu ile pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür ($r = 0.295; p < 0.05$). YTT-26'nın tüm alt boyutları için ON eğilimi azaldıkça AN eğiliminin arttığını söyleyebiliriz.

MOKBÖ'nün Kontrol Etme boyut toplam puanı ve BEE'nin Alternatifler boyut puanı arasında anlamlı ilişki görülmezken ($r = 0.005; p > 0.05$) BEE'nin Kontrol boyut puanı ile anlamlı ve pozitif çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür ($r = 0.314; p < 0.05$). MOKBÖ'nün Kontrol Etme alt boyut puanı ile YTT-26'nın Diyet Yapma ve Oral Kontrol Davranış alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki görülmezken (sırasıyla $r = 0.130, p > 0.05$; $r = 0.130; p > 0.05$), YTT-26'nın Bulumik Davranış alt boyut puanı incelendiğinde anlamlı ve pozitif yönde çok zayıf ilişki görülmüştür ($r = 0.170; p < 0.05$).

BEE'nin Alternatifler boyutu ve MOKBÖ'nün Temizlik, Kuşku ve Ruminasyon alt boyutları ilişkisi incelendiğinde anlamlı ilişki görülmemiştir (sırasıyla $r = -0.05, p > 0.05$; $r = -0.059, p > 0.05$; $r = -0.082, p > 0.05$). BEE'nin Alternatifler boyutu ve MOKBÖ'nün Yavaşlık boyutu ilişkisi değerlendirildiğinde anlamlı ve negatif yönde düşük düzeyde ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($r = -0.181; p < 0,05$).

BEE'nin Kontrol boyutu ve MOKBÖ'nün Temizlik, Yavaşlık ve Kuşku alt boyutları incelendiğinde anlamlı ve pozitif, düşük düzeyde ilişki görülmüştür (sırasıyla $r = 0.245, p < 0.05$; $r = 0.283; p < 0.05$; $r = 0.266; p < 0.05$). BEE'nin Kontrol boyutu ve MOKBÖ'nün Ruminasyon boyutu incelendiğinde anlamlı ve pozitif yönde orta düzeyde ilişki görülmüştür ($r = 0.439; p < 0.05$). Ulaşılan sonuçlara göre bilişsel esnekliğin zor durumları kontrol edilebilir algılama eğilimini ölçen kontrol puanı ile obsesif düşüncenin ilişkili olduğu görülmüştür.

YTT-26'nın Diyet Yapma boyutu ile MOKBÖ'nün Temizlik, Kuşku ve Ruminasyon alt boyutları incelendiğinde anlamlı ve pozitif yönde düşük düzeyde ilişki görülürken (sırasıyla $r = 0.191, p < 0.05$; $r = 0.181, p < 0.05$; $r = 0.232; p < 0.05$), MOKBÖ'nün Yavaşlık boyutu ile anlamlı ilişki görülmemiştir ($r = 0.097; p > 0.05$). YTT-26'nın Diyet Yapma boyutu ile BEE'nin Alternatifler boyutu incelendiğinde anlamlı ilişki görülmezken ($r = 0.084; p > 0.05$), BEE'nin Kontrol boyutu ile anlamlı ve pozitif yönde düşük düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür ($r = 0.181; p < 0.05$). Başka bir deyişle, bireylerin diyet yapma davranışları ile zor durumları kontrol edilebilir algılama eğilimlerinin ilişkili olduğu görülmüştür.

YTT-26'nın Bulimik Davranış alt boyutu ile MOKBÖ'nün Temizlik ve Yavaşlık alt boyutlarının ilişkisi incelendiğinde anlamlı ilişki görülmezken (sırasıyla $r = 0.136, p > 0.05$; $r = 0.122; p > 0.05$), MOKBÖ'nün Kuşku ve Ruminasyon boyutları

ile anlamlı ve pozitif yönde düşük düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür (sırasıyla $r = 0.186, p < 0.05$; $r = 0.254, p < 0.05$). Anoreksiya eğilimini ölçmek için kullandığımız YTT-26'nın bulimik davranış alt boyutunu anoreksiyanın tıknırcasına yeme/kusma tipine benzediğinden YTT-26'nın Bulimik Davranış boyutu ile BEE'nin Alternatifler boyutu incelendiğinde anlamlı ilişki görülmezken ($r = 0.009, p > 0.05$), BEE'nin Kontrol alt boyutu ile anlamlı ve pozitif yönde düşük düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür ($r = 0.194, p < 0.05$).

YTT-26'nın Oral Kontrol Davranış boyutu ile MOKBÖ'nün Temizlik, Yavaşlık, Kuşku ve Ruminasyon alt boyutlarının ilişkisi incelendiğinde anlamlı bir ilişki görülmemiştir (sırasıyla $r = 0.081, p > 0.05$; $r = -0.002, p > 0.05$; $r = 0.024, p > 0.05$; $r = 0.078, p > 0.05$). YTT-26'nın Oral Kontrol Davranış boyutu ile BEE'nin Alternatifler boyutu arasında anlamlı ve pozitif yönde düşük düzeyde ilişki olduğu görülürken ($r = 0.157, p < 0.05$), BEE'nin Kontrol boyutu değerlendirildiğinde anlamlı ilişki görülmemiştir ($r = -0.116, p > 0.05$).

Ortoreksiya eğilimi, anoreksiya eğilimi, obsesif düşünce ve bilişsel esneklik düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan ölçeklerin Pearson korelasyon analizi sonuçları Tablo 15'de gösterilmiştir.

Tablo 15. Ölçek Toplam Puanlarının Korelasyon Analizinin İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Orto 11	Obsesif Kompulsif Belirti	Bilişsel Esneklik	Yeme Tutumu
ORTO-11	1			
Maudsley Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği	0.082	1		
Bilişsel Esneklik Envanteri	0.280***	0.169***	1	

Tablo 15. (Devamı)

Ölçek/Alt Boyut	Orto 11	Obsesif Kompulsif Belirti	Bilişsel Esneklik	Yeme Tutumu
Yeme Tutum Testi-26	0.435***	0.258***	0.178***	1

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

(ORTO-11: Ortoreksiya Nervoza Ölçeği)

ORTO-11 Ölçeği toplam puan ile MOKBÖ toplam puan arasında anlamlı ilişki görülmezken ($r = 0.080$; $p > 0.05$), BEE toplam puan ve YTT-26 toplam puanları ile anlamlı ve pozitif yönde zayıf ilişki görülmüştür (sırasıyla $r = 0.280$, $p < 0.001$; $r = 0.435$; $p < 0.001$). Bunun yanında BEE toplam puanı ve YTT-26 toplam puan ilişkisi incelendiğinde anlamlı ve pozitif yönde zayıf ilişki olduğu görülmüştür ($r = 0.178$; $p < 0.001$). MOKBÖ toplam puan ile BEE ve YTT-26 toplam puanları ilişkisi incelendiğinde anlamlı ve pozitif yönde zayıf ilişki olduğu görülmüştür (sırasıyla $r = 0,169$, $p < 0.001$; $r = 0.258$; $p < 0.001$). Ulaşılan sonuçlara göre ortorektik eğilim azaldıkça bilişsel esneklik ve anorektik eğilim artmıştır. Anoreksiya nervoza eğilim arttıkça bilişsel esneklik artmış, obsesif düşünce ise azalmıştır.

3.4. Ortoreksiya Eğiliminin Yordayıcılarının İncelenmesi

Ortoreksiya eğilimine etkisi olduğu düşünülen obsesif düşünce ve bilişsel esneklik düzeyinin, ON eğilimini hangi seviyede yordadığını görmek için Çoklu Doğrusal Regresyon analizi yapılmış ve sonuçları Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16. ORTO-11 Ölçeği'nin Yordayıcılarını Bulmak İçin Yapılan Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	B	sh	Beta	t	F	R ²
Sabit (a)	25.002	5.849		4.275***	2.533*	0.087
Kontrol Etme Alt Boyutu	0.137	0.227	0.063	0.604		
Temizlik Alt Boyutu	-0.509	0.188	-0.217	-2.708**		

Tablo 16. (Devamı)

Bağımsız Değişkenler	B	sh	Beta	t	F	R ²
Yavaşlık Alt Boyutu	0.084	0.361	0.022	0.234		
Kuşku Alt Boyutu	0.282	0.299	0.089	0.941		
Ruminasyon Alt Boyutu	-0.097	0.198	-0.053	-0.491		
Alternatifler Alt Boyutu	0.097	0.050	0.142	1.913		
Kontrol Alt Boyutu	0.139	0.082	0.143	1.709		

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür [$F_{(7 - 185)} = 2,534$; $p < 0.05$]. Yordayıcıların güçlerine göre önem sırası, Temizlik alt boyutu ($\beta = -.217$), Kontrol alt boyutu ($\beta = .143$), Alternatifler alt boyutu ($\beta = .142$), Kuşku alt boyutu ($\beta = .089$), Kontrol Etme alt boyutu ($\beta = .063$), Ruminasyon alt boyutu ($\beta = -.053$) ve Yavaşlık alt boyutu ($\beta = .022$) şeklindedir. Kurulan modelde Maudsley Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği'nin Temizlik alt boyutunun ($p = 0.007$) yordayıcı parametre olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Oluşturulan model ORTO-11 Ölçeği'nin toplam puanının %0.87'lik bölümünü açıklamaktadır.

3.7. Anoreksiya Eğiliminin Yordayıcılarının İncelenmesi

Anoreksiya eğilimine etkisi olduğu düşünülen obsesif düşünce ve bilişsel esnekliğin, AN eğilimini hangi seviyede yordadığını görmek için Çoklu Doğrusal Regresyon analizi yapılmış ve ulaşılan sonuçlar Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 17. Yeme Tutum Testi-26'nın Yordayıcılarını Bulmak İçin Yapılan Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	B	sh	Beta	t	F	R ²
Sabit (a)	19.858	10.419		1.906	3.259**	0.110
Kontrol Etme Alt Boyutu	-0.027	0.405	-0.007	-0.066		
Temizlik Alt Boyutu	-0.627	0.335	-0.148	-1.872		
Yavaşlık Alt Boyutu	0.894	0.643	0.131	1.390		
Kuşku Alt Boyutu	-0.334	0.533	-0.059	-0.627		
Ruminasyon Alt Boyutu	-0.790	0.353	-0.240	-2.236*		
Alternatifler Alt Boyutu	0.105	0.090	0.085	1.164		
Kontrol Alt Boyutu	0.064	0.145	0.037	0.443		

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür [$F_{(7-185)}=3.259$; $p < 0.01$]. Yordayıcıların güçlerine göre önem sırası, Ruminasyon alt boyutu ($\beta = -.240$), Temizlik alt boyutu ($\beta = -.148$), Yavaşlık alt boyutu ($\beta = .131$), Alternatifler alt boyutu ($\beta = .085$), Kuşku alt boyutu ($\beta = -.059$), Kontrol alt boyutu ($\beta = .037$) ve Kontrol Etme alt boyutu ($\beta = -.007$) şeklindedir. Kurulan modelde Maudsley Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği'nin Ruminasyon alt boyutunun ($p = 0.027$) yordayıcı parametre olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Oluşturulan model YTT-26'nın toplam puanının %11'lik bölümünü açıklamaktadır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Araştırmamızda anoreksiya nervoza ve ortoreksiya nervoza eğilimli grupların, bilişsel esneklik ve obsesif düşünce bakımından benzer mi yoksa farklı özellikler mi taşıdıkları sorusunun cevabı araştırılmıştır. Bulgulara göre, bilişsel esneklik değişkeni ortoreksiya ve anoreksiya eğilimini tek başına yormadığı görülmüştür. Korelasyon analizleri incelendiğinde bilişsel esnekliğin ortoreksiya eğilimi ile pozitif, anoreksiya eğilimi ile negatif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Değişkenlerimizden bir diğeri olan obsesif düşünce ise anoreksiya ve ortoreksiya eğilimini negatif yönden yordamaktadır. Ortoreksiya eğilimini ölçmek için kullandığımız ORTO-11 ölçeğinin puanlaması göz önüne alındığında obsesif düşüncenin ortoreksiya eğilimini negatif yönde yordaması, ortoreksiya eğilimi arttıkça obsesif düşünce artmaktadır şeklinde yorumlanabilmektedir. Sonuç olarak anoreksiya ve ortoreksiya eğiliminin, bilişsel esneklik ve obsesif düşünce açısından farklılaştığını söyleyebiliriz.

4.1. Regresyon Analizleri

4.1.1. Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin Yordayıcılarının Tartışılması

ON, DSM-V kriterlerine göre yeme bozukluğu olarak kabul edilmese de yeme davranış bozukluğu olarak değerlendirilmektedir (Barthels, Meyer ve Pietrowsky, 2015). Araştırmamızda ON'yi yordayan değişkenlerle bir model oluşturulmuştur. Bu modelde literatürde ortoreksiya ile ilişkili bulunan bilişsel esnekliğin alt boyutları ve obsesif düşüncenin alt boyutları yordayıcı değişkenler olarak ele alınmıştır. Yapılan analizinde sonucunda belirlenen yordayıcıların bir model olarak ON'yi yordadığı bulunmuştur; bunun yanında sadece obsesif düşüncenin Temizlik alt boyutunun ortoreksiya eğilimini anlamlı düzeyde yordadığı görülmüştür. İlk olarak Bratman ve

Knight tarafından 1997’de ortaya çıkarılan ortoreksiya nervoza terimi bireylerin sağlıklı beslenme obsesyonunu tanımlamak için kullanılmış, kişilerin zamanlarının büyük bir kısmında uygun gıdayı seçme, hazırlama ve ritüelleşmiş yeme kalıpları ile meşgul olmaları ile açıklanmıştır (Koven ve Arby, 2015). ON’de gıdanın içeriğine ve sağlıklı oluşuna odaklanılır (Çiçekoğlu Öztürk, 2021). ON’de kilo kaybı sağlıklı beslenmenin bir sonucu olarak gelişebilir fakat asıl amaç bu değildir. ON’ye sahip bireylerin vücutlarına yalnızca sağlıklı gıdaların girmesi, sağlıklı olmadığını düşündükleri diğer besinlerin tüketilmemesi gerektiğine inandıkları görülmektedir (Oğur, Aksoy ve Güngör, 2015). Sağlıklı gıda seçimi üzerine oluşan, takıntı haline gelen düşünme biçimi ve bununla birlikte hissedilen kaygılar kişilerin hayatlarını oldukça zorlaştırmaktadır (Sthrahler, Hermann, Walter ve Stark, 2018). Bireylerde oluşan sağlıklı gıdalara yönelik obsesif düşüncelere sahip olma, yiyeceklerin temizliği ve saf olmasıyla ilgili yoğun kaygı ve aynı zamanda gıdaların seçim ve hazırlanma süreci üzerinde fazla uğraş ON ve OKB’nin benzerliğini göstermektedir (Dell’Osso ve ark., 2016). Ortorektik bireylerin gıdalar, sağlık ve temizlik ile ilgili düşünceleri obsesyona, yiyecekleri ritüelistik bir şekilde hazırlama ve tüketme süreçleri kompulsiyona benzemektedir (Pontillo ve ark., 2022). Sağlıklı, organik ve ‘temiz’ besinleri tüketmek ortorektik bireylerdeki temel amaçtır ve bu durum ortorektik kişilerin hayatının en önemli hedefi haline gelmektedir. Kişilerin odaklarının içerik olarak temiz gıdalara ve sadece bunların bulunduğu yerele yönelmesi patolojik bir saplantıya ve oldukça kısıtlı bir yaşam tarzına yol açar (Dolapoğlu, Özcan ve Tülacı, 2023). Bratman (1997) ortoreksiyayı tanımlarken kişilerin diyetlerini, kendilerini daha özenli ve temiz hissetmek için sürdürdüklerini öne sürmüştür. Ortorektik bireylerin saf ve temizlik ile ilgili takıntılı düşünceleri, çalışmamızda ortoreksiyi yordayan en güçlü

değişkenin obsesif düşüncenin Temizlik boyutu bulunması ile tutarlıdır. Literatürde, ON ve OKB ile ilgili sınırlı sayıda çalışma olduğundan ulaştığımız sonucun katkı sağlayacağına inanılmaktadır.

4.1.2. Anoreksiya Nervozaya Eğiliminin Yordayıcılarının Tartışılması

YTT-26 anoreksiya nervozaya sahip bireylerin yemekle ilgili davranış ve tutumlarını ve normal bireylerde var olan yeme davranışlarındaki olabilecek bozulmaları değerlendirmektedir (Erol, Toprak, Yazıcı ve Erol, 2000). Araştırmamızda AN'yi yordayan değişkenlerle bir model oluşturulmuştur. Bu modelde bilişsel esnekliğin alt boyutları ve obsesif düşüncenin alt boyutları yordayıcı değişkenler olarak ele alınmıştır. Yapılan analizinde sonucunda belirlenen değişkenlerin bir model olarak AN'yi yordadığı bulunmuştur; bunun yanında sadece obsesif düşüncenin Ruminasyon alt boyut toplam puanının AN'yi anlamlı düzeyde yordadığı görülmüştür. Ulaşılan değer negatif olduğu için değişkenler arasında ters ilişki bulunmaktadır. Literatürde sonuçlarımızla uyumlu olarak yeme bozuklukları ve ruminasyon arasında ilişki bulunan çeşitli çalışmalar mevcuttur (Riviera ve Doulliez, 2017; Smith ve ark., 2018). Ruminasyon, olumsuz içeriklere dair düşüncelerin zihinde tekrarlanması halidir ve psikopatolojiler ile ilişkilidir (Smith ve ark., 2018). Aynı zamanda ruminasyon, Whitmer ve Banich (2007) tarafından bilişsel katılımın bir biçimi olarak kavramsallaştırılmıştır. Tüm yeme bozukluklarında kilo, beden şekli ve yeme ile ilgili ruminasyonların varlığı görülmektedir. Literatürde OKB ve anoreksiya nervozaya ilişkisi ile ilgili çeşitli çalışmalar mevcuttur. Benzerliği öne süren çalışmalar olduğu gibi (örneğin Fahy ve Russell, 1993), farklılıklarını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Matsunaga, Kiriike, Iwasaki, Miyata, Yamagami ve Kaye, 1999). Matgunaga ve arkadaşlarının (1999) çalışmalarında, AN vakalarında bulunan

obsesyon ve kompulsiyonların OKB vakalarına kıyasla farklı türlerde ve çok daha sınırlı bir alanda bulunduğunu bildirmişlerdir. Aynı zamanda OKB ve diğer psikopatolojilerdeki komorbidite oranının, AN için farklı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Demet ve Taşkın, 2002). Bunun yanında obsesif-kompulsif semptomlar, OKB hastalarının aksine AN hastalarında ego-sintonik olma eğilimindedir (Bastiani ve ark., 1996). Nolen-Hoeksema ve ark. (2007) çalışmasında, ruminasyon ile bulumik semptomlar (tıkınırcasına yeme) ile ilişkili olduğu görülmüştür. Schmith ve Treasur (2006), AN'li bireyler için aşırı kısıtlama davranışının, hastanın duygularının etkinleştirilmesinden ve deneyimlenmesinden kaçınmasına izin verme işlevi olarak görülebileceğini öne sürmüşlerdir. Benzer şekilde yeme bozukluklarının teorik açıklamalarında ruminasyon, bireylerin olumsuz duygu veya vücut durumlarını deneyimlemekten kaçınmak için bozuklukla ilgili içeriğe odaklandığı bir süreç olarak açıklanmaktadır (Seidel ve ark., 2016). Çalışmamızda kullanılan örneklemin eğilim grubundan oluşmasının bulunan negatif ilişkide etkili olduğu düşünülmektedir. Kontrolün obsesif kompulsif semptomatolojisi ile ilişkisini inceleyen araştırmalar, obsesif kompulsif semptomlarının, özellikle birey tehdit altındayken benlik ve dünya üzerinde düşük kontrol duygusu ile ilişkili olduğunu ileri sürmüştür (Moulding ve Kyrios, 2006). Katılımcılarımız tanı almış gruptan oluşmadığından, duygu düzenleme becerilerinin tanı almış AN grubuna göre daha işlevsel olduğu düşünülmekte ve bu nedenle besin kısıtlaması ve ruminasyonun birlikte var olmadığına inanılmaktadır. Literatürde bulunan çok kısıtlı çalışma nedeniyle bulgularımızın önemli olduğu ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

4.2. Korelasyon Analizinin Tartışılması

Araştırmada, ortoreksiya nervoza (ON) eğilimi, anoreksiya nervoza (AN) eğilimi, bilişsel esneklik, obsesif düşünce ve bu değişkenlerin alt boyutlarının ilişkisi incelenmiştir.

Çalışmamızda ortoreksiya eğilimi ve obsesif düşünce arasında ilişki görülmemiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Arusoğlu ve ark. (2006) aynı zamanda Kazkondur'un (2010) araştırmasında yüksek OKB belirtileri gösteren katılımcıların daha fazla ortorektik eğilim gösterdiği bulunmuştur. Ortoreksiya eğilimi ile obsesif düşünce alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde yalnızca Temizlik boyutu ile negatif yönde çok zayıf bir ilişki görülmüştür. Ortoreksiya eğilimi ile Temizlik alt boyutunun ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. Yıldırım'ın (2018) çalışmasında araştırmamızla uyumlu olarak ON eğilimi ve Temizlik boyutu arasında negatif yönde korelasyon görülmüştür. Çalışmamızda ulaştığımız sonuç, ortorektik eğilimi ile temizliğe dair takıntı ilişkilidir şeklinde yorumlanabilir. ON'ye sahip bireylerin işlenmiş ve temiz olmayan gıdaları tüketmeye yönelik yoğun kaygıları bulunmaktadır (Zamora ve ark., 2005). Araştırmayı yürüttüğümüz süreçte ülkemizde Covid-19'a bağlı pandeminin etkileri devam etmekteydi. Bireyler için mikroplardan kaçınmak ve alınan ürünleri ve tüketilecek gıdaları dezenfekte etmek gündelik hayatlarının normal bir rutini haline gelmişti. Fontenelle ve Miguel (2020), kişilerin Covid-19'dan korunma yöntemlerini OKB'de karşılaşılan kirlilik ve mikroplardan korkma obsesyonu ve temizleme kompulsiyonları ile oldukça yüksek benzerlik gösterdiğini belirtmişlerdir. Aynı zamanda Covid-19' bağlı pandemi dönemi bireylerin hastalanmaya yönelik kaygılarını yükseltmiştir. Ortoreksiya eğilimi ve temizliğe

obsesif düşünce arasında bulunan ilişkide pandeminin de etkili olabileceği düşünülmektedir.

ON ve AN arasında ortak olduğu düşünülen değişkenlerden biri bilişsel katılıktır. Bilişsel katılığın, bireylerin yeni bilgi veya olaylara karşı düşünce ve davranışlarını duruma göre uyarlamadaki yetersizliği olarak açıklanmaktadır (Hayatbini ve Oberle, 2019). ON eğilimi ve bilişsel esneklik incelendiğinde pozitif yönde bir ilişki görülmüştür. Çalışmamıza göre, katılımcılarımızın ON eğilimi azaldıkça bilişsel esnekliklerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu konuda yapılan kısıtlı araştırmalardan biri olan Koven ve Senbonmatsu (2013) çalışmasında bilişsel esneklik ve ON arasında ilişki bulunmuştur.

ON ve AN eğilimi arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür. Bulgularımıza göre ON eğiliminin düşük olması, AN eğiliminin yüksek olması ile ilişkilidir. ON’de klinik tablo, bireyin tükettiği gıda miktarını kısıtlaması ve kilo verme istediğinden ziyade saf gıdaların seçilmesi ve doğru şekilde hazırlanmasıdır. ON’nin, AN ve BN’den farklı olarak kişilerin zayıf olmaya dair isteklerinden kaynaklanan patolojik bir tutum yerine, sağlıklı olmak adına sürdürülen katı beslenme tarzlarının saplantı haline gelmesi olduğu düşünülmektedir (Segura-Garcia ve ark., 2015). Aynı zamanda AN’de bireyler yemekle ilgili tutumlarını gizleme eğilimindeyken ON’de alışkanlıklarını sergilerler (Bratman ve Knight, 2000). Çalışmamızdan farklı olarak Arusoğlu ve ark. (2006) araştırmasında bozulmuş yeme tutumuna sahip bireylerin ORTO-11’den daha düşük puan aldıkları, buna göre daha yüksek ortorektik eğilimlere sahip olabilecekleri görülmüştür. AN ve ON ilişkisi hakkında alanda var olan çalışmalar farklı bulgular öne sürmektedir bu nedenle ulaştığımız sonuçların literatüre katkı sağlayacağına inanılmaktadır.

OKB, tekrarlayıcı, esnek olmayan biliş ve davranış kalıpları ile karakterizedir (Gruner ve Pittenger, 2017). Obsesif düşünce ve bilişsel esneklik arasında pozitif yönde çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. Ölçek puanlamaları göz önüne alındığında bulunan pozitif korelasyonun ters ilişki anlamına geldiğini söyleyebiliriz. Bulgularımıza göre bireylerdeki obsesif düşünce arttığında bilişsel esneklikte artmaktadır. Literatürdeki bazı çalışmalarda OKB'si olan bireylerde bilişsel esneklikte anormallikler olduğu gözlemlense de anormallik saptanmayan çalışmalar da bulunmaktadır (Gruner ve Pittenger, 2017). Moritz, Jelinek, Hottenrott, Linge ve Randjbar (2009) çalışmasında bilişsel esnekliği ölçmek için uygulanan Nesne Değiştirme Görevi'nde (Object Alternation Task) OKB'si olan katılımcılar ile kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Klinik olarak, AN ve BN hastalarının karakteristik özelliği olan yiyecek ve beden imajıyla ilgili aşırı meşguliyet, bir dereceye kadar OKB'si olan hastaların sergilediği tekrarlayıcı davranışlara benzer (Brumberg, 1988). Çalışmamızda obsesif düşünce ile AN eğilimi arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki görülmüştür. Çelikel, Bingöl, Yıldırım, Tel ve Erkorkmaz (2009) çalışmasında OKB grubunda, kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde bozulmuş yeme tutumu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Usta ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında yeme tutum ve davranışı bozuldukça obsesif-kompulsif belirtilerin görülme sıklığının yükseldiği belirlenmiştir. Çalışmamızda ulaştığımız sonuçlar literatürün geneliyle uyum göstermektedir. Anoreksiya eğilimi ve obsesif düşünce değişkenlerini ölçmek için kullandığımız ölçeklerin alt boyutları incelenmiştir. Obsesif düşüncenin Kontrol Etme alt boyutu ile AN eğiliminin Bulumik Davranış boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf bir ilişki görülmüştür. Ölçeğin Temizlik boyutu ve AN eğiliminin Diyet Yapma boyutu

arasında pozitif yönde ilişki gözlenmiştir. Ölçeğin Kuşku ve Ruminasyon boyutları ile AN eğiliminin Diyet Yapma ve Bulumik Davranış boyutları arasında pozitif yönde ilişki vardır. Usta ve ark. (2015) araştırmasında, öğrencilerin YTT-26 puanları ile MOKBÖ toplam, Kontrol Etme, Yavaşlık ve Ruminasyon boyutları ilişkisi incelendiğinde pozitif yönde çok zayıf korelasyon olduğu görülmüştür.

Bilişsel esneklik içinde bulunulan durumlardaki değişikliklere göre davranışı düzenleme yeteneği olarak tanımlanır ve bozulmuş bilişsel esneklik AN için bir risk faktörü olarak kabul edilir (Steinglass ve ark., 2006). Araştırmamızda bilişsel esneklik ve AN eğilimi arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki görülmüştür. Ulaşılan sonuca göre bireylerde bilişsel esneklik arttıkça AN eğiliminin arttığını söyleyebiliriz. Literatürde bilişsel esneklik ve AN ilişkisini inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür. Sato ve ark. (2013) çalışmasında, kadın AN hastaları, kontrol grubuna göre bilişsel esnekliği ölçmek için kullanılan WCST’de daha zayıf performans gösterdiği bulunmuştur. Wu ark. (2014) yaptığı metaanaliz çalışmasında ise AN’nin kısıtlayıcı alt tipinde bilişsel esnekliğin kontrol grubuna kıyasla kötü olduğu bulunmuş ancak AN’nin tıknırcasına yeme-çıkartma alt tipinde fark görülmemiştir. Benzer şekilde Bezek-Özsoy’un (2021) çalışmasında AN, BN ve sağlıklı kontroller arasında bilişsel esneklik açısından farklılık bulunmamıştır. Ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde bilişsel esnekliğin Kontrol boyutu ile AN eğiliminin Diyet Yapma ve Bulumik Davranış boyutları arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Ulaşılan sonuçlara göre bireylerin diyet yapma ve çıkarma davranışları ile olayları kontrol edilebilir olarak algılama eğilimlerinin ilişkili olduğunu söyleyebiliriz. Bilişsel esnekliğin Alternatifler boyutu ile AN eğiliminin Oral Kontrol Davranış boyutu ile pozitif yönlü ilişki görülmüştür. Literatürde AN eğilimini ve bilişsel esnekliğin alt

boyut ilişkilerini içeren çok kısıtlı çalışma olduğundan bulgularımızın katkı sağlayacağına inanılmaktadır.

4.3. Betimleyici Bulguların Tartışılması

Araştırmada, ortoreksiya nervoza (ON) eğilimi, anoreksiya nervoza (AN) eğilimi, bilişsel esneklik, obsesif düşünce ve bu değişkenlerin alt boyutlarının sosyodemografik değişkenler ile ilişkisi incelenmiştir.

Çalışmamıza göre katılımcıların yarısında ortoreksiya nervoza (ON) eğilimi olduğu görülmüştür. Ulaşılan bu değer, literatürdeki diğer çalışmalarla (Ramacciotti ve ark., 2011; Aksoydan ve Camcı, 2009; Varga, Thege, Dukay-Szabó, Túry ve van Furth, 2014) benzerdir. ON eğilimi cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde, erkek olmanın ON eğilimi ile ilişkili olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde, çalışmamızla uyumlu olarak erkeklerin kadınlardan daha fazla ortorektik eğilimli olduğunu gösteren bulgular mevcuttur (Donini ve ark., 2004; Donini ve ark., 2005; Fidan ve ark., 2010). Yeme bozukluklarının cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde çalışmalar kadınlarda sık görüldüğünü öne sürmektedir (Küey, 2008). Ancak günümüzde özellikle genç erkeklerde yeme bozukluğu görülme sıklığının arttığı gözlenmektedir (Erbay ve Seçkin, 2016). ON’de bireylerin temel kaygısı sağlıklı bir vücuda sahip olmaktır. ON’nin kadın ve erkeklerde görülme oranlarının diğer yeme bozukluklarından farklı olmasının sebebini bu temele dayandıran çalışmalar mevcuttur (Stutts, 2020). Toplumlarda oluşturulan ideal vücut algısı yeme bozuklukları için risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Borghuis, Hof ve Lemmink, 2008). Son araştırmalar, modern toplumların giderek daha kaslı erkek vücut idealini övmesinin sonucunda erkeklerin de idealize edilmiş vücut imajlarından kadınlar kadar etkilendiğini göstermektedir (Leit, Gray ve Pope, 2001). Sosyo-kültürel baskılar ve

beden imajlarına karşı artan ilgi, kadınlar kadar erkeklerin de beden memnuniyetsizliğini etkileyebilmektedir (Çiftçi, 2014). Bu nedenlerin ON ve cinsiyet ilişkisinde ulaştığımız sonuçlar üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Katılımcıların yaş grupları ve ON ilişkisi incelendiğinde istatistiki olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Yaş ve ON eğilimi ilişkisinin incelendiği farklı çalışmalarda araştırmamızla uyumlu bulgular bildirilmişti (Arusoğlu ve ark., 2008; Aksoydan ve Camcı, 2009). ON'nin etiyolojisi ve klinik görünümü kesin olarak belirlenmediğinden cinsiyet ve yaş grupları ile ilgili ulaştığımız sonuçların, ON'nin diğer yeme bozuklukları ile ayrıştığı noktaların açıklanmasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Fidan ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ON eğilimi eğitim durumu, medeni durum ve gelir durumu değişkenlerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Çalışmamızda da ON eğilimi eğitim durumu, medeni durum ve gelir durumu değişkenlerine göre incelendiğinde anlamlı bir fark görülmemiştir. Katılımcılarımızın demografik yapılarının büyük oranda benzer oluşunun ulaştığımız sonuç üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların obsesif düşünce düzeyleri cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir fark görülmemiştir. Değişkenin alt boyutları incelendiğinde yalnızca Temizlik alt boyutunun erkek olmakla ilişkili olduğunu sonucuna ulaşılmıştır. Çalikkasap, Karaaziz ve İskender'in (2022) çalışmasında Temizlik, Yavaşlık, Kuşku, Ruminasyon alt boyutları ve obsesif düşünce toplam puan ortalamalarının kadınlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Obsesif düşünceyi yaş gruplarına göre incelediğimizde, toplam puanının ve Temizlik alt boyutu dışındaki alt boyut puanlarında anlamlı farklılıklar vardır. Elde edilen sonuçlara göre 35-55 yaş aralığında olmak ve obsesif düşünce ilişkilidir. Usta, Sağlam, Şen, Aygin ve Sert'in (2015)

çalışmasında, obsesif düşünce ile yaş arasında negatif ilişki görülmüştür. OKB'nin başlangıç yaşı ortalama 21-25 olarak bildirilmektedir ve görülen semptomlar yaşa bağlı olarak değişmemektedir (Vardar, 2000). Pişgin ve Özen'in (2010) çalışmasında, bireylerde var olan obsesyon ve kompulsiyonlara dair hatalı değerlendirmelerin kronolojik yaşın artmasıyla birlikte daha belirgin hale geldiği görülmüştür. Katılımcılarımızın tanı almamış gruptan oluşmasının ulaştığımız sonuçlarda etkili olduğu düşünülmektedir. Obsesif düşünce ve yaş ilişkisine dair çok kısıtlı çalışma bulunduğundan ulaştığımız sonuçların literatüre katkı sağlayacağına inanılmaktadır. Obsesif düşünce eğitim durumu kategorilerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Ercan (2015) çalışmasında obsesif inanışların eğitim durumu değişkeninden etkilendiğini saptamışken, Arısoy'un (2019) araştırmasında çalışmamızla uyumlu olarak obsesif inanışlar ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki görülmemiştir. Obsesif düşünce toplam puanı, Kontrol Etme, Kuşku ve Ruminasyon alt boyut puanlarının evli olmak ile ilişkili olduğu görülmüştür. İnci'nin (2021) araştırmasında medeni durum ve obsesif inanışlar ilişkisi incelendiğinde anlamlı fark görülmemiştir. Obsesif düşünce ve medeni durum değişkenini incelen çalışmaya rastlanmadığından bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Araştırmamızı gerçekleştirdiğimiz dönemde net asgari ücret 2.825 olduğundan gelir düzeyimizdeki kategoriler bu ücret üzerinden belirlenmiştir. Obsesif düşüncenin Kuşku alt boyutu toplam puan ortalamalarının, gelir durumu ayda 2500 - 4999 TL ve üzeri olan katılımcılarda daha fazla olduğu görülmüştür. Ölçeğin genel ve diğer alt boyut toplam puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Abay, Pulular, Memiş ve Süt (2010) çalışmasında OKB grubunu oluşturan bireylerin çoğunlukla

düşük gelir düzeyinden olduğu saptanmış, buna karşın ulaşılan sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Bilişsel esneklik toplam puanı ve Kontrol alt boyut puanı cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür. Ulaşılan sonuca göre kadın olmak ve bilişsel esnekliğin yüksek olması ilişkilidir. Asıcı ve İkiz'in (2015) çalışmasında, araştırmamızdan farklı olarak erkeklerin bilişsel esneklik toplam puan ve Kontrol puanının kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bilişsel esneklik ve cinsiyet ilişkisini inceleyen bazı çalışmalarda anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Martin ve Rubin, 1995; Zong ve ark., 2010). Sapmaz ve Doğan'ın (2013) üniversite öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmada kadınların daha yüksek Kontrol alt boyut puanı elde etmiştir. Ulaşılan bu sonuçlara göre bilişsel esneklikte kültürün rolünün önemli olabileceği, cinsiyetler arasındaki farkın kültürden etkilenebileceği düşünülmektedir. İçinde bulunduğumuz kültürde erkekler küçük yaşlardan itibaren daha serbest bir şekilde yetiştiğinden karşılaştıkları problemlere tek başlarına çözüm üretmektedirler. Ailelerin çocuklarını yetiştirme tarzları incelendiğinde, kız çocukların erkeklere kıyasla yeni durumlar karşısında stres kaynakları ve problem çözme gibi çeşitli durumlarla daha az karşılaştıkları öne sürülmüştür (Altunkol, 2011). Cinsiyet rollerinin değiştiği günümüzde kadınların ev dışındaki ortamlarda daha aktif rol almalarının yeni durumlarla baş etme yönlerini geliştirdiğini söyleyebiliriz. Çalışmamızda ulaştığımız sonuçlarda katılımcılarımızın büyük bir kısmının üniversite öğrencisi veya mezunu olması ve günümüzde kadınların daha fazla iş hayatına girmesinin etkili olduğu düşünülmektedir. Bilişsel esnekliğin genel ve alt boyut toplam puan ortalamaları yaş, eğitim durumu ve medeni durum kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmamaktadır.

Çalışmamızla uyumlu olarak üniversite öğrencileriyle gerçekleştirilen bir çalışmada, bilişsel esneklik ve yaş arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (Altunkol, 2011). Bireylerin bilişsel esneklik düzeyleri ile eğitim durumları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir farklı çalışmalarda ise benzer şekilde bulgularımızla uyumlu olarak bilişsel esneklik ile eğitim durumu arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır (Atayeter, 2020; Hatipoğlu,2022). Bilişsel esnekliğin genel toplam ve Alternatifler alt boyut puanı gelir düzeyine göre incelendiğinde anlamlı farklılık saptanmamıştır. Araştırmamızla uyumlu olarak Küçüker'in (2016) çalışmasında bilişsel esneklikle gelir durumu arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Aynı çalışmada ilişki görülmemesinin nedeni, bilişsel esnekliğin bireyin dışsal koşullarına göre değil içsel dinamiklerine göre şekillenen bir olgu olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Gelir durumu ayda 2500-4999 olan katılımcılar ile Kontrol alt boyut puanının ilişkili olduğu bulunmuştur. Yaşar Ekici ve Balcı'nın (2019) çalışmasında, araştırmamızla uyumlu olarak bilişsel esneklik toplam puanı ve gelir düzeyi arasında ilişki görülmezken, ölçeğin Kontrol alt boyutu ile yüksek gelir düzeyi arasında negatif yönde ilişki görülmüştür. Ulaştığımız sonuçlara göre düşük gelir düzeyi ile kontrole yönelik bilişsel esneklik arasında ilişki olduğunu söyleyebiliriz.

AN eğilimi toplam puanı ve alt boyut puanları cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Literatürde incelendiğinde bulgularımızla uyumlu olarak, YTT-26 ve cinsiyet değişkeni arasında ilişki saptanmayan çalışmalar bulunmaktadır (Usta ve ark., 2015; Tayfur, 2018; Zarifoğlu, 2019; Özkan ve Selvi, 2022). Günümüzde kaslı vücut yapısına sahip olma isteği ile birlikte erkeklerde yeme bozukluklarının görülme sıklığı artmıştır (Gönenir-Erbay ve Seçkin, 2016). Erkeklerde beden memnuniyetsizliği ile birlikte kadınlara benzer

şekilde yeme bozukluklarının artış göstermesinin ulaştığımız sonuçlarda etkili olduğu düşünülmektedir. Anoreksiya eğilimi toplam puan ve Diyet Yapma alt boyut ortalamaları arasında yaş grup kategorilerine göre anlamlı fark görülmemiştir. Çakıroğlu, Ömer ve Arslan (2020) araştırmasında bulgularımızla uyumlu olarak AN eğiliminin yaş değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmüştür. Ölçeğin Bulumik Davranış alt boyut toplam puanları yaş grup kategorilerine göre incelendiğinde 25-34 yaş aralığında olan katılımcıların anlamlı düzeyde fazla puan elde ettiği görülmüştür. Benzer şekilde eğitim grupları incelendiğinde yalnızca Bulumik Davranış alt boyutunda anlamlı fark vardır. En büyük farkın üniversite öğrencileri ile yüksek lisans öğrencisi/mezunu grup arasında olduğu görülmüştür. AN'li hastaların yaklaşık %50'si ileride bulimik semptomlar geliştirmektedir (Herzog ve Eddy, 2007). Bulumik Davranış boyutundan yüksek puan alan katılımcıların yaşlarının görece daha yüksek olmasının nedenlerinden biri olarak anoreksiya olan kişilerde ileri yaşlarda bulimia gelişebilmesi olduğu düşünülmektedir. Oral Kontrol Davranış alt boyut toplam puanları incelendiğinde 18-24 yaş aralığında olan katılımcıların anlamlı düzeyde daha fazla puan elde ettiği görülmüştür. 18-24 yaş aralığı ergenlikten genç yetişkinliğe geçiş dönemi olarak görülmekte ve beslenme alışkanlıkları yönünden riskli olarak kabul edilmektedir (Özvurmaz, Mandıracıoğlu ve Lüleci, 2018). Bireyler bu yaş gruplarında çevrelerinden diğer yaş gruplarına oranla daha fazla etkilenebilmektedirler. Adölesanlar ile yapılan bir çalışmada medya, aile ve akran etkisinin yeme tutumu üzerinde oldukça etkili olduğu ve buna bağlı olarak beden memnuniyetsizliği ve kilo vermek adına yanlış yöntemlerin uygulandığı bildirilmiştir (Grabe, Ward ve Hyde, 2008). Bu sebeplerden ulaştığımız sonuçlar literatür ile uyumludur. Anoreksiya eğilimi medeni durum ve gelir durumu değişkenlerine göre

incelendiğinde anlamlı fark görülmemiştir. Literatürdeki bazı çalışmalarda, araştırmamızla uyumlu olarak yeme tutumu ve gelir durumu arasında ilişki görülmemiştir (Altuğ, Elal, Slade ve Tekcan, 2000; Ünal ve ark., 2009).



BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ

Bu çalışmada, ortoreksiya nervoza (ON) ve anoreksiya nervoza (AN) eğilimli grupların bilişsel esneklik ve obsesif düşünce açısından benzer özellikler mi yoksa farklı özellikler mi gösterdiğini incelemek amaçlanmıştır.

Anoreksiya nervoza eğilimi ile bilişsel esneklik arasındaki ilişki incelenmiştir. Bilişsel esneklik, anoreksiya nervoza eğilimini yalnızca modeldeki diğer değişkenlerle birlikte yordamaktadır. Yapılan korelasyon analizine baktığımızda, bilişsel esneklik ile anoreksiya nervoza eğilimi arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Çalışmamızda benzer şekilde obsesif düşünce ve anoreksiya nervoza eğilimi arasında pozitif yönde bir ilişki görülmüştür. Yapılan regresyon analizlerine baktığımızda obsesif düşünceyi ölçmek için kullandığımız MOKBÖ'nün Ruminasyon alt boyutunun anoreksiya nervoza eğilimini negatif yönde yordadığı bulunmuştur. Bulgularımıza göre anoreksiya nervoza eğilimi arttıkça bireylerdeki ruminasyonun, bununla birlikte obsesif düşüncenin azaldığı sonucuna ulaşabiliriz.

Bilişsel esneklik ve ortoreksiya nervoza eğilimi incelendiğinde pozitif yönde bir ilişki görülmüştür. Yapılan regresyon analizi incelendiğinde, bilişsel esnekliğin ortoreksiya nervoza eğilimini modeldeki diğer değişkenlerle birlikte yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ortoreksiya nervoza eğilimi ve obsesif düşünce arasında yapılan korelasyon analizi incelendiğinde pozitif yönlü ilişki görülmüştür. Oluşturulan regresyon modelinde MOKBÖ Temizlik alt boyutunun ortoreksiya nervoza eğilimini yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre ortoreksiya eğilimi ile bireylerdeki temizlik ve saflık ile ilgili obsesif düşüncelerin ilişkili olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmamızın sonuçlarına göre bilişsel esneklik değişkeninin ortoreksiya nervroza ve anoreksiya nervroza eğilimlerini tek başına yordamadığı görülmüştür. Bulunan ilişkide bilişsel esneklik arttıkça ortoreksiya nervroza eğiliminin azaldığı, anoreksiya nervroza eğiliminin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Ulaşılan değerler anoreksiya nervroza ve ortoreksiya nervroza eğilimlerinin bilişsel esneklik açısından farklı olduğunu göstermektedir. Çalışmamızdaki diğer değişkenimiz olan obsesif düşünce, anoreksiya nervroza ve ortoreksiya nervroza eğilimlerini farklı yönlerden yordamaktadır. Anoreksiya nervroza eğilimi arttıkça obsesif düşünce azalmakta, ortoreksiya nervroza eğilimi arttıkça obsesif düşünce de yükselmektedir. Böylece, hem obsesif düşünce bakımından hem de bilişsel esneklik bakımından AN ile ON ayrılmaktadır.

Her araştırmada olduğu gibi mevcut araştırmada da çeşitli sınırlılıklar olduğu gözlemlenmektedir. Araştırma yürütülürken öz bildirim tarzında ölçekler kullanılmıştır. Barnet ve Powell'a (2006) göre, öz bildirim tarzındaki ölçeklerin sonuçları katılımcıların algılarına göre şekillenmektedir ve bu nedenle gerçeği yansıtmaya düzeyleri değişebilmektedir. Ortoreksiya nervroza yeni bir kavramdır ve tanı kriterleri net bir şekilde mevcut değildir. Sağlıklı beslenmenin psikolojik ve fiziksel sağlığı olumlu etkilediği bilinmektedir. Bunun yanında bazı kronik hastalıklar için kısıtlayıcı diyetlerin sürdürülmesi önemlidir. Var olan sağlıklı beslenme şekli takıntıya dönüştüğü durumda ON'nin varlığından söz etmek mümkündür. Tanı kriterlerinin net olmamasıyla birlikte sağlıklı beslenme ve takıntı sınırının belirlenmesi literatürde tartışılan bir konudur. Günümüzde kişilerin sağlıklı beslenme ile ilgili daha fazla yayına ve bilgiye ulaşabilmektedir. İnternette ve sosyal medyada bulunan bu bilgiler her zaman profesyoneller tarafından paylaşılmadığından toplum üzerindeki etkileri

tartışmalıdır. Son zamanlarda aralıklı oruç, küçük porsiyonlar ile bedeni yormama şeklinde paylaşılan sağlıklı beslenme trendleri kişileri az yemeye, uzun süreli açlıklara yönlendirebilmektedir. Bu durumda kişiler, az yemenin ve uzun süre aç kalmanın sağlıklı olduğunu düşünebilmektedir. AN ve ON eğilimlerini incelediğimiz bu çalışmada, ulaştığımız sonuçların bu nedenlerden etkilenebileceği düşünülmektedir.

Yeme bozukluklarının başlangıç yaşı yüksek oranda ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerindedir (Morris, 2012). Bunun yanında yeme bozukluğuna sahip bireylerin 25 yaşın altında olma oranı %90 olarak belirtilmiştir (Deering, 2001). Araştırmamız 18-55 yaş aralığındaki katılımcılardan oluşmaktadır. Yeme bozukluklarının epidemolojisi göz önüne alındığında, katılımcılarımızın bir kısmı belirtilen risk grubunun dışında kalmaktadır. Araştırma için belirlenen yaş aralığının, özellikle anoreksiya nervoza eğilimi ile bilişsel esneklik ve obsesif düşünce değişkenleri üzerinde ulaşılan sonuçlarda etkili olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların klinik anoreksiya nervoza ve ortoreksiya nervoza tanısı almış bireylerden değil, eğilim gruplarından oluşması da bulgularımızı etkilemiş olabilir; aynı araştırmanın, klinik örneklemeler üzerinde yapılması bulgularımızın geçerliği için bir test niteliği taşıyacaktır.

Ortoreksiya nervoza ve anoreksiya nervoza ilişkisi hakkında literatürde çeşitli görüşler öne sürülmüştür. Var olan çalışmaların ulaştığı bulgularda uyum olmadığı fark edilmiştir. Bunun yanında alanyazın incelendiğinde ortoreksiya nervoza ve anoreksiya nervozayı bilişsel esneklik ve obsesif düşünce açısından inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle ulaştığımız sonuçların literatüre katkı sağlayacağına ve gelecek çalışmalara zemin oluşturma açısından faydalı olacağına inanılmaktadır.

KAYNAKÇA

- Abay, E., Pulular, A., Memiş, Ç. ve Süt, N. (2010). Edirne ili merkezindeki lise öğrencilerinde obsesif-kompulsif bozukluğun epidemiyolojisi. *Düşünen Adam - Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(4), 230 - 237.
- Abbate-Daga, G., Buzzichelli, S., Amianto, F., Rocca, G., Marzola, E., ... McClintock, S.M. (2011). Cognitive flexibility in verbal and nonverbal domains and decision making in anorexia nervosa patients: A pilot study. *BMC Psychiatry*, 11, 162. [http:// doi.org/10.1186/1471-244X-11-162](http://doi.org/10.1186/1471-244X-11-162).
- Abraham S. ve Llewellyn-Jones D. (1997). Eating disorders the facts, 4th edition. Oxford University Press, New York, 29-33.
- Absah, I., Rishi, A., Talley, N. J., Katzka, D. ve Halland, M. (2016). Rumination syndrome: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Neurogastroenterology & Motility*, 29(4), e12954. doi:10.1111/nmo.12954
- Ağırman. A ve Maner, F. (2010). Yeme bozuklukları ve duygusal listismar: Olgu sunumu. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010; 23: 121-127.
- Ahern, C., Kyrios, M. ve Meyer, D. (2015). Exposure to unwanted intrusions, neutralizing and their effects on self-worth and obsessive-compulsive phenomena. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49(Part B), 216–222. doi:10.1016/j.jbtep.2015.07.008
- Aksoydan, E. ve Camcı, N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders* 14 (1): 33–37.

- Allaz, A.-F., Bernstein, M., Rouget, P., Archinard, M. ve Morabia, A. (1998). Body weight preoccupation in middle-age and ageing women: A general population survey. *International Journal of Eating Disorders*, 23(3), 287–294. doi:10.1002/(sici)1098-108x(199804)23:3<287::aid-eat6>3.0.co;2-f
- Altınöz, A., Köşger, F. ve Eşsizoğlu, A. (2019). Obsesif kompulsif bozuklukta seçici dikkat, bilişsel esneklik, yanıt inhibisyonu ve zihin kuramı işlevleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 47 - 53. 10.5455/apd.301548
- Altuğ, A., Elal, G., Slade, P. ve Tekcan, A. (2000). The eating attitudes (EAT) in Turkish university students: Relationship with sociodemographic, social and individual variables, *Eating and Weight Disorders*, 5 (3): 152-160.
- Altunkol, F. (2011). *Üniversite öğrencilerinin bilişsel esneklikleri ile algılanan stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the treatment of Patients with Eating Disorders (revision). American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. *Am J Psychiatry* 2000;157(suppl 1):1–39.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. ve Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*, 68:724-731.

- Arısoy, S. T. (2019). Bankacılık sektörü çalışanlarında örgütsel bağlılığın obsesif inançlar ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi: Adana ili örneği (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Çağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- Arnett, J. J (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties* (2nd edition). New York, Oxford University Press.
- Arusoğlu, G. (2006). Sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya) belirtilerinin incelenmesi, orto-15 ölçeğinin uyarlanması (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G. ve Merdol, T. K. (2008). Ortoreksiya nervoza ve ORTO-11'in Türkçeye uyarlama çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 283-291.
- Arusoğlu, G. (2018). Beslenme ve diyetetik bölümü erkek öğrencilerinde ortoreksiya nervoza eğiliminin belirlenmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 86, 56-71.
- Asıcı, E. ve İkiz, F. (2015). Mutluluğa Giden Bir Yol: Bilişsel Esneklik. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 1 (35), 191-211.
- Atayeter, B. (2020). *Ebeveynlerin bilişsel esneklik ve mükemmeliyetçilik düzeyleri ile okul öncesi dönem çocuklarının mizaç özellikleri arasındaki ilişki*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Bağcı Bosı, 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(3):661–666. doi: 10.1016/j.appet.2007.04.007.
- Barnes, M. A. ve Caltabiano, M. L. (2016). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 177–184. doi:10.1007/s40519-016-0280-x
- Barnett, M. D. ve Powell, H. A. (2016). Self-esteem mediates narcissism and aggression among women, but not men: A comparison of two theoretical models of narcissism among college students. *Personality and Individual Differences*, 89, 100-104. doi:10.1016/j.paid.2015.09.042
- Barthels, F., Meyer, F., Pietrowsky, R. (2015). Orthorexic eating behavior. A new type of disordered eating. *Ernährungs Umschau*, 62(10):156-161.
- Bastiani, A. M., Altemus, M., Pigott, T. A., Rubenstein, C., Weltzin, T. E. ve Kaye, W. H. (1996). Comparison of obsessions and compulsions in patients with anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 39(11), 966–969. doi:10.1016/0006-3223(95)00306-1
- Becker, A. E., Grinspoon, S. K., Klibanski, A. ve Herzog, D. B. (1999). Eating Disorders. *New England Journal of Medicine*, 340(14), 1092–1098. doi:10.1056/nejm199904083401407
- Beghetto, R. A. and Kaufman, J. C. (2007). Toward a broader conception of creativity: A Case for “mini-c” creativity. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 1(2), 73-79. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1931-3896.1.2.73>

Bernacchi, D. L. (2017). Bulimia nervosa: A comprehensive analysis of treatment, policy, and social work ethics. *Social Work*, 62(2), 174–180. doi:10.1093/sw/swx006

Bezek Özsoy, D. (2021). *Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozada bilişsel esneklik ve santral koherensin duygu düzenleme becerileri ile ilişkisinin incelenmesi* (Tıpta uzmanlık tezi). İstanbul üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Błachno, M., Bryńska, A., Tomaszewicz-Libudzić, C., Jagielska, G., Srebnicki, T. ve Wolańczyk, T. (2014). The influence of obsessive compulsive symptoms on the course of anorexia nervosa. *Psychiatria Polska*, 48(3), 429–439

Borghuis, J., Hof, A. L. ve Lemmink, K. A. P. M. (2008). The Importance of Sensory-Motor Control in Providing Core Stability. *Sports Medicine*, 38(11), 893–916. doi:10.2165/00007256-200838110-00002

Bratman, S. ve Knight, D. (2000). *Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. New York. Broadway Books.

Bratman, S. (2017). Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eat Weight Disorder*, 22(3), 381-385. doi: <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0417-6>

Brigham, K. S., Manzo, L. D., Eddy, K. T. ve Thomas, J. J. (2018). Evaluation and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in adolescents. *Current Pediatrics Reports*, 6(2), 107–113. doi:10.1007/s40124-018-0162-y

- Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*; 1: 55-60.
- Brytek-Matera, A. (2014). Healthy eating obsession in women with anorexia nervosa: A case control study. New York, NY: Nova.
- 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. *J Eat Disord* 3(1):2. doi:10.1186/s40337-015-0038-2
- Brumberg, J. J. (1988). *Fasting Girls: The Emergence of Anorexia Nervosa as a Modern Disease*. Harvard University Press.
- Bulik, C. M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S. E., Aggen, S. ve Sullivan, P. F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *American Journal of Psychiatry*, 160, 366–368
- Buzzichelli, S., Marzola, E., Amianto, F., Fassino, S. ve Abbate-Daga, G. (2018). Perfectionism and cognitive rigidity in anorexia nervosa: Is there an association? *European Eating Disorders Review* (26), 360–366. <http://doi.org/10.1002/erv.2591>.
- Cambaz, H. Z. ve Ünal, G. (2021). Soyut ve somut sınırların bilişsel esneklik üzerine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 38 (1) , 1-17 . DOI:10.32600/huefd.772811

- Canas, J., Quesada, J., Antoli A. ve Fajardo, I. (2003). Cognitive flexibility and adaptability to environmental changes in dynamic complex problem-solving tasks. *Ergonomics*, 46(5), 482–501. doi:10.1080/0014013031000061640
- Canas, J. J., Fajardo, I. ve Salmeron, L. (2006). Cognitive flexibility. *International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors*, 297-300.
- Cartwright, M. M. (2004). Eating disorder emergencies: understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 16 (4):515-30.
- Catalina Zamora, M.L., Bote Bonaechea, B., García Sánchez, F. ve Ríos Rial, B. (2005). Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas Espanolas Psiquiatria*, 33:66-68.
- Crow, S., Kendall, D., Praus, B. ve Thuras, P. (2001). Binge eating and other psychopathology in patients with type II diabetes mellitus. *International Journal of Eating Disorders*, 30(2), 222–226. doi:10.1002/eat.1077
- Çakıroğlu, D., Ömer, E. H. ve Arslan, C. (2020). Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu, yeme farkındalığı ve sosyal görünüş kaygısının değerlendirilmesi (Siirt ili örneği). *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 14(1), 1-12.
- Çalikkasap, B., Karaaziz, M. ve İskender, C. (2022). Yetişkinlerde obsesif kompulsif bozukluğun sosyal kaygı ve psikolojik dayanıklılık ile ilişkisi. *Socrates Journal of Interdisciplinary Social Studies*, 8(24), 60–77. <https://doi.org/10.51293/socrates24-194>

- Çelikel, F. Ç., Bingöl, T. Y., Yildirim, D., Tel, H. ve Erkorkmaz, Ü. (2009). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında yeme tutumu [Eating attitudes in patients with obsessive compulsive disorder]. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46(3), 86–90.
- Çiçekoğlu Öztürk, P. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin ortoreksiya nervoza eğilimlerinin belirlenmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (2) , 99-105.
- Çiftçi, D. (2014). Medya tarafından resmedilen ideal vücut: Karşılaştırmalı kadın ve erkek algısı. *Intern Edia International E-Journal*, 1(1), 1-7
- Çuhadaroğlu, A. (2013). Bilişsel esnekliğin yordayıcıları. *Cumhuriyet Uluslararası Eğitim Dergisi*, 2(1), 86-101.
- Dağ, İ. ve Gülüm, V. (2013). Yetişkin bağlanma örüntüleri ile psikopatoloji belirtileri arasındaki ilişkide bilişsel özelliklerin aracı rolü: Bilişsel esneklik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(4): 240-7.
- De Bloom, J., Ritter, S., Kühnel, J., Reinders, J. ve Geurts, S. (2014). Vacation from work: A “ticket to creativity”? *Tourism Management*, 44, 164–171. doi:10.1016/j.tourman.2014.03
- Deering, S. (2000). Eating disorders: recognition, evaluation, and implications for obstetrician/gynecologists(1). *Primary Care Update for OB/GYNS*;8(1):31–5.
- Dell’Osso. L., Abelli. M., Carpita. B., Massimetti. G., Pini. S., ...Rivetti. L. (2016) Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population. *Rivista di psichiatria*, 51(5), 190-196.
- 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. (2017). Prevalence and characteristics of orthorexia nervosa in a sample of university students in Italy. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(1), 55–65.doi:10.1007/s40519-017-0460-3

Demet, M. M., Taşkın, E. O. (2002). Obsesif-kompulsif bozukluk ve yeme bozuklukları ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*; 39 (1): 9-19

Dennis, J. P. ve Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 241-253.

Dietrich, A. (2004). The cognitive neuroscience of creativity. *Psychonomic Bulletin & Review*, 11(6), 1011–1026.doi:10.3758/bf03196731

Dolapoglu, N., Ozcan, D. ve Tulaci, R. (2023). Is Orthorexia nervosa a non-specific eating disorder or a disease in the spectrum of obsessive - compulsive disorder?. *Cureus* 15(5): e38451. doi: 10.7759/cureus.38451

Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M. ve Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(2), 151–157. doi:10.1007/bf03325060

- 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 - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10(2), e28–e32.doi:10.1007/bf03327537
- Dubois, F. S. (1949). Compulsion neurosis with cachexia (anorexia nervosa). *The American Journal of Psychiatry*, 106, 107–115.
- Dunn, T. M. ve Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11–17.doi:10.1016/j.eatbeh.2015.12.006
- Erbay İnci, E. (2021). *Obsesif inanış düzeylerinin bireylerin yaşam kalitesi, tükenmişlik düzeyi ve strese yatkınlığı üzerindeki etkisi* (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). İstanbul Kent Üniversitesi, İstanbul.
- Ercan, B. (2015). *Strese yatkınlık, bilişsel duygu düzenleme ve ebeveynlik biçiminin obsesif inançlar üzerine etkisi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Ergüney-Okumus, F. E., Sertel-Berk, H. O. (2020). Yeme Tutum Testi kısa formunun (YTT-26) Üniversite örnekleminde Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Psikoloji Çalışmaları - Studies in Psychology*, 40(1): 57–78. <https://doi.org/10.26650/SP2019-0039>
- Erol, N., Savaşır, I. (1988). Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi'nin Türkçe uyarlaması. 26. *Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi*, Ankara.

- Erol, A., Toprak, G., Yazıcı, F. ve Erol, S. (2000). Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak kontrol odağı ve benlik saygısının karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*; 3:147-152
- Erol, Ö. (2018). *İnönü üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin ortoreksiya nervoza belirtilerinin ve yeme tutumlarının saptanması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Errdelyi, M. H. ve Goldbeig, B. (1979). Let's not sweep repression under the rug: Toward a cognitive psychology of repression. In J. F. Kihlstrom & F.J. Evans(Eds.), *Functional disorders of memory* (pp. 35 5- 402). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ertekin, A. B. (2010). *Yeme bozukluğu hastalarında aile ortamının ve aile işlevselliğinin değerlendirilmesi* (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.
- Eryılmaz, A. ve Mutlu, T. (2017). Yaşam boyu gelişim yaklaşımı perspektifinden kariyer gelişimi ve ruh sağlığı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(2): 227-249.
- Fahy, T. A. ve Russell, G. F. (1993). *Outcome and prognostic variables in bulimia nervosa*. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 135-145.
- Fairburn, C. G. ve Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407–416. doi:10.1016/s0140-6736(03)12378-1

- Fassino, S., Piero, A., Daga, G. A., Leombruni, P., Mortara, P. ve Rovera, G. G. (2002). Attentional biases and frontal functioning in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 274–283.
- 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. doi:10.1016/j.comppsy.2009.03.001
- Fontenelle, L. F. ve Miguel, E. C. (2020). The impact of COVID-19 in the diagnosis and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 37(6), 510-511.
- Freeman, L. M. Y. ve Gil, K. M. (2004). Daily stress, coping, and dietary restraint in binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2), 204–212. doi:10.1002/eat.20012
- Freeston, M. H. ve Ladouceur, R. (1993). Appraisal of cognitive intrusions and response style: Replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 31(2), 185–191. doi:10.1016/0005-7967(93)90070-b
- Freeston, M. H. ve Ladouceur, R. (1997). What do patients do with their obsessive thoughts? *Behaviour Research and Therapy*, 35(4), 335–348. doi:10.1016/s0005-7967(96)00094-0
- Garner, D. M. ve Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(02), 273. doi:10.1017/s0033291700030762

- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. ve Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(04), 871. doi:10.1017/s0033291700049163
- George, D. ve Mallery, P. (2016). *IBM SPSS Statistics 23 Step by Step: A Simple Guide and Reference (14th ed.)*. New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315545899>
- Göküstün, K. K. (2018). *Üniversite Öğrencilerinde Obsesif Kompulsif Yeme Davranışı Ölçeği ile Beslenme Durumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Gönenir Erbay, L. ve Seçkin, Y. (2016). Yeme bozuklukları. *Güncel Gastroenteroloji*. 20/4, 473-477.
- Grabe, S., Ward, L. M. ve Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 134 (3): 460-476.
- Gramaglia, C., Brytek-Matera, A., Rogoza, R. ve Zeppegno, P. (2017). Orthorexia and anorexia nervosa: two distinct phenomena? A cross-cultural comparison of orthorexic behaviours in clinical and non-clinical samples. *BMC Psychiatry*, 17(1). doi:10.1186/s12888-017-1241-2
- Grucza, R. A., Przybeck, T. R. ve Cloninger, C. R. (2007). Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 124-131. doi:10.1016/j.comppsy.2006.

- Gruner, P. ve Pittenger, C. (2017). Cognitive inflexibility in Obsessive-Compulsive Disorder. *Neuroscience*, 345, 243–255.
doi:10.1016/j.neuroscience.2016.07.030
- Guerdjikova, A. I., Mori, N., Casuto, L. S. ve McElroy, S. L. (2017). Binge Eating Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(2), 255–266.doi:10.1016/j.psc.2017.01.003
- Gülüm, İ. V. ve Dağ, İ. (2012). Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği ve Bilişsel Esneklik Envanteri'nin Türkçeye uyarlanması, geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 13:216-23.
- Gürdal, A. (1999). Yeme bozuklukları ve tedavisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9:21-27.
- Gürdal Küey, A. (2008). Ergenlerde Yeme Bozuklukları. Çetin FÇ, Pehlivanürk B, Ünal F (Eds.) *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* (s. 407-422). Ankara: Hekimler Yayın Birliği
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Klump, K. L., Strober, M., Leckman, J. F., Fichter, M., ... Kaye, W. H. (2003). Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 308–319.doi:10.1002/eat.10138
- Hamsher, K., Halmi, K.A. ve Benton, A.L. (1981). Prediction of outcome in anorexia nervosa from neuropsychological status. *Psychiatry Research*, 4, 79–88.
- Hatipoğlu, F. N. (2022). Kaygının yordayıcıları olarak ebeveyn kabul-reddi, bilişsel esneklik, belirsizliğe tahammülsüzlük ve bilişsel davranışsal kaçınma.

(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Hayatbini, N. ve Oberle, C. D. (2019). Are orthorexia nervosa symptoms associated with cognitive Inflexibility? *Psychiatry Research*, 271, 464–468. doi:10.1016/j.psychres.2018.1

Herzog, D. B. ve Eddy, K. T. (2007). *Diagnosis, Epidemiology, and Clinical Course of Eating Disorders* (Ed. Yager J, Powers PS). Clinical Manual of Eating Disorders, Washington DC, American Psychiatric Publishing, s.1-29.

Hoek, H. W. (1995). *The distribution of eating disorders. Eating disorders and obesity*. Newyork: The Guilford Press, 207-211

Holliday, J., Tchanturia, K., Landau, S., Collier, D. ve Treasure, J. (2005). Is Impaired Set-Shifting an Endophenotype of Anorexia Nervosa? *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2269–2275. doi:10.1176/appi.ajp.162.12.2269 10.1176/appi.ajp.162.12.2269

Iacovino, J. M., Gredysa, D. M., Altman, M. ve Wilfley, D. E. (2012). Psychological Treatments for Binge Eating Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 432–446. doi:10.1007/s11920-012-0277-8

Irak, M. (2012). Üstbiliş Ölçeği Çocuk ve Ergen Formunun Türkçe standardizasyonu, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(1), 47-54.

- Işık, B. (2009). *Uludağ Üniversitesi öğrencilerinde yeme bozukluklarının araştırılması* (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Jesko, A. (2015). *Orthorexia nervosa: Psychological disorder or social trend?* (Unpublished thesis). Texas State University, San Marcos, Texas.
- Johnson, W. G., Tsoh, J. Y. ve Varnado, P. J. (1996). Eating disorders: Efficacy of pharmacological and psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 16(6), 457–478.
- Jonassen, D. H. ve Grabowski, B. (1993). *Hand Book Of Individual Differences, Learning And Instruction*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Johnson, B. T. (2016). *The relationship between cognitive flexibility, coping and symptomatology in psychotherapy*. (Doctoral dissertation). Marquette University, Milwaukee.
- Karakuş Aydos, Y. (2021). *Anoreksiya nervoza olan kız ergenlerde beden imgesinin fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme ile çalışılması* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.
- Katzman, D. K., Christensen, B., Young, A. R. ve Zipursky, R. B. (2001). Starving the brain: Structural abnormalities and cognitive impairment in adolescents with anorexia nervosa. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 6, 146–152.

- Kazkondur, İ. (2010). *Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) belirtilerinin incelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üni. Eğitim Bil. Ens. Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı, Ankara.
- Keçeli, F. (2006). *Yeme bozukluğu hastalarında obsesif kompulsif bozukluk ve kişilik bozukluğu* (Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). Bakırköy RSSHH EAH. İstanbul.
- Keel, P. K. ve Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 433–439. doi:10.1002/eat.22094
- Kenett, Y. N., Anaki, D. ve Faust, M. (2014). Investigating the structure of semantic networks in low and high creative persons. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8(407), 1-16. DOI: 10.3389/fnhum.2014.00407.
- Khan, Y. ve Tisman, G. (2010). Pica in iron deficiency: a case series. *Journal of Medical Case Reports*, 4(1). doi:10.1186/1752-1947-4-86
- Kıcalı, G. (2015). *Üniversite öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları ve yeme bağımlılığının farklı kişilik özellikleri ve psikiatrik belirtilerle ilişkisinin incelenmesi* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Kılınç, S. (2010). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireyler ile sağlıklı bireylerin bellek süreçlerinin bellek yanılgıları açısından karşılaştırılması (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Kinzl, J. F., Hauer, K., Traweger, C. ve Kiefer, I. (2006). Orthorexia Nervosa in Dieticians. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(6), 395–396. doi:10.1159/000095447
- Koskina, A., Campbell, I. C. ve Schmidt, U. (2013). Exposure therapy in eating disorders revisited. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37, 193–208.
- Koven, N. S. ve Senbonmatsu, R. (2013). A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open J. Psychiatry* 3, 214–222. <http://doi.org/10.4236/ojpsych.2013.32019>.
- Koven, N. ve Abrey, A. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 18:385-394. doi:10.2147/ndt.s61665
- Küçüker, D. (2016). Affetme, affetmeme, bilişsel esneklik, duygu düzenleme ve yaşam doyumu arasındaki ilişkilerin incelenmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisan Tezi). Pamukkale Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Leit, R. A., Gray, J. J. ve Jr., P. H. G. (2001). The media's representation of the ideal male body: A cause for muscle dysmorphia? *International Journal of Eating Disorders*, 31(3):334-338.
- Levinson, C. A., Brosos, L. C., Ram, S. S., Pruitt, A., Russell, S. ve Lenze, E. J. (2019). Obsessions are strongly related to eating disorder symptoms in anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa. *Eating Behaviors*. doi:10.1016/j.eatbeh.2019.05.0

- Liao, P. C., Uher, R., Lawrence, N., Treasure, J., Schmidt, U., Campbell, I. C., ... Tchanturia, K. (2009). An examination of decision making in bulimia nervosa. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 31(4), 455–461. doi:10.1080/13803390802251378
- Lindell, A. K. (2010). Lateral thinkers are not so laterally minded: Hemispheric asymmetry, interaction, and creativity. *Laterality* 16, 479–498. doi: 10.1080/1357650X.2010.497813
- Lounes, N., Khan, G. ve Tchanturia, K. (2011). Assessment of Cognitive Flexibility in Anorexia Nervosa – Self-Report or Experimental Measure? A Brief Report. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17(05), 925 - 928. doi:10.1017/s1355617711000671
- Marlatt, G. P., & Parks, G. A. (1982). Self-management of addictive behaviors. In P. Karoly & F. H. Kanfer (Eds), *Self-management and behavior change* (pp. 443-488). New York: Pergamon Press.
- Martin, M. M. ve Rubin, R. B. (1995). A New Measure Of Cognitive Flexibility. *Psychological Reports* 76, 623-626.
- Martin, M. M., ve Anderson, C. M. (1998). The Cognitive Flexibility Scale: Three Validity Studies. *Communication Repots*, 11, 1-9.
- Martin, M. M., Anderson, C. M. ve Thweatt, K. S. (1998). Aggressive communication traits and their relationship with the cognitive flexibility scale and the communication flexibility scale. *Journal of Social Behavior and Personality*, 13 (3): 34-45.

- Martindale, C. (1999). Biological bases of creativity. In R. Sternberg, (Ed.), *Handbook of Creativity* (pp. 137-152). Cambridge: University Press.
- Mathieu, J. (2005). What Is Orthorexia? *Journal of the American Dietetic Association*, 105(10), 1510–1512. doi:10.1016/j.jada.2005.08.021
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Iwasaki, Y., Miyata, A., Yamagami, S. ve Kaye, W. H. (1999). Clinical characteristics in patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 29(2), 407-414.
- McInerney-Ernst, E. M. (2011). *Orthorexia Nervosa: Real Construct or Newest Social Trend?* University of Missouri: Kansas City, MO, USA.
- Mehler, P. S. ve Brown, C. (2015). Anorexia nervosa – medical complications. *Journal of Eating Disorders*, 3(1). doi:10.1186/s40337-015-0040-8
- Miller, M. N. ve Pumariega, A. J. (2001). Culture and Eating Disorders: A Historical and Cross-Cultural Review. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 64(2), 93–110. doi:10.1521/psyc.64.2.93.18621
- Miller, K. ve Coverdale, G. (2010). Exploring views on primary prevention of eating disorders. *British Journal of School Nursing*, 5(9), 441–448. doi:10.12968/bjsn.2010.5.9.79780
- Mintz, L. B. ve O'Halloran, M. S. (2000). The Eating Attitudes Test: Validation with DSM-IV eating disorder criteria. *Journal of personality assessment*, 74(3), 489-503. doi: 10.1207/ S15327752JPA7403_11

- Moritz, S., Jelinek, L., Hottenrott, B., Klinge, R. ve Randjbar, S. (2009). No evidence for object alternation impairment in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Brain and Cognition*, 69(1), 176–179.doi:10.1016/j.bandc.2008.07.002
- Moroze, R. M., Dunn, T. M., Holland, C., 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.
- 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.psych.2014.03.003
- Morris, J. ve Rey J. M. (Ed) (2012). *Eating Disorders*. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Moskowitz, L. ve Weiselberg, E. (2017). Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 70–84. doi:10.1016/j.cppeds.2017.02.003
- Moulding, R. ve Kyrios, M. (2006). Anxiety disorders and control related beliefs: the exemplar of Obsessive–Compulsive Disorder (OCD). *Clinical Psychology Review*, 26(5), 573–583.doi:10.1016/j.cpr.2006.01.009
- Murphy, R., Nutzinger, D. O., Paul, T. ve Leplow, B. (2004). Conditional-Associative Learning in Eating Disorders: A Comparison With OCD. *Journal of Clinical*

and Experimental Neuropsychology (Neuropsychology, Development and Cognition: Section A), 26(2), 190–199. doi:10.1076/jcen.26.2.190.2809

Nakazato, M., Hashimoto, K., Schmidt, U., Tchanturia, K., Campbell, I. C., Collier, D. A., ...Treasure, J. (2010). Serum glutamine, set-shifting ability and anorexia nervosa. *Annals of General Psychiatry*, 9, Article 29. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-9-29>

Nayak, S. V., Kini, R., Shetty, U., Rao, P.K., Kashyap, R. R. ve Bhandarkar G. (2017). Pica - an eating disorder: A report and review. *Arch Med Health Sci.*, 5, 82-4.

Neale, J. ve Hudson, L. D. (2020). Anorexia nervosa in adolescents. *British Journal of Hospital Medicine*, 81(6), 1–8. doi:10.12968/hmed.2020.0099

Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E. ve Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 198-207. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.116.U98>

Norris, M. L., Robinson, A., Obeid, N., Harrison, M., Spettigue, W. ve Henderson, K. (2013). Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 495-499.doi:10.1002/eat.22217

Oğur, S., Aksoy, A. ve Güngör Ş. (2015). Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nevroza eğiliminin belirlenmesi. *BEÜ Fen Bilimleri Dergisi*. 4(2), 93-102.

O'Keefe, B. J. ve Delia, J. G. (1982). Impression formation and message production.
In M. E. Roloff & C. R. Berger (Eds.), *Social cognition and communication*
(pp. 33-72). Beverly Hills, CA: Sage.

Önal Sönmez, A. (2017). Çocuk ve ergenlerde yeme bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*; 9(3):301-316. doi: 10.18863/pgy.288643

Öner, N. (2012). Türkiye’de kullanılan psikolojik testlerden örnekler (7.baskı).
İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.

Öngün-Yılmaz, H. (2019). Yaman, Ç., Erenoğlu-Son (Ed.), *Beslenme obezite ve toplum sağlığı* (s. 35-60), Güven Plus A. Ş. Yayınları

Özcan, D. A. ve Esen, B. K. (2016). Ergenlerin bilişsel esneklik düzeyleri ile öz yeterliklerinin incelenmesi. *International Journal of Eurasia Social Sciences*, 7(24), 1-10.

Özkan, A. M. ve Selvi, H. (2022). Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumlarının ve İlgili Değişkenlerin İncelenmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 12 (3), 600-609. DOI: 10.31020/mutftd.1120239

Özvurmaz, S., Mandıracıoğlu, A. ve Lüleci, E. (2018). Üniversite öğrencilerinde yeme tutumu ve yeme tutumuna etki eden faktörler. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2): 841-849.

Pinhas, L., Morris, A., Crosby, R. D. ve Katzman, D. K. (2011). Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children: a Canadian

Paediatric Surveillance Program study. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 165:895-899.

Polivy, J. ve Herman, C. P. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187–213. doi:10.1146/annurev.psych.53.100901.135103

Pontillo, M., Zanna, V., Demaria, F., Aversa, R., Di Vincenzo, C., ...Di Luzio, M. (2022). Orthorexia nervosa, eating disorders, and obsessive-compulsive disorder: A selective review of the last seven years. *Journal of Clinical Medicine*, 11(20), 6134.

Rachman, S. ve De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233–248.

Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 385–401. doi:10.1016/s0005-7967(97)10041-9

Radomsky, A. S., de Silva, P., Todd, G., Treasure, J. ve Murphy, T. (2002). Thought–shape fusion in anorexia nervosa: An experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 40(10), 1169–1177. doi:10.1016/s0005-7967(01)00085-7

Ramacciotti, C. E., Perrone, P., Coli, E., Buralassi, 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 - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 16(2), e127–e130. doi:10.1007/bf03325318

- Rapoport, J. L. ve Wise, S. P. (1988). Obsessive–compulsive disorder: Evidence for basal ganglia dysfunction. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 380–384.
- Rassin, E. ve Diepstraten, P. (2003). How to suppress obsessive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 41(1), 97–103.doi:10.1016/s0005-7967(02)00043-8
- Roberts, M. E., Tchanturia, K., Stahl, D., Southgate, L. ve Treasure, J. L. (2007). A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychological Medicine*, 37, 1075–1084. <https://doi.org/10.1017/S0033291707009877>.
- Roberts, M. E., Tchanturia, K. ve Treasure, J. L. (2010). Exploring the neurocognitive signature of poor set-shifting in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 44(14), 964–970.doi:10.1016/j.jpsychires.2010.03.001
- Salkovskis, P. M., Thorpe, S. J., Wahl, K., Wroe, A. L. ve Forrester, E. (2003). Neutralizing increases discomfort associated with obsessional thoughts: An experimental study with obsessional patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4), 709–715. doi:10.1037/0021-843x.112.4.709
- Salkovskis, P. M. ve Campbell, P. (1994). Thought suppression induces intrusion in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32(1), 1–8.doi:10.1016/0005-7967(94)90077-9
- Sanavio, E. ve Vidotto, G. (1985). The components of the Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 23(6), 659–662.doi:10.1016/0005-7967(85)90061-0
- Santrock, J. W. (1997). *Life span development*. London, Brown Benchmark Publishers

Sarı, S. A. (2019). Ergenlerde Yeme Bozuklukları Yönetimi. *Aile Hekimliğinde Güncel Yaklaşımlar* (pp.315-323), Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Sato, Y., Saito, N., Utsumi, A., Aizawa, E., Shoji, T., Izumiyama, M., Mushiake, H., Hongo, M. ve Fukudo, S. (2013). Neural Basis of Impaired Cognitive Flexibility in Patients with Anorexia Nervosa. *PLoS ONE*, 8(5), e61108. doi:10.1371/journal.pone.0061108

Savaşır, I. ve Erol, N. (1989). Anoreksiya Nevroza Belirtileri İndeksi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 7, 19-25.

Schmidt, U. ve Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 343–366. doi:10.1348/014466505x53902

Segura-Garcia, C., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloï, M., Caroleo, M., Bruni, A., ... De Fazio, P. (2014). The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(2), 161–166. doi:10.1007/s40519-014-0171-y

Seidel, M., Petermann, J., Diestel, S., Ritschel, F., Boehm, I., ... Ehrlich, S. (2016). A naturalistic examination of negative affect and disorder-related rumination in anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(11), 1207–1216. doi:10.1007/s00787-016-0844-3

- Shafran, R., Thordarson, D. S. ve Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379–391. doi:10.1016/0887-6185(96)00018-7
- Shafran, R., Teachman, B. A., Kerry, S. ve Rachman, S. (1999). A cognitive distortion associated with eating disorders: Thought-shape fusion. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(2), 167-179.
- Shafran, R. ve Robinson, P. (2004). Thought shape fusion in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(4), 399-407.
- Shah, S. M. (2012). *Orthorexia nervosa: Healthy eating or eating disorder?* Master's thesis: Eastern Illinois University.
- Smith, K. E., Mason, T. B. ve Lavender, J. M. (2018). Rumination and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 61, 9–23. doi:10.1016/j.cpr.2018.03.004
- Srinivasagam, N. M., Kaye, W. H., Plotnicov, K. H., Greeno, C., Weltzin, T. E. ve Rao, R. (1995). Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1630–1634. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.11.1630>
- Steinglass, J. ve Walsh, B. T. (2006). Habit learning and anorexia nervosa: A cognitive neuroscience hypothesis. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 267–275. doi:10.1002/eat.20244

- Steinglass, J., Walsh, B. ve Stern, Y. (2006). Set shifting deficit in anorexia nervosa. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12(03). doi:10.1017/s1355617706060528
- Strahler, J., Hermann, A., Walter, B. ve Stark, R. (2018). Orthorexia nervosa: A behavioral complex or a psychological condition? *Journal of Behavioral Addictions*, 7(3): 1143-1156.
- Striegel-Moore, R. H., DeBar, L., Wilson, G. T., Dickerson, J., Rosselli, F., ... Kraemer, H. C. (2007). Health services use in eating disorders. *Psychological Medicine*, 38(10).doi:10.1017/s0033291707001833
- Stutts, L. A. (2020). It's complicated: The relationship between orthorexia and weight/shape concerns, eating behaviors, and mood. *Eating Behaviors*, 39, 101444.doi:10.1016/j.eatbeh.2020.101444
- Sunday, S. R., Halmi, K. A. ve Einhorn, A. (1995). The Yale-Brown-Cornell eating disorder scale: A new scale to assess eating disorder symptomatology. *International Journal of Eating Disorders*, 18(3), 237–245.doi:10.1002/1098-108x(199511)18:3<237::aid-eat2260180305>3.0.co;2-1
- Şahin, H., Köşger, F., Eşsizoglu, A. ve Aksaray, G. (2018). The Relationship Between Obsessive Belief Level and Cognitive Flexibility in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Archives of Neuropsychiatry*, 55(4), 376.
- Tayfur, S. (2018). *Üniversite öğrencilerinin beden algısı, yeme tutumu ve depresyon düzeyinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Türkiye.

- Tchanturia, K., Anderluh, M. B., Morris, R. G., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. A., Sanchez, P. ve Treasure, J. L. (2004). Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10(4), 513–520. doi:10.1017/s1355617704104086
- Tchanturia, K., Campbell, I. C., Morris, R. ve Treasure, J. (2005). Neuropsychological Studies in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 572–576.
- Tchanturia, K., Lloyd, S. ve Lang, K. (2013). Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: Current evidence and future research directions. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 492–495. <https://doi.org/10.1002/eat.22106>.
- Treasure, J. L. ve Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, 1(13), <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-13>.
- Treasure, J., Zipfel, S., Micali, N., Wade, T., Stice, E., Claudino, A., ... Wentz, E. (2015). Anorexia nervosa. *Nature Reviews Disease Primers*, 15074. doi:10.1038/nrdp.2015.74
- Treasure, J. (2016). *Eating disorders. Medicine*, 44(11), 672–678. doi:10.1016/j.mpmed.2016.08.001
- Turan, Ş., Poyraz, C. A. ve Özdemir, A. (2015). Tıkınırcasına yeme bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 419–435.

- Usdan, L., Khaodhlar, L. ve Apovian, C. (2008). The endocrinopathies of anorexia nervosa. *endocrine practice*, 14(8), 1055–1063. doi:10.4158/ep.14.8.1055
- Usta, E., Sağlam, E., Şen, S., Aygin, D. ve Sert, H. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumları ve obsesif-kompulsif belirtileri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2 (2), 187-197. DOI: 10.17681/hsp.48687
- Ünalın, D., Öztop, D. B., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Pırlak, B. ve Güneş, D. (2009). Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 16 (2), 75-82.
- Van den Hout, M., Kindt, M., Weiland, T. ve Peters, M. (2002). Instructed neutralization, spontaneous neutralization and prevented neutralization after an obsession-like thought. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33(3-4), 177–189. doi:10.1016/s0005-7916(02)00048-4
- Vandereycken, W. (2011). Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eating Disorders*, 19(2), 145–155. doi:10.1080/10640266.2011.5516
- Vardar, E. (2000). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Genetiği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10 (3):153-59.
- Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F. ve van Furth Eric, F. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18(2), 103–111. doi:10.1007/s40519-013-0026-y

- Varga, M., Thege, B. K., Dukay-Szabó, S., Túry, F. ve van Furth, E. F. (2014). When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry*, 14(1).doi:10.1186/1471-244x-14-59
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R. ve White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5–13
- Wegner, D. M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts: suppression, obsession, and the psychology of mental control*. London: The Guilford Press
- Whitmer, A. J. ve Banich, M. T. (2007). Inhibition Versus Switching Deficits in Different Forms of Rumination. *Psychological Science*, 18(6), 546–553. doi:10.1111/j.1467-9280.2007.01936.x
- Wilfley, D. E., Bishop, M. E., Wilson, G. T. ve Agras, W. S. (2007). Classification of eating disorders: Toward DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3), S123–S129.doi:10.1002/eat.20436
- Wu, M., Brockmeyer, T., Hartmann, M., Skunde, M., Herzog, W. ve Friederich, H.-C. (2014). Set-shifting ability across the spectrum of eating disorders and in overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(16), 3365–3385. doi:10.1017/s0033291714000294
- Yager, J. (1989). Psychological treatment for eating disorders. *Psychiatr Ann.* 19:477–82.

- Yeşil, E., Turhan, B., Tatan, D., Şarahman, C. ve Saka, M. (2018). Yetişkin bireylerde cinsiyetin ortoreksiya nervoza eğilimine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 1 – 9.
- Yeşilbursa, D., (1990). *Lise öğrencilerinde anoreksiya nervoza-bulimiya sıklığı ve beden imgesi değerlendirilmesi*. (Tıpta Uzmanlık tezi). İstanbul, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi
- Yıldırım, P., (2018). *Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervozanın obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul.
- Yılmaz, E. ve Özkan, S. (2007). Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2(6):87-104.
- Yücel, B., (2009). Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları. *Klinik Gelişim Dergisi*, 22(4):39-44
- Zamora, M. L. C., Bonaachea, B. B., Sanchez, G. F. ve Rial, R. (2005). Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 33(1), 66-68
- Zarifoğlu, A. (2019). *Farklı fakültelerdeki üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza görülme sıklığı ile yeme tutum davranışları ve beden algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Zayman, E. (2016). Obsessive compulsive disorder in DSM-5. *Cukurova Medical Journal* 41. 360-362

Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P. ve Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099–1111. doi:10.1016/s2215-0366(15)00356-9

Zong, J.-G., Cao, X.-Y., Cao, Y., Shi, Y.-F., Wang, Y.-N., Yan, C., ... Chan, R. C. (2010). Coping flexibility in college students with depressive symptoms. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 66. doi:10.1186/1477-7525-8-66



EKLER

Ek. A. Demografik Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz

- Kadın ()
- Erkek ()
- Belirtmek istemiyorum ()

2. Yaşınız

3. Eğitim Durumunuz

- Lise mezunu ve altı ()
- Üniversite öğrencisi ()
- Üniversite mezunu ()
- Yüksek lisans öğrencisi ()
- Yüksek lisans mezunu ()

4. Medeni Durumunuz

- Evli ()
- Bekar ()

5. Gelir Durumunuz

- Ayda 2500 TL'nin altında ()
- Ayda 2500-4999 TL arasında ()
- Ayda 5000-9999 arasında ()
- Ayda 10.000 TL ve üzeri ()

Ek B. Yeme Tutum Testi (YTT-26)

Açıklama: Bu ölçek, profesyonel dikkat gerektiren bir yeme bozukluğunuz olup olmadığını belirlemede size yardımcı olan bir tarama ölçeğidir. Bu tarama ölçeği yeme bozukluğu tanısı konulması veya profesyonel danışmanlığın yerini alması için geliştirilmemiştir. Aşağıda yer alan formu doğru, dürüstçe ve mümkün olduğunca eksiksiz doldurunuz. Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Tüm cevaplarınız gizli kalacaktır.						
Aşağıda yer alan her bir ifade için size uygun gelen bir şıkı işaretleyiniz.	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
2. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
3. Kendimi sürekli yemek düşünürken bulurum.						
4. Yemek yemeyi durduramadığımı hissettiğim zamanlar olur.						
5. Yiyeceğimi küçük parçalara bölerim.						
6. Yediğim yiyeceklerin kalorisini bilirim.						
7. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
8. Başkaları, benim daha fazla yememi tercih ediyorlar gibi gelir.						
9. Yemek yedikten sonra kusarım.						
10. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
11. Zayıf olma arzusu zihnimi meşgul eder.						
12. Egzersiz yaptığımda, harcadığım kalorileri düşünürüm.						
13. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
14. Vücudumda yağ birikeceği (şişmanlayacağım) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
15. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
16. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
17. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
18. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
19. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
20. Yemek yeme konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.						
21. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok fazla zamanımı alır.						
22. Tatlı yedikten sonra rahatsız hissedirim.						
23. Diyet yaparım.						
24. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
25. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						
26. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
© Copyright: EAT-26: (Garner et al. 1982, <i>Psychological Medicine</i> , 12, 871-878); D. Garner'ın izniyle adaptasyonu yapılmıştır.						

Ek C. ORTO-11 Ölçeği

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 artırır 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?	☐	☐	☐	☐

Ek D. Bilişsel Esneklik Envanteri

Aşağıdaki ifadelerin size ne kadar uygun olduğunu göstermek için lütfen ifadelerin solunda yer alan ölçeği kullanınız.		Hiç uygun değil	Pek uygun değil	Kararsızım	Uygun	Tamamen uygun
1.	Durumları "tartma" konusunda iyiyimdir.	1	2	3	4	5
2.	Zor durumlarla karşılaştığımda karar vermekte güçlük çekerim.	1	2	3	4	5
3.	Karar vermeden önce çok sayıda seçeneği dikkate alırım.	1	2	3	4	5
4.	Zor durumlarla karşılaştığımda kontrolümü kaybediyormuşum gibi hissederim.	1	2	3	4	5
5.	Zor durumlara değişik açılardan bakmayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
6.	Bir davranışın nedenini anlamak için önce, elimdeki dışında ek bilgi edinmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
7.	Zor durumlarla karşılaştığımda öyle strese girerim ki sorunu çözecek bir yol bulamam.	1	2	3	4	5
8.	Olaylara başkalarının bakış açısından bakmayı denerim.	1	2	3	4	5
9.	Zor durumlarla baş etmek için çok sayıda değişik seçeneğin olması beni sıkıntıya sokar.	1	2	3	4	5
10.	Kendimi başkalarının yerine koymakta başarılıyım.	1	2	3	4	5
11.	Zor durumlarla karşılaştığımda ne yapacağımı bilemem.	1	2	3	4	5
12.	Zor durumlara farklı açılardan bakmak önemlidir.	1	2	3	4	5
13.	Zor durumlarda nasıl davranacağıma karar vermeden önce birçok seçeneği dikkate alırım.	1	2	3	4	5
14.	Durumlara farklı bakış açılarından bakarım.	1	2	3	4	5
15.	Hayatta karşılaştığım zorlukların üstesinden gelmeyi becerebilirim.	1	2	3	4	5
16.	Bir davranışın nedenini düşünürken mevcut bütün bilgileri ve gerçekleri dikkate alırım.	1	2	3	4	5
17.	Zor durumlarda, şartları değiştirecek gücümün olmadığını hissederim.	1	2	3	4	5
18.	Zor durumlarla karşılaştığımda önce bir durup çözüm için farklı yollar düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
19.	Zor durumlarla karşılaştığımda birden çok çözüm yolu bulabilirim.	1	2	3	4	5
20.	Zor durumlara tepki vermeden önce birçok seçeneği dikkate alırım.	1	2	3	4	5

Ek E. Maudsley Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği

MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsa “DOĞRU” yı değilse “YANLIŞ”ı daire içine alınız. Lütfen soruların hepsini cevaplandırınız.

1	Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım	Doğru	Yanlış
2	Sık sık hoşla gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim	Doğru	Yanlış
3	Dürüstlüğü herkesten çok önem veririm	Doğru	Yanlış
4	İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım	Doğru	Yanlış
5	Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım	Doğru	Yanlış
6	Sık sık havagazını, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim	Doğru	Yanlış
7	Değişmez kurallarım vardır	Doğru	Yanlış
8	Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen hemen hergün beni rahatsız eder	Doğru	Yanlış
9	Kaza ile bir başkasına çarptığımda rahatsız olurum	Doğru	Yanlış
10	Hergün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam	Doğru	Yanlış
11	Çocukken annem de babam da beni fazla sıkımlardı	Doğru	Yanlış
12	Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor	Doğru	Yanlış
13	Çok fazla sabun kullanırım	Doğru	Yanlış
14	Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur	Doğru	Yanlış
15	Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim	Doğru	Yanlış
16	Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım	Doğru	Yanlış
17	Temizliğe aşırı düşkünüm	Doğru	Yanlış
18	Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim	Doğru	Yanlış
19	Pis tuvaletlere giremem	Doğru	Yanlış
20	Esas sorunun bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir	Doğru	Yanlış
21	Mikrop kapmak ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım	Doğru	Yanlış
22	Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim	Doğru	Yanlış
23	Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım	Doğru	Yanlış
24	Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissedirim	Doğru	Yanlış
25	Aldığım bir işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım	Doğru	Yanlış
26	Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır	Doğru	Yanlış
27	Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım	Doğru	Yanlış
28	Hergün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.	Doğru	Yanlış
29	Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır	Doğru	Yanlış
30	Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam	Doğru	Yanlış
31	Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar hatta aylarca hiçbirşeye el sürmediğim olur	Doğru	Yanlış
32	En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım	Doğru	Yanlış
33	Çoğu zaman büyük bir hata yada kötülük yaptığım duygusuna kapılırım	Doğru	Yanlış
34	Sık sık kendime birşeyleri dert edinirim	Doğru	Yanlış
35	Önemsiz ufak tefek işlerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm	Doğru	Yanlış
36	Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır	Doğru	Yanlış
37	Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder	Doğru	Yanlış

Kontrol:___ Temizlik:___ Yavaşlık:___ Kuşku:___

Toplam:___