T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

ORTOREKSİYA NERVOZANIN YORDAYICILARI OLARAK YEME TUTUMU, DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ, ANKSİYETE, DEPRESYON VE BENLİK SAYGISI

Yüksek Lisans Tezi

Şenay DERELİ KÜÇÜKARDA

Danışman: Doç.Dr. Elif YÖYEN

İstanbul, 2023

ÖZET

ORTOREKSİYA NERVOZANIN YORDAYICILARI OLARAK YEME TUTUMU, DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ, ANKSİYETE, DEPRESYON VE BENLİK SAYGISI

Ortoreksiya nervoza (sağlıklı yeme takıntısı) sağlıklı besinler tüketimiyle ilgili aşırı meşguliyeti anlatan bir durumdur. Henüz Ruhsal Bozukluklar Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda yer almamaktadır ancak son yıllarda ortoreksiya nervoza hakkında bilimsel çalışmalar çoğalmıştır. Yapılan bu çalışmada amaç 0-36 aylık bebeği olan annelerin ortoreksiya nervoza yatkınlığını incelemektir. Ayrıca bu sırada ortoreksiya nervoza ile ilgili olabileceği düşünülen sosyodemografik değişkenlerle birlikte Yeme Tutumu, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Depresyon, Anksiyete ve Benlik Saygısı ölçekleriyle ortoreksiya nervozanın ilişkisine bakılmıştır. Araştırma verilerini toplamak amacıyla Ortoreksiya Nervoza Değerlendirme Ölçeği Kısa Formu (ORTO-11), Yeme Tutumu Kısa Formu (YTT-26), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) kullanılmıştır. Araştırmaya 0-36 aylık (x=17,41 ss=10,90) çocuğu olan 380 kadın katılmıştır. Katılımcılara ölçekler, online olarak sosyal medya platformları üzerinden gönderilmiştir. Verilerin analizi SPSS programı 25 paket programı ile yapılmış ve araştırma hipotezlerini test etmek için Bağımsız Gruplar t-Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi ve Pearson Korelasyon Analizi, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi, Hiyerarşik Regresyon Analizi uygulanmış ve anlamlılık $p<0.05$ olarak alınmıştır. Yapılan analizler sonucunda, ORTO-11 ile YTT-26 puanları arasında (r=-,407**, p<. 001) negatif yönlü orda düzeyli bir ilişki olduğu anlaşılmıştır. Doğrusal regresyon analizi sonucuna göre ortoreksiya nervozanın yeme tutumu ölçeği, depresyon ve anksiyete envanterleri tarafından yordandığı tespit edilmiştir. Uygulanan hiyerarşik regresyon analizine göre yeme tutumu ölçeği, doğal/saf gıda tüketme durumu, beslenme düzenine dikkat etme durumu ve sağlıklı beslenmeyle ilgili doğru bilgiler edinildiğinde bu bilgiler doğrultusunda davranışlarını değiştirme durumunun ortoreksiya nervozayı yordadığı tespit edilmiştir. Bulgular ilgili literatür ışığında tartışılmış ve gelecek çalışmalar için önerilere yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ortoreksiya nervoza, yeme tutumu, annelik, anksiyete.

ABSTRACT

EATING ATTITUDES, DIFFICULTIES IN EMOTION REGULATION, ANXIETY, DEPRESSION AND SELF ESTEEM AS PREDICTORS OF ORTHOREXIA NERVOSA

Orthorexia nervosa (obsession with healthy eating) is a condition that describes excessive preoccupation with the consumption of healthy foods. It is not yet included in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, but scientific studies on orthorexia nervosa have increased in recent years. The aim of this study is to examine the susceptibility of mothers with 0-36 months old babies to orthorexia nervosa. In addition, the relationship between orthorexia nervosa and Eating Attitude, Difficulty in Emotion Regulation, Depression, Anxiety and Self-Esteem scales, along with sociodemographic variables thought to be related to orthorexia nervosa, was examined. In order to collect research data, Orthorexia Nervosa Rating Scale Short Form (ORTO-11), Eating Attitude Short Form (YTT-26), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Rosenberg Self-Esteem Scale (RBSS), Beck Depression Inventory (BDI), and Beck Anxiety Inventory (BAI) was used. 380 women with children aged 0-36 months (x=17.41 sd=10.90) participated in the study. Scales were sent to the participants online via social media platforms. The analysis of the data was made with the SPSS program 25 package program and Independent Groups t-Test, One Way Analysis of Variance and Pearson Correlation Analysis, Multiple Linear Regression Analysis, Hierarchical Regression Analysis were applied to test the research hypotheses and the significance was taken as $p<0.05$. As a result of the analyzes made, it was understood that there was a moderately negative correlation between ORTO-11 and EAT-26 scores (r=-.407**, p<. 001). According to the results of linear regression analysis, it was determined that orthorexia nervosa was predicted by the eating attitude scale, depression and anxiety inventories. According to the hierarchical regression analysis applied, it was determined that when the correct information about the eating attitude scale, natural/pure food consumption status, the state of paying attention to the diet and healthy nutrition is obtained, the state of changing behaviors in line with this information predicts orthorexia nervosa. The findings were discussed in the light of the relevant literature and suggestions for future studies were included.

Keywords: Orthorexia nervosa, eating attitude, motherhood, anxiety.

ÖNSÖZ

Tez sürecinde bana destek olan birçok kişi oldu. Öncelikle bu süreçte verdiği destek, ilgi ve geri bildirimleri için tez danışmanım Doç. Dr. Elif Yöyen'e teşekkürlerimi sunarım.

Tez jürimde yer alan ve değerli geri bildirimlerini paylaşan Prof. Dr. Mustafa Bilici ve Dr. Öğretim Üyesi Tuğba Yılmaz'a jürimde yer aldıkları ve katkıları için teşekkür ederim**.**

Tüm eğitim sürecimde her zaman yanımda olan ve eğitimimle ilgili büyük fedakarlıklar yapan sevgili annem Meliha Dereli ve sevgili babam Sabri Dereli'ye ve canım kardeşim Ahmet Dereli'ye çok teşekkür ederim.

Tez sürecimde benim yanımda olan, veri toplama sırasında ellerinden gelen bütün desteği veren geniş aileme bütün emekleri için çok teşekkür ederim.

Canımdan daha can olan sevgili arkadaşım Şeyma Genç'e en zor zamanlarımda yanımda olduğu ve bu süreci geçirmemde büyük desteği olduğu için çok teşekkür ederim.

Ve son olarak bu sürecin zorluğunu ve stresini benimle paylaşan, beni her zaman destekleyen ve her zaman yanımda olan sevgili eşim Arif Atalay Küçükarda'ya teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ii
ABSTRACT iii
ÖNSÖZ iv
İÇİNDEKİLER v
KISALTMALAR viii
TABLOLAR DİZİNİ ix
BÖLÜM I 1
GİRİŞ 1
1.1.Problem Durumu 1
1.2.Araştırmanın Amacı 3
1.3.Araştırmanın Önemi 4
1.4.Araştırmanın Varsayımları 4
1.5.Araştırmanın Sınırlılıkları 5
1.6.Tanımlar 5
BÖLÜM II 6
KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR 6
2.1. Ortoreksiya Nervoza 6
2.1.1. Tanı Kriterleri 7
2.1.2. Sınıflandırma 8
2.2. Yeme Tutumu 11
2.2.1. Yeme Tutumu ile Ortoreksiya Nervoza İlişkisi 12
2.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü 13
2.3.1. Duygu Düzenleme Güçlüğü ile Ortoreksiya Nervoza İlişkisi 15
2.4. Benlik Saygısı 16
2.4.1.Benlik Saygısı ile Ortoreksiya Nervoza İlişkisi 17
2.5.Depresyon 18
2.5.1.Depresyon ile Ortoreksiya Nervoza İlişkisi 19
2.6.Anksiyete 20
2.6.1.Anksiyete ile Ortoreksiya Nervoza İlişkisi 22

BÖLÜM III 23
GEREÇ VE YÖNTEM 23
3.1. Araştırmanın Modeli 23
3.2. Araştırmanın Örneklemi 23
3.3. Veri Toplama Araçları 27
3.3.1. Demografik Bilgi Formu 27
3.3.2. ORTO-11 27
3.3.3. Yeme Tutumu Testi Kısa Formu (YTT-26) 28
3.3.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ-36) 29
3.3.5. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) 29
3.3.6. Beck Depresyon Envanteri 30
3.3.7. Beck Anksiyete Envanteri 30
3.4. İşlem 30
3.5. Verilerin Analizi 31
BÖLÜM IV 32
BULGULAR 32
4.1. Ölçeklerin Normallik Dağılımları ve Güvenirlilikleri 32
4.2. ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine Yönelik Betimleyici Verilerin Analizi ... 33
4.3.ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesine Yönelik Bulgular 35
4.4 Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Yönelik Bulgular 57
4.5. Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Ortoreksiya Nervoza Ölçeği puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesine Yönelik Bulgular 59
4.7. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Çocukların Yaşlarına Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular 61
BÖLÜM V 65

TARTIŞMA 65
5.1.Demografik Değişkenlere Yönelik Bulguların Tartışılması 65
5.2. Korelasyonuna Bulgularının Tartışılması 74
5.3. Ortoreksiya Nervozanın Yordayıcılarına Yönelik Doğrusal Regresyon Analizi Bulgularının Tartışılması 76
5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri 80
Mevcut çalışma, ortoreksiya nervoza ile ilgili dinamikleri daha iyi anlayabilmek için anneler örnekleminde yapılan birkaç çalışmadan biridir. 80
5.6. Sonuç 81
KAYNAKÇA 83
EKLER 98
EK 1 98
EK 2 99
EK 3 102
EK 4 103
EK 5 105
EK 6 108
EK 7 110
EK 8 113

KISALTMALAR

ON	Ortoreksiya Nervoza
AN	Anoreksiya Nervoza
BN	Bulimia Nervoza
BKİ	Beden Kitle İndeksi
OKB	Obsesif-Kompulsif Bozukluk
DSM 5	Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı 5
YTT-26	Yeme Tutum Testi Kısa Formu

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri 23
Tablo 2. Açık Uçlu Değişkenler İçin Betimleyici İstatistikler 26
Tablo 3. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği için Cronbach's Alfa Güvenirlik Analizi Sonuçları 32
Tablo 4. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi ve alt ölçekleri, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ve alt ölçekleri, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği için Normallik Testi Sonuçları 33
Tablo 5. Ortoreksiya Nervoza-11 Ölçeği İçin Betimleyici İstatistikler 33
Tablo 6. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği İçin Betimleyici İstatistikler 34
Tablo 7. Yeme Tutumu Testi İçin Betimleyici İstatistikler 34
Tablo 8. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği İçin Betimleyici İstatistikler 34
Tablo 9. Beck Depresyon Ölçeği İçin Betimleyici İstatistikler 35
Tablo 10. Beck Anksiyete Ölçeği İçin Betimleyici İstatistikler 35
Tablo 11. ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Çalışma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları 36
Tablo 12. ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Sigara Kullanma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları 36
Tablo 13. ORTO-11, Yeme Tutumu Testi Kısa Formu, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Alkol Kullanma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları 37
Tablo 14. ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Kronik Hastalık Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları 38

Tablo 15. ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Sağlık Durumu Değerlendirme İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları 39
Tablo 16. ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Psikiyatrik Tanı Bulunma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları 40
Tablo 19. ORTO-11, Yeme Tutumu Testi Kısa Formu, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Geçmişte Diyet Yapma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları 43
Tablo 20. ORTO-11, Yeme Tutumu Testi Kısa Formu, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları 44
Tablo 21. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Yemek Yeme Biçimine Göre İncelenmesine Yönelik Mann Whitney U Testi Sonuçları 45
Tablo 22. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Doğal Gıda Tüketmeye Özen Gösterme Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları ... 46
Tablo 23. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Gebelik Şekline Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları 47
Tablo 24. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Düşük/Ölüm Öyküsü Bulunma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları 47
Tablo 25. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg

Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Beslenme Hakkında Bilgi Alındığında Davranış Değişikliğine Gitme Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik ANOVA Sonuçları 48
Tablo 26. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Eğitim Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları 50
Tablo 27. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Çocuk Sayısına Göre İncelenmesine Yönelik Kruskal Wallis H Testi Sonuçları 50
Tablo 28. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Gelir Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Kruskal Wallis H Testi Sonuçları 51
Tablo 29. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Kiloya Göre İncelenmesine Yönelik Kruskal Wallis H Testi Sonuçları 53
Tablo 30. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Kendilik Algısına Göre İncelenmesine Yönelik Kruskal Wallis H Testi Sonuçları 54
Tablo 31. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Beslenme Düzenine Dikkat Etme Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Kruskal Wallis H Testi Sonuçları 55
Tablo 32. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanları ile Açık Uçlu Değişkenler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Yönelik Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları 56
Tablo 34. Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının

Ortoreksiya Nervoza Ölçeği Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları 59
Tablo 36. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği Puanlarının Emzirme Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları 61
Tablo 37. Yeme Tutumu Testi Puanlarının Emzirme Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları 62
Tablo 38. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Puanlarının Emzirme Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları 62
Tablo 39. Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Emzirme Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları 63
Tablo 40. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Emzirme Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları 63
Tablo 41. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Emzirme Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları 64

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1.Problem Durumu

İnsanoğlu yaşamını sürdürebilmek için beslenmek zorundadır. Sağlıklı yeme davranışı sayesinde kişinin fiziksel ve psikolojik sağlığı yolunda giderken, bozulmuş yeme tutumu ve davranışı nedeniyle bireylerin hayat standardı kötü yönde etkilenmekte ve hatta yeme bozuklukları ortaya çıkabilmektedir.

Ortoreksiya Nevroza (ON), pratisyen bir hekim olan Stevan Bratman (1993) tarafından kendi klinik deneyiminden yararlanarak ortaya atılmış yeni bir kavramdır (Bratman, 1997:43). Bratman bu yeni kavramın yeni bir yeme bozukluğu türü olabileceğini ifade etmiştir (Arguedas, 2019:1; Bratman, 2017:4). Bratman (2017) bazı hastalarının yedikleri yiyeceklerin sağlıklı olup olmadığıyla aşırı uğraş ve takıntı halinde olduğunu fark etmiş, bu yeni kavrama anoreksiya nervoza kavramına benzer olarak 'orthos' yani doğru-düzgün, 'orexis' yani açlık anlamına gelen ve dilimize Yunan dilinden geçen ortoreksiya nervoza adını vermiştir (Bratman, 2017:1). Ortoreksiya nervoza literatürde sağlıklı yeme takıntısı olarak da bilinir. Ortoreksiya nervozanın dinamiklerini öğrenmek amacıyla son yıllarda çalışmalar hızla artmaktadır. Buna rağmen teşhise ve tedaviye daha iyi odaklanabilmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (Dunn, Bratman 2016:16).

Ortoreksiya nervoza henüz Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı 5'te ve Uluslararası Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Sınıflandırılması'nda yer alan bir bozukluk değildir ancak bu konuda çalışmalar devam etmektedir (Cheshire vd. 2020; Seldlak 2019; Şengül,Hocaoğlu 2019:102).

Bratman (2017) sağlıklı yeme davranışının bir süreç olduğunu ifade eder. Ona göre sağlıklı yeme takıntısının yanı sıra buna eşlik eden obsesif düşünceler, kısıtlama ve kendini cezalandırma gibi davranışlar gelişmeye başladığında sağlıklı yeme davranışının patolojik olarak sorunlu bir davranışa dönüşmeye başlar (Bratman 2017:3). Patolojik olarak sağlıklı yeme davranışının yani ortoreksiya nervozanın gelişmesi kişide çeşitli psikolojik ve fizyolojik sorunların oluşmasına neden olur. Bu kişiler belli tür yiyeceği aramak/hazırlamak için oldukça uzun bir zaman ve enerji harcar. Belli yiyecekleri göz ardı ettikleri için yetersiz beslenip ve sağlık sorunları yaşayabilir, sağlıksız olarak nitelendirdikleri yiyecekleri yemek zorunda kaldıklarında çok yoğun bir suçluluk hissedebilir, ayrıca sağlıklı yeme davranışını ailelerinin veya arkadaşlarının yanında sürdürmekte zorlanabilecekleri için yemeklerini izole bir şekilde yemek zorunda kalabilirler. Bu durum bu kişilerin giderek yalnızlaşmasına ve sosyal ortamlardan uzak kalmasına yol açar (Koven vd. 2015; Şengül & Hocaoğlu, 2019).

Sağlıklı beslenme her yaştan birey için çok önemliyken özellikle çocukların gelişimine katkısı çok büyüktür. Çocukların erken dönemde edindiği sağlıkla ilgili alışkanlıkların ilerdeki dönemlerinde de

benzer şekilde devam edeceğini ifade eden ve erken dönemdeki yeme davranışlarına odaklanan çalışma sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Yaşamın ilk yıllarında sağlıklı beslenmeyi teşvik edici çabaların, hayat boyu yeme davranışları etkileme ihtimalinden bahsedilmektedir (Fisk vd. 2010:28; Michels vd. 2012:762). Yapılan bir araştırmaya göre, 0-3 yaş arası bebeklerin beslenmeleriyle ilgili olan en önemli durumun annenin beslenme kalitesiyle ilgili olduğu bulunmuştur (Akt. Fisk vd. 2010:288). Özenli bir yeme düzenine sahip çocukların, aynı şekilde özenli ve sağlıklı yeme düzenine uyum sağlayan bir anneye sahip olduğu, bu annelerin diğer annelerden daha yüksek bir eğitime sahip olduğu, sigara içmedikleri ve daha düşün bir BKİ'lerinin olduğu yapılan araştırmada bulunmuştur. Ayrıca bu çalışma bebeklerin beslenme düzenini yordayan faktörleri de incelemişler ve en yüksek oran olarak annenin beslenme düzeni olduğunu açıklamışlardır. Yani kısaca bu çalışmaya göre, annenin beslenme düzeninin çocuğun beslenme düzenini %30,5 oranında yordadığı belirlemiştir (Akt. Fisk vd. 2010:291). Psikopatolojinin ağ teorisine göre (Borsboom 2017) tetikleyici bir olay bir semptomu aktive edebilir, bu semptomun açığa çıkması ilgili diğer semptomların da aktive olması olasılığını arttırabilir (Borsboom 2017:5). Ağ modelini mevcut araştırmaya entegre ettiğimizde gebelik, doğum süreci ve ardından bir canlının hayatını sağlıklı bir şekilde sürdürmesini istemek tetikleyici bir etkiyi başlatabilir. Ardından bu istek/motivasyon sağlıklı beslenmeye dair meşguliyeti arttırabilir. Gebelik ve doğum sonrası uygunsuz beslenme davranışları ve yeme bozukluklarının ortaya çıkması bebek beslenme güçlükleri gibi klinik ve psikolojik sorunlara neden olmaktadır (Çelik, Samur 2018:130-131). Doğum sonrası annenin yaşam tarzında meydana gelen değişiklikler emzirme dönemi olduğu için annenin ve bebeğin sağlığını doğrudan etkiler. Bebeğini emziren annelerin dengeli beslenmesi hem kendi bedensel ihtiyaçları hem de bebeğin sağlıklı büyümesi için gereklidir. Bazı annelerin doğumun ardından çeşitli endişeler nedeniyle sağlıklı beslenmek için bilinçli olarak ya da bilinçsizce uygulamalar yapabilmektedir. Bu durum anneleri sağlıklı beslenmeyle ilgili patolojik bir noktaya getirebilmekte ve ortoreksiya nervoza "sağlıklı beslenme takıntısı" eğilimine neden olabilmektedir (Eken vd. 2020:1; Başer, Cankurtaran 2021:218).

Literatüre baktığımızda ortoreksiya nervoza ile ilgili olan çalışmaların genellikle sağlıkla ilgilenen/sağlık eğitimi görmüş bireyler üzerinde olduğunu görürüz. Bu çalışmalar sağlıkla ilgili bilgi edinmenin ortoreksiya nervoza yatkınlığını arttıracağını düşünmektedirler. Anne olmanın ortoreksiya nervoza için bir risk faktörü olup olmadığını araştıran çalışma sayısı bir elin parmaklarını geçmeyecek durumdadır. Mevcut tez çalışması, 0-3 yaş arasında çocuğu olan annelerin ortoreksiya nervoza yatkınlıklarına ve ortoreksiya nervoza ile ilgili olabilecek değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkisine odaklanarak alan yazındaki var olan boşluğu doldurmayı hedeflemektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı ortoreksiya nervoza ve ortoreksiya nervoza ile ilgili olabilecek değişkenleri (yeme tutumu, duygu düzenleme güçlüğü, benlik saygısı, anksiyete ve depresyon) 0-36 aylık çocuğu olan anne örnekleminde incelemektir. Aynı zamanda annelerin ortoreksiya nervoza yatkınlığını yordayan değişkenleri araştırmak amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda yapılan çalışmanın araştırma problemi;

1. Katılımcıların ortoreksiya nervoza yatkınlıkları ve sosyo-demografik değişkenler arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
2. Annelerin ortoreksiya nervoza düzeyleri ile yeme tutumları ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. Annelerin ortoreksiya nervoza düzeyleri ile duygu düzenleme güçlüğü ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
4. Annelerin ortoreksiya nervoza düzeyleri ile benlik saygıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
5. Annelerin ortoreksiya nervoza düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
6. Annelerin ortoreksiya nervoza düzeyleri ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Araştırmanın alt problemleri ise aşağıdaki gibidir:

1. Yeme tutumu, annelerin ortoreksiya nervoza yatkınlığını anlamlı bir şekilde yordar mı?
2. Duyguları düzenlemekte yaşanan güçlük annelerin ortoreksiya nervoza yatkınlığını anlamlı bir şekilde yordar mı?
3. Benlik saygısı annelerin ortoreksiya nervoza yatkınlığını anlamlı bir şekilde yordar mı?
4. Anksiyete düzeyi annelerin ortoreksiya nervoza yatkınlığını anlamlı bir şekilde yordar mı?
5. Depresyon düzeyi annelerin ortoreksiya nervoza yatkınlığını anlamlı bir şekilde yordar mı?
6. Literatürde ortoreksiya nervoza ile ilgili olabileceği ifade edilen sosyo-demografik değişkenler ortoreksiya nervoza yatkınlığını anlamlı bir şekilde yordar mı?

Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir:

- Katılımcıların YTT-26 ile ORTO-11 puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.
- Katılımcıların ortorektik yatkınlığı ile duygu düzenleme güçlükleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.
- Katılımcıların BDE ile ORTO-11 puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.
- Katılımcıların anksiyete eğilimleri ile ortoreksiya nervoza yatkınlığı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

- Katılımcıların ortorektik yatkınlığı ile benlik saygısı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.
- Yeme tutumu ortoreksiya nervozayı anlamlı düzeyde yordamaktadır.
- Duygu düzenleme güçlükleri ortoreksiya nervozayı anlamlı düzeyde yordamaktadır.
- Depresyon ortoreksiya nervozayı anlamlı düzeyde yordamaktadır.
- Anksiyete ortoreksiya nervozayı anlamlı düzeyde yordamaktadır.
- Benlik saygısı, katılımcıların orotektik yatkınlığını anlamlı düzeyde yordamaktadır.

1.3.Araştırmanın Önemi

Literatüre baktığımızda ortoreksiya nervozanın çok yeni bir kavram olduğu görülmektedir. Bu nedenle ortoreksiya nervoza hakkında bilgi birikimimiz oldukça sınırlıdır. Ayrıca bu konuda edinilen bilgilerin ve araştırma sonuçlarının tartışmalı olması ilerlemeyi engellemektedir (Douma vd. 2020:1). Ortoreksiya nervoza ile ilgili çalışmalar çoğunlukla belli gruplarda yoğunlaşmıştır. Bu grupların dışında ortoreksiya nervoza ile ilgili araştırmalar oldukça kısıtlıdır. Kendisine muhtaç bir canlı dünyaya getiren annelerin, bebeğin bakımı ve beslenmesine vereceği önem nedeniyle ortoreksiya nervozaya yatkın olabilecekleri düşünülmektedir. Literatürde ortoreksiya ve annelik üzerine yapılmış sadece bir çalışma olması nedeniyle, bu alanda bilgi birikimi çok sınırlıdır. Yapılan çalışma ile bu konudaki eksikliğin giderilmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca ek olarak bu araştırma ortoreksiya nervozayı yordayacağı düşünülen değişkenleri 0-36 aylık çocukları olan anneler örnekleminde inceleyerek literatüre katkı sağlamak hedeflenmektedir.

Ortoreksiya nervozanın ilerlemesi halinde, bireyin sağlık durumunun riske girebileceği araştırmalar tarafından ortaya konmuştur. Ek olarak kişinin sosyal hayatının bozulması, yemekle ilgili ayrılan sürenin uzaması annenin bebeği ile ilgili bağını etkileyebileceği için ortoreksiya nervozanın bir halk sağlığı problemi olabileceği düşünülmektedir. Tüm bu nedenlerden ötürü, ortoreksiya nervoza hakkında bilgi edinmek ortoreksiya nervozanın tedavi basamakları için oldukça önemlidir. Tedavi protokolünün belirlenebilmesi amacıyla ortoreksiya nervoza hakkında yapılan çalışmaların artması gerekmektedir. Ortoreksiya nervoza ile ilgili her yeni çalışma tedavi planına eklenen yeni bir dokunuş olacaktır.

1.4.Araştırmanın Varsayımları

1. Araştırmaya katılan katılımcıların evreni temsil ettiği varsayılmıştır.
2. Araştırmada kullanılan ölçme araçlarının ölçülmek istenilen değişkenleri tam olarak ölçtüğü varsayılmıştır.
3. Araştırmaya katılan katılımcıların soruları kendilerini tam olarak yansıtarak, samimi ve doğru bir şekilde cevapladıkları varsayılmıştır.

1.5.Araştırmanın Sınırlılıkları

1.Araştırma verileri SARS-CoV-2 salgını nedeniyle çevrimiçi olarak elde edilmiştir.

2. Araştırma örneklemi 0-36 aylık bebeği olan annelerle sınırlıdır.

3.Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgi formu, Ortoreksiya Nevroza Değerlendirme Testi Kısa Formu (ORTO-11), Yeme Tutumu Ölçeği Kısa Formu (YTT-26), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) ile sınırlıdır.

1.6.Tanımlar

Ortoreksiya Nervoza: Sağlıklı olarak algılanan yiyecekleri yeme üzerine aşırı zihinsel uğraşı anlatan bir kavramdır.

Yeme Tutumu: Bireyin beslenme ve yemekle ilgili düşüncelerini anlatan bir kavramdır.

Duygu Düzenleme Güçlüğü: Kişinin kendi duygusal tepkilerini anlamlandırma ve bunlara uyum sağlamadaki zorluklara atıfta bulunan çok boyutlu bir kavramdır.

Benlik Saygısı: Bireyin kendisiyle ilgili duygular bütünüdür.

Depresyon: Üzüntü, ilgi ya da zevk kaybı, suçluluk duygusu ya da düşük öz değer, uyku ya da iştahsızlık, yorgunluk hissi ve zayıf konsantrasyon ile karakterize yaygın bir zihinsel bozukluktur. (WHO 2017: 7).

Anksiyete: Anksiyete, kişinin tedirginlik ve endişe duygusunun belirsiz koşullar tarafından tetiklendiği psikolojik bir durumu ifade eder.

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Ortoreksiya Nervoza

Ortoreksiya nervoza (ON), 1997 yılında bir doktor olan Steven Bratman tarafından Bratman'ın kendi klinik tecrübesinden yola çıkılarak ortaya atılmış bir kavramdır. Bratman, Yunanca doğru, düzgün anlamına gelen *'ortho'* ve açlık anlamındaki *'oreksis'* kelimelerini birleştirerek 'doğru beslenme' anlamına gelen 'ortoreksiya' terimini oluşturmuştur. Ortoreksiya nervoza literatürde 'sağlıklı beslenme takıntısı' olarak da geçmektedir (Bratman 2017:1). Sağlıklı yeme takıntısı bir süreci anlatır. Başlangıçta sağlıklı yiyecekleri tüketme isteği olarak başlayan bu durum zamanla ilerleyerek sağlıklı yiyecekleri tüketmek üzerine bir takıntıya dönüşür ve patolojik bir hal alır (Bratman 2017:3; Varga vd. 2012:107).

Ortoreksiya nervoza henüz, Amerikan Psikiyatri Derneğinin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5 (DSM-5)'te yer almamaktadır. Ancak DSM-5'te yer alan yeme bozukluklarıyla ortak ve ayrılan yönleri vardır (Arusoğlu 2008:284). Ortoreksiya nervozada olduğu gibi anoreksiya nervoza (AN) ve bulimia nervozada (BN) da kişiler yeme davranışına aşırı önem atfederler (Arusoğlu 2006:17). Ancak ortoreksiya nervozada birey diğer yeme bozukluklarının aksine yiyeceğin miktarına değil yiyeceğin kalitesine ve saflığına odaklanmaktadır. AN ve BN'de temel hedef kilo kaybının gerçekleşmesi iken ortoreksiya nervozada kilo kaybı doğal olarak ortaya çıkabilir. Bunların yanında yeterli beslenme eksikliği nedeniyle yeme bozukluklarının bütününde çeşitli sağlık sorunları görülür (Varga vd 2012:105).

Ortoreksiya nervoza fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak çeşitli sorunlara yol açar. Tıbbi rahatsızlık olarak yetersiz beslenmenin ve kilo kaybının yol açtığı sorunlar (osteopeni, kansızlık, pansitopeni, metabolik asidoz), çeşitli mide sorunları ve hatta kalp yetmezliği görülebilirken; psikolojik olarak sağlıklı yiyeceklerle olan aşırı meşguliyet günlük yaşamda çeşitli işlevsel sorunlara neden olabilir, kişi sağlıklı yeme davranışını ihlal ettiğinde suçluluk duyguları ve kendinden iğrenme duyguları oluşabilir. Sosyal anlamda ise ortorektik bireyler yalnız yemeği tercih ettikleri ve kendilerinden farklı olana hoşgörüsüz oldukları için giderek daha izole bir yaşam sürmeye başlar ve dolayısıyla yakın ilişkileri de bu durumdan olumsuz olarak etkilenir (Varga vd. 2012:108; Koven, Abry 2015: 385; Mathieu 2005:1511).

Sağlıklı yeme takıntısı ile ilgili yapılan çalışmalarda birbirinden farklı ve zaman zaman birbiriyle çelişen sonuçlar bulunmuştur. Ortoreksiya prevalansı, örneklem ve metodolojiye bağlı olarak çalışmalar arasında değişiklik gösteriyor gibi görünmektedir (Hayles ve ark. 2017:125).

2.1.1. Tanı Kriterleri

Birçok örnek gösteriyor ki çoğu psikiyatrik bozukluk önceleri herhangi bir sınıflandırma sisteminde bile yer almazken, tanı kriterlerinin oluşturulması ile konu hakkı hakkında yapılan araştırmaların artmasıyla bilgi birikimimiz zenginleşmektedir (Arusoğlu vd. 2008:284). Her yeni kavramda olduğu gibi ortoreksiya nervozanın da henüz fikir birliğine varılmış bir tanımı ve tanı kriterleri bulunmamaktadır (Brytek-Matera 2012:55). ON hakkında henüz resmi olarak belirlenmiş bir tanı kriteri olmasa da çeşitli araştırmacılar yaptıkları çalışmalar sayesinde ON hakkında tanı kriterleri yayınlamışlardır. Aşağıda Morezo ve arkadaşlarının tanı kriterleri listelenmiştir arkadaşlarıdır (Morezo vd. 2015:17):

Kriter A: Yiyeceklerin kalitesi ve saflığıyla ilgili endişeli ve saplantılı meşguliyet halinde olma (Aşağıdaki maddelerin iki veya daha fazlası eşlik ediyorsa)

1. Besinlerin saflığıyla ilgili endişeli hal nedeniyle yetersiz beslenilen bir diyet uygulamak.
2. Sağlıksız gıdalar ya da saf olmayan yiyeceklerin fiziksel ve/veya psikolojik sağlığa olan etkisi hakkında kaygı duymak.
3. Sağlıksız olarak atfedilen her türlü yiyecek ve katkı maddesinden kaçınmak (hayvansal ürün, yağ, koruyucu ve katkı maddesi olabilir – kişinin sağlıksız olarak inanması yeterli).
4. İstenilen kalitede ve saflıkta bir yiyecek elde etmek için günde üç ya da daha fazla saat harcayarak okumalar yapmak ve/veya yemek hazırlamak (kişinin zamanını işi gereği kullanmadığı varsayılmıştır).
5. ‘’Sağlıksız’’ ve/veya ‘’saf olmayan’’ yiyeceklerin tüketilmesi nedeniyle suçluluk duymak ve endişelenmek.
6. Başka kişilerin beslenme şekillerine karşı hoşgörüsüz olmak.
7. Gelir miktarına oranla istenilen kalitede ve saflıkta yiyecek tüketebilmek için aşırı miktarda para harcamak.

Kriter B: Sağlıklı yeme takıntısı ve meşguliyeti aşağıdaki durumlar nedeniyle kişiye zarar verir hale gelir.

1. Bireyin yetersiz ve dengesiz beslenmesi sonucunda fiziksel sağlığının olumsuz olarak etkilenmesi.
2. Kişinin sağlıklı ve saf beslenme konularındaki takıntılı düşünceleri, inançları ve davranışları nedeniyle akademik, sosyal ve mesleki alanlardaki işlevselliğinin bozulması.

Kriter C: Bu bozukluk obsesif kompulsif bozukluk veya şizofreni ya da başka bir psikotik bozukluk gibi başka bir bozukluk nedeniyle ortaya çıkmamıştır.

Kriter D: Bu bozukluk, dini inanışlar nedeniyle oluşmamalı, herhangi bir gıda alerjisi nedeniyle uygulanmamalı ve tıbbi bir nedenden dolayı ortaya çıkmış olmamalıdır.

Dunn ve Bratman (2016), Morezo ve arkadaşlarının (2015) yayınladıkları tanı kriterlerinin ortoreksiya nervozadaki kilo kaybını ele almadığını öne sürerek sağlıklı yeme takıntısını daha iyi kavramsallaştırmak amacıyla yeni tanı kriterleri yayınlamışlardır (Dunn, Bratman 2016:16; Morezo vd.

2015:17). Bunu birçok uzmandan görüş alarak, ortorektik bireylerin yazdıkları raporları okuyarak ve vaka analizlerinden yararlanarak yapmışlardır. Yazarlar aşağıdakilerin dışındaki tanı kriterlerinin tanıyı koymaya değil tanıyı doğrulamaya yardımcı olacağını ifade etmektedir (Dunn, Bratman 2016:16). Dunn ve Bratman tarafından önerilen tanı kriterleri aşağıdadır (Dunn, Bratman 2016:16):

Kriter A: Aşağıdaki maddelerin kanıtladığı gibi; bir beslenme şekli ya da inançlar kümesinin oluşturduğu sağlıklı yeme üzerine aşırı zihinsel meşguliyet, sağlıksız olarak düşünülen yiyeceklerin seçilmesiyle ilgili aşırı abartılmış duygusal sıkıntı, yapılan seçimler nedeniyle ortaya çıkan kilo kaybı (öncelikli amaç kilo vermek değildir).

1. Bireyin sağlıklı olabilmek için sürdürdüğü olumlu ve kısıtlayıcı diyet içerikleriyle ilgili aşırı kısıtlayıcı (kompulsif) davranışlar ve/veya aşırı zihinsel meşguliyet.
2. Bireyin kendisine koyduğu kuralları ihlal ettiğinde ortaya çıkan utanç ve kaygı hislerinin eşlik ettiği abartılı hastalık korkusu, kirlilik duygusu ve olumsuz fiziksel duyumlar yaşaması.
3. Beslenme ile ilgili kısıtlamalar zamanla artarak bütün yiyecek gruplarının ortadan kaldırılmasına ve arındırıcı/detoks kabul edilen yiyeceklerin daha sık kullanılmasına, ‘’temizlenme’’ olarak adlandırılan kısmi oruçlara yol açabilir. Bunun sonucunda ise kilo kaybı amaçlanmasa bile kilo kaybı görünür.

Kriter B: Kısıtlayıcı davranış ve aşırı zihinsel meşguliyet aşağıdaki maddelerle görülürse bu durum klinik bir bozukluk olarak tanımlanır:

1.Yetersiz beslenme ve ciddi kilo kaybı sonucunda ortaya çıkan tıbbi komplikasyonlar.
2. Sağlıklı beslenmeyle ilgili inanç, tutum ve davranışlar nedeniyle oluşan mesleki, akademik ve sosyal işlevsellikte bozulma.
3. Kişinin benlik saygısı, öz değeri ve olumlu beden imajını sağlıklı yeme davranışı ile uyumu çerçevesinde değerlendirmesi.

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

Genel olarak baktığımızda ortoreksiya nervozanın resmi olmayan/geçici ana tanı kriterlerinin; sağlıklı beslenmeye karşı aşırı takıntılı düşünce ve meşguliyet, katı diyet kuralları ve kuralların ihlalini nedeniyle duyulan aşırı endişe ve duygusal sıkıntı hali olarak sıralayabiliriz (Strahler vd. 2018:1).

2.1.2. Sınıflandırma

Ortoreksiya nervoza ile ilgili yeterli ampirik bulgunun bulunmaması nedeniyle Amerikan Psikiyatri Derneğinin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5 (DSM-5)’te ve Uluslararası Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Sınıflandırılması (ICD-10)’nda yer almamaktadır. Bunun yanı sıra sağlıklı yeme takıntısının bir yaşam tarzı/fenomeni mi yoksa klinik bir bozukluk mu olduğu tartışılmaktadır. Ortoreksiya nervoza ile yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluklar arasında ortak noktalar vardır. Sağlıklı yeme takıntısı eğer psikiyatrik bir bozukluk ise ortoreksiya nervozanın

başlı başına ayrı bir bozukluk olarak mı kabul edileceği yoksa yeme bozukluğu veya obsesif kompulsif bozuklukların bir alt dalı olarak mı değerlendirileceği literatürde hala belirsizliğini korumaktadır (Byrtek-Matera 2012:58; Koven, Arby 2015:387; Şengül, Hocaoğlu 2019:102). Pontillo ve arkadaşları (2022), 2015-2022 yılları arasında ortoreksiya nervozanın klinik önemine ve sınıflandırmasına dair olan çalışmaları incelemişlerdir. Bu gözden geçirme çalışmasından elde edilen sonuçlara göre, sağlıklı yeme takıntısı olmayan kişilere kıyasla ortoreksiya nervoza olanların genel olarak işlevsellik düzeylerinin daha düşük olduğu ve ayrıca daha az yaşam doyumu aldığı, daha düşük bir refah düzeyine sahip olduğu, depresif belirtilerinin daha çok olduğu görülmüştür. Buna göre, ortoreksiya nervozanın sadece bir davranışsal/yaşam fenomeni olmadığı, ortoreksiya nervozanın önemli bir klinik durum olduğu ifade edilebilir (Pontillo vd. 2022:9).

Ortoreksiya nervoza ile ilgili yapılan araştırmalar sağlıklı yeme takıntısının yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluklar arasında önemli örtüşmelerinin olduğunu bulmuştur (Koven, Arby 2015: 386-387). Bu bölümde öncelikli olarak ortoreksiya nervozanın yeme bozukluklarıyla olan benzer ve farklı yönlerine değinilecek ve literatürde bu ilişkiye bakan çalışmalardan örnekler verilecektir. Ardından sağlıklı yeme takıntısı ile obsesif-kompulsif bozukluğun birbirine benzeyen ve birbirinden farklılaşan özellikleri aktarılacak ve literatürde bu konularla ilgili yapılan araştırmalar aktarılacaktır.

Ortorektik bireylerle yeme bozukluğu hastalıklarından biri olan anoreksiya nervozadan mustarip bireyler arasında ortak noktalar vardır. Öncelikle, ortoreksiya nervozada kişi yalnızca sağlıklı kabul ettiği yiyecekleri tüketmek amacıyla yiyecekleri kısıtlarken, anoreksiya nervozada ise alınan kalori miktarını azaltmak amacıyla yiyeceklerin kısıtlanması görülmektedir (Barthels vd. 2016:2). Yani her iki bozuklukta da kısıtlı yeme sonucunda ortaya çıkan belirgin bir kilo kaybı görünür. Ayrıca AN'de var olan mükemmeliyetçilik kişilik özelliği, kontrol ihtiyacı ve yüksek kaygı benzer şekilde ortoreksiya nervozada da görülür (Şengül, Hocaoğlu 2019:102). Ek olarak hem ortorektik hem de anoreksik kişiler için başarı çok önemlidir. Her iki grup için de diyetlerine uygun şekilde davranmak çok önemlidir ve dolayısıyla diyeti uygulama konusunda başarısız olduklarında bunu öz kontrol başarısızlığı olarak algılarlar. Yaşadıkları durumla ilgili içgörüleri zayıftır ve bu bozuklukların yol açtığı işlevsel bozulmaları inkâr ederler (Koven, Arby 2015:387). Ayrıca her iki bozukluk sonucunda da temel besinlerden eksik ve yetersiz beslenme nedeniyle birçok tıbbi komplikasyon örneğin anemi, anormal derecede zayıf kalp atışı gibi durumlar görülmektedir (Pontillo vd. 2022:2). Sağlıklı yeme takıntısı ve anoreksiya arasındaki en belirgin fark bozulmuş yeme davranışının motivasyonudur. Anoreksiyada bozulmuş yeme davranışının ardında kilo vermek, beden imajıyla ilgili endişeleri vardır. Ortoreksiyada ise bireyler sağlıklı olma motivasyonuyla doğal ve saf olan gıdaları yemeği benimserler. Ayrıca genellikle anoreksik kişiler davranışlarını etraftan gizlemeye çalışırken sağlıklı yeme takıntısı olan bireylerin alışkanlıklarını sergilemeleri daha olasıdır (Koven, Arby 2015:387).

Strahler ve arkadaşlarının (2018) ortoreksiya nervozanın epidemiyolojik ve klinik açıdan anlamlı olup olmadığını ve ayrıca diğer ruh sağlığı bozukluklarından ayırt edilip edilmediğini araştırdığı çalışmanın sonuçlarına baktığımızda ortoreksiya nervoza ve patolojik yeme arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Buna göre sağlıklı yeme takıntısının yeme bozukluklarının subklinik ve asemptomatik bir formu olabileceği düşünülmüştür (Strahler vd. 2018:9-11). Yapılan bir başka araştırmada ise ortoreksiya nervozanın hem obsesif kompulsif özelliklerinin hem de yeme bozukluğuyla ortak noktalarının olduğu, yani ikisinin de ortoreksiya nervozanın varyansında pay sahibi olduğu, hipotez edilmiş ancak yapılan analizler sonucunda yeme bozukluğu semptomları kontrol edildiğinde sağlıklı yeme takıntısı ile obsesif kompulsif belirtiler arasında çok minimal bir ilişki kalmıştır. Bunun sonucunda yazarlar tarafından ortoreksiya nervozanın öncelikli olarak gıdanın kalitesine odaklanıp ardından miktarına geçiş yaptıkları bir yeme bozukluğu olabileceği, iyileşme sırasında yeme bozukluğu semptomlarının daha kabul edilebilir hali olabileceği ya da bir eşik yemek bozukluğu olabileceği ifade edilmiştir (Bartel vd. 2020:4). Obsesif kompusif bozukluk (OKB) ve ortoreksiya nervoza benzerliğini ele aldığımızda, ortorektik kişilerin belirli obsesif-kompulsif eğilimlerinin olduğunu görürüz. Bunlar uygun olmayan zamanlarda gıda ve sağlık hakkında tekrarlayıcı ve müdahale edici düşünceler, zehirli radyoaktif maddeler ve kirlilik konusunda abartılı endişe ve ritüelleştirilmiş bir şekilde yemeyi hazırlama ve yemeye yönelik güçlü bir ihtiyaç. Obsesif-kompulsif olan kişilere benzer şekilde, sağlıklı yeme takıntısı olan bireylerin rutinlerini ve ritüellerini gerçekleştirmek çok fazla zamanlarını aldığı için geri kalan etkinlikler için zamanları çok kısıtlıdır. Obsesif-kompulsif bozukluk ile ortoreksiya nervoza arasındaki farklara baktığımızda ise ortorektik bireyin yiyecek hazırlama prosedürleri, kompulsiyonlarda olduğu gibi sıkıntıyı azaltmayı ve kısa süreli rahatlamayı amaçlamaz. Bu tekrarlayan düşüncelerin amacı onu nötrlemekten ziyade gıdanın sağlıklı olmasıyla ilgili aşırı endişedir. Bir diğer önemli fark ise ortoreksiyadaki obsesyonların içeriğinin ego-distonik değil, ego-sintonik olarak algılanmasıdır. Yani, sağlıklı yeme takıntısı olan bir birey yeme davranışını ideal benlik imajıyla uyumlu veya tutarlı olarak deneyimler ancak OKB'li kişi takıntılı düşünce ve zorlantılarının mantıksız ve aşırı olduğunun farkındadırlar (Koven, Arby 2015:387; Pantillo vd 2022:10).

Vaccari ve arkadaşları (2021), OKB tanısı konan kişilerde ortoreksiya nervoza yatkınlığının daha fazla olacağını öngördükleri bir çalışma gerçekleştirdiler. Bu çalışmada Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı 5'e (DSM-5) göre OKB tanısı alan bireyler denek grubunu oluşturmaktadır. Kontrol grubunda ise DSM-5'e göre depresyon-anksiyete bozukluğu tanısı almış olanlar ile hiçbir psikiyatrik tanısı olmayan ve hiç psikiyatrik tedavi görmeyen kişiler vardır. Bu çalışmada ORTO-15 kullanılarak ortoreksiya nervoza yatkınlığına bakılmış ancak veri toplama süresi ve yazım aşaması sırasında ORTO-R ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapıldığından analizler sonucunda geçerli ve güvenilir olan ORTO-R kullanılarak yapılmıştır. Araştırmanın sonucuna göre, OKB tanısı olan kişiler ölçüm aracı ORTO-R olarak kullanıldığında kontrol gruplarına nazaran daha yüksek ortoreksiya nervoza yatkınlığı göstermişlerdir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu çalışmanın sonucunda ortoreksiya nervozanın yeme bozukluğu ile ortak noktalarının olmasının yanı sıra OKB ile de ortak noktalarının olduğu bir kez daha gösterilmiştir (Vaccari vd. 2021:8-11).

Özetle, sağlıklı yeme takıntısının bir davranış fenomeni değil klinik bir durum olduğu araştırmalar tarafından kanıtlanmıştır. Ancak sağlıklı yeme takıntısının diğer ruhsal bozukluklar içerisindeki konumu

henüz belirlenmiş değildir. Fakat, ortoreksiya nervozanın OKB ile ortak özelliklerinin varlığı söz konusu olsa bile bir yeme bozukluğu türü olabileceği ağırlık kazanmaktadır. Güncel çalışmada ortoreksiya nervozanın bir yeme bozukluğu spektrumunda bir yerinin olduğu öngörülmüş ve çalışma detayları bu doğrultuda organize edilmiştir.

2.2. Yeme Tutumu

Tutum kavramı genel olarak, Oppenhaim'ın tanımladığı gibi '' belirli bir nesneye yönelik bilişler ve hislerle tutarlı eylemlere yol açan, olumlu veya olumsuz olabilen uzun süreli duygu, inanç ve biliş kümeleri'' olarak tanımlanmaktadır (aktaran Alveranga vd. 2010:436). Bu bağlamda yeme tutumu ise bireyin yemekle ve beslenmeyle ilgili düşüncelerini, inançlarını, duygularını ve davranışlarını anlatan bir kavramdır (Alveranga vd. 2010:380). Yeme tutumu motor, kognitif, sosyal ve duygusal gelişimlerin temeli ve çevresel faktörler tarafından düzenlenen karmaşık bir fenomen olarak kabul edilmektedir Normal yeme tutumunun net bir tanımı yoktur. Ancak genel olarak tanımlamak gerekirse bireylerin yeme tutum ve davranışlarını kişinin gündelik işlevselliğini etkilemeyen, hayatına olumsuz bir etkisi olmayan, fiziksel ve psikolojik sağlığını koruyan dengeli bir örüntü olduğu söylenebilir (Karaarslan 2022:2)

Bozulmuş yeme tutumu, problemli yeme tutumu ve davranışları olarak ifade edilir. Bu davranışların içerisine beden ile ilgili endişeler, kiloyu kontrol etme yöntemleri örneğin bireyin kendisini kusturması, aşırı miktarda egzersiz yapması, oruç tutması gibi davranışlar vardır. Bozulmuş/riskli yeme tutumu yeme bozukluklarına kadar uzanabilir (Ricciardelli, McCabe 2004:179). Yapılan araştırmalarda bozulmuş yeme tutumu birçok biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Bireyin vücuduyla ilgili memnuniyetsizliği ve diyet yapması bozulmuş yeme davranışı olarak adlandırılır ve bu faktörlerin yeme bozukluklarının öncülleri olabileceği tartışılmaktadır. Literatürde yeme tutumuyla ilgili araştırmaların oldukça fazla olduğu, riskli ve/veya bozulmuş yeme tutumunun sıklıkla yeme bozukluklarıyla ilişkilendirildiği görülmektedir (Ergüney-Okumuş 2017:33). "Yeme Bozuklukları" (YB); yeme davranışına yönelik tüm bozuklukları bir çatı altında toplayan, bu rahatsızlıkları anmak için kullanılan genel bir tanımlamadır (Toker, Hocaoğlu 2009:37). Riskli yeme davranışı ve yeme bozukluğu arasındaki birincil fark semptomların sıklığı ve şiddetidir. Yani birey yeme bozukluğu tanısı aldıysa bozulmuş yeme tutumu vardır ancak bozulmuş yeme davranışı olan her kişi yeme bozukluğu tanısı almaz.

Bozulmuş yeme tutumunun dolayısıyla yeme bozukluklarının oluşmasında rol alan birçok değişken vardır. Yapılan araştırmalar ile genetik yatkınlığın, bireysel/psikolojik, sosyokültürel ve ailesel faktörlerin yeme bozukluklarında etkili olduğu düşünülmektedir (Dülger 2022: 16-18).

2.2.1. Yeme Tutumu ile Ortoreksiya Nervoza İlişkisi

Bu bölümde öncelikle ortoreksiya nervozanın yeme tutumuyla ilişkili olduğuna değinen araştırmalar aktarılacaktır.

Bilindiği gibi ortoreksiya nervoza henüz bir bozukluk olarak kabul edilmemiş olmasına ve herhangi bir sınıflandırma içerisinde olmamasına rağmen birçok araştırma bozulmuş yeme tutumuyla ortoreksiya nervozanın ilişkili olduğunu ifade etmektedir (Dunn vd. 2019:4). Dunn ve arkadaşlarının YTT-26 ölçeğinin yeme bozukluğunu saptayabilmesiyle ilgili yaptığı araştırma sonuçlarına göre YTT-26 yeme bozukluklarını ve ortoreksiya nervozayı tespit etmekte başarılı ancak bireyin hangi yeme bozukluğundan muztarip olduğunu ifade edememektedir. Yapılan başka bir araştırmada ortoreksiya nervoza, obsesif-kompulsif bozukluktan ziyade yeme patolojisiyle bağlantılı bulunmuş, yeme bozukluklarının klinik altı özelliklerini gösterdiği kabul edilmiş ancak araştırma sonuçlarına bakılarak ayrı bir bozukluk mu yoksa yeme bozuklukları içerisinde mi olması gerektiği belirlenememiş, bu konuda daha çok araştırma yapılmasına gerek duyulmuştur (Strahler vd. 2010:11). Barthels ve arkadaşları ortoreksiya nervoza ve anoreksiya nervoza (AN) ortak noktalarına ve yapılan araştırmaların sonuçlarına bakarak ortoreksiya nervozanın AN'nin daha hafif semptomlu hali olabileceğine değinmişlerdir (Barthels vd. 2016:2). Düzenli spor yapan ve yapmayan OKB tanılı olan ve sağlıklı iki grubun ortoreksiya nervoza yatkınlığı, obsesif-kompulsif semptomları ve yeme tutumları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sonucuna göre düzenli spor yapan bireylerin ortoreksiya nervoza yatkınlığı arttıkça yeme tutumundaki bozulmanın da arttığı bulunmuş, bu doğrultuda ortoreksiya nervozanın sınıflandırmada obsesif-kompulsif bozukluklardan daha çok yeme bozukluklarına yakın olduğu sonucuna varılmıştır (Yılmaz vd. 2020:3041). Lucka ve arkadaşlarının, ergenler ve genç yetişkinler arasında ortoreksiya nervoza sıklığını belirlemek ve ortoreksiya nervozanın ayrı bir bozukluk mu yoksa obsesif-kompulsif bozukluk ya da yeme bozuklukları kriterlerini mi karşıladığını anlayabilmek amacıyla yaptıkları araştırma sonuçlarına göre ortoreksiya nervozanın başlı başına bir bozukluk olmadığı ve OKB kriterlerini karşılamadığı ancak yeme bozuklukları tanı kriterlerini karşıladığı bulunarak ortoreksiya nervozanın yeme bozuklukları spektrumunda bir yere sahip olduğu ifade edilmiştir (Lucka vd. 2019:379). Yukarıda aktarılan birçok araştırmaya bakarak ortoreksiya nervozanın yeme tutumu dinamiklerine göre şekillendiğini, bozulmuş yeme tutumu ile ortoreksiya nervoza ile ilişkili olabileceğini görürüz.

Mevcut çalışmada, 0-3 yaş bebek sahibi anne örnekleminde yeme tutumu ile ortoreksiya nervoza arasında nasıl bir ilişki olduğunu anlayabilmek amacıyla katılımcıların yeme tutumu özelliklerine de bakılmıştır.

2.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü

Duygular zaman zaman kontrolden çıkmış gibi görünecek kadar güçlü, fırsatlarla veya zorluklarla karşılaşıldığında bu durumlara uyum sağlayabilecek tepkiler vermeyi düzenleyen/amaçlayan biyolojik temelli tepkilerdir (Gross, Munoz 1995:151; Gross 2002:281). Duygular bizi belli kalıplaşmış şekilde yanıt vermeye zorlamaz. Duyguların bu işlenebilirlik durumu duyguların düzenlenmesine olanak sağlar (Gross 2002:281). Duygu düzenleme, duygusal uyarılmayı kontrol etme/bastırma çabalarından ziyade, duygusal sıkıntıya uyum sağlayan tepkileri vurgulayan çok boyutlu bir yapıdır (Gratz, Roemer 2004: 42). Duygu düzenleme becerisi yaşamın ilk yıllarından itibaren gelişen ve değişen bir süreci ifade eder. Duygu düzenleme duyguların hissedilmesi, deneyimlenmesi ve ifade edilmesi gibi farklı yoğunluktaki süreçleri içerir (Dvir vd. 2014: 149). Duygular ve bunların düzenlenmesi zaman içinde sürekli olarak ortaya çıkmakta ve önemli olarak üç alandaki (davranış, deneyim ve fizyolojik) değişiklikleri içermektedir (Gross 2002: 281). Duygu düzenlemenin diğer özellikleri ise duygusal farkındalık, kişinin kendisi ve başkaları tarafından deneyimlenen duyguların tanınması, duyguları ayırt etme kapasitesi, sosyal biliş ve duygusal kavrayış dahil olmak üzere sosyal duyguları işleme becerisidir.

Bireylerin duygu düzenleme süreçlerini anlayabilmek için birbirinden farklı modeller önerilmiştir (Koole 2009:5). Gross'un ortaya attığı Süreç Modeli (Gross, 1998) en çok bilinen ve kullanılan modeldir. Bu model, beş farklı aşama ile duygu düzenleme sürecini açıklamaktadır. Duygu düzenleme bu aşamaların herhangi birinde gerçekleşebilmektedir (Sheppes, Suri 2015: 381-383; Gross 2001:216; Gross 2014:7-9).

1-Durum Seçimi: Durum seçimi, bir olay karşısında bireyin hissedeceği duyguyu seçme aşamasıdır. Örneğin istenmeyen bir duygu ile karşılaşmak istemediğinde bu duyguya yol açacak eylemlerden uzak durur. Buna bir örnek verecek olursak, tez sunumu olan kaygılı öğrencinin bir gece önce endişelerinden uzaklaşmak için sinemaya gitmesini verebiliriz. Buna rağmen, bir kişinin farklı durumlarda (içsel düzenleme durumunda) nasıl hissedeceğini söylemek zordur ve yine de başka bir kişinin çeşitli durumlarda (dışsal düzenleme durumunda) nasıl hissedeceğinden emin olmak daha zordur.

2- Durum Değişimi: Durum değişikliği, duygusal etkisini değiştirmek için bir durumu doğrudan değiştirmeyi ifade eder. Mesela tez savunmasına çıkmadan önce bir arkadaşınızla buluştuğunuzda şu anda bu konu ile ilgili konuşmak istemediğinizi söyleyebilirsiniz. Bir durumun değişmesi ortaya yeni bir durumu çıkarabileceğinden, durum seçimi ile durum değişikliği arasında ayrım yapmak zor olabilir. Burada durumlardan bahsettiğimiz şey daha çok dış/fiziksel ortamlar ile ilgilidir. Düşünceleri (iç ortamları) düzenlemek, bilişsel değişim aşamasında yer alır.

3-Dikkati Ayarlama: Dikkati ayarlama, kişinin duygularını değiştirmek için belirli bir durum içinde dikkati farklı yönlere çekmeyi ifade eder. Dikkati ayarlama, bireyin gelişim sürecinde ortaya çıkan ilk duygu düzenleyici süreçlerden biridir (Rothbart, Ziaie ve O'Boyle, 1992) ve özellikle durumu değiştirmenin mümkün olmadığı durumlarda sürekli olarak kullanılır. Dikkati dağıtmanın en yaygın biçimlerinden biri, dikkati durumun diğer yönlerine odaklayan veya dikkati durumdan tamamen

uzaklaştıran oyalamadır. Örneğin yanınızda tez savunmasına daha önceden girmiş ve deneyimlerini anlatan bir arkadaşınız var ise bu konuyla ilgili kaygınızı engellemek için oturduğunuz kafeteryanın dekorasyonunu incelemek, dikkatinizi başka bir yere yönlendirmek ve ayarlamaktır.

4-Bilişsel Değişim: Bilişsel değişim, durumun belirli bir yönüne odaklandığınızda, olası birçok anlamdan hangisini seçeceğiniz anlamına gelir. Aslında burada içinde bulunduğunuz durumu bilişsel olarak tekrardan anlamlandırıyorsunuzdur. Örneğin bir sınav sizi kaygılandırıyorsa kendinize sınavın sizin değerinizi belirlemediğini, bunun gireceğiniz yüzlerce sınavdan sadece biri olduğunu hatırlatabilirsiniz. Durumla ilgili atfettiğiniz kişisel anlam tepkilerinizin eğilimlerini belirleyeceği için çok önemlidir.

5-Tepki Değişikliği: Tepki değişikliği aşaması, tepkinin davranışsal, deneyimsel veya fizyolojik olarak değişmiş hallerine atıfta bulunur. Örnek olarak olumsuz bir duyguyu hissetmemek için nefes egzersizi ve gevşeme tekniklerinin kullanılması verilebilir. Ayrıca bir duyguyu hissetmemek için değiştirilen tepki stratejisi olarak bastırma savunma mekanizması kullanılabilir. Başka bir örnek ise duygu deneyimini değiştirmek için alkol, sigara, uyuşturucu ve hatta yiyeceklerin kullanılmasıdır.

Gross'un duygu düzenleme süreç modeline göre en geniş çerçevede iki türlü düzenleme aklımıza gelir: öncül odaklı ve tepki odaklı düzenleme. Öncül odaklı stratejiler; tepkiler tam olarak etkinleştirilmeden, davranışlarımızı ve bedensel tepkilerimizi değiştirmeden önce yaptığımız şeyleri ifade eder (Gross, 2001:215). Öncül odaklı duygu düzenleme stratejileri içerisinde durum değişikliği, durum seçimi, bilişsel değişim ve dikkat ayarlama gibi aşamalar bulunmaktadır (Gross, Richards, John 2006: 15). Tepki odaklı stratejiler; tepki verildikten sonra, bir duygu harekete geçtiğinde yapılan düzenlemeleri ifade eder (Gross, 2001:215). Bu stratejide, duygu fizyolojik, davranışsal ve deneyimsel olarak değerlendirilmektedir (Sheppes, Suri, 2015: 383). Tepki odaklı duygu düzenleme, öncül odaklı stratejilerden daha ileri bir aşamada kullanılmaktadır. Yani süreç modelinde son aşama tepki odaklı duygu düzenleme aşamasıdır. Dolayısıyla tepki odaklı düzenleme becerileri öncül odaklıya göre daha az müdahale edilebilirdir.

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'ni oluşturan Gratz ve Roemer'in duygu düzenleme ile bir modeli vardır. Bu model dört duygu düzenleme boyutu içerir: (a) duygusal yoğunluğu/süreyi modüle etmek (yok etmeye karşı) için uyarlanabilir stratejilerin esnek kullanımı; (b) sıkıntılıyken davranışsal kontrolü sürdürmek; (c) duygusal farkındalık, açıklık ve kabul; ve (d) anlamlı aktiviteleri sürdürmek için duygusal sıkıntı yaşamaya istekli olma. Bu boyutlardan bir veya daha fazlasındaki eksiklikler, duygu düzenleme bozukluğunu yansıtıyor olarak kavramsallaştırılır (Rugancı, Gençöz 2010:443).

Duygu düzenleme becerisi, bireylerin günlük yaşamlarında sağlıklı ilişkiler kurabilmeleri açısından oldukça önemlidir. Duygu düzenleme teorileri, temel olarak, uyarlanabilir olan ve kullanılan stratejilerin türüne odaklanırken, duygu düzenleme bozukluğu, belirli bilişsel veya davranışsal süreçlerin kullanımından ziyade işlevselliğe daha fazla vurgu yaparak, duygu düzenlemede yaşanan daha geniş zorluklara atıfta bulunur. Yani, duygu düzenleme güçlüğü duygu düzenleme stratejilerinin katı ve uyumsuz bir şekilde kullanılmasının yanı sıra hedefe yönelik uygun stratejinin seçilememesi olarak

tanımlanmaktadır (D'Agostino vd. 2017: 808). Kaçınma, ruminasyon, inkâr, duyguları bastırma, saldırganlık ve dışa vurma, uyumsuz duygu düzenleme stratejilerine örnektir (D'Agostino vd. 2017: 808).

Duygu düzenleme güçlüğü ile yeme bozuklukları arasında ilişki olup olmadığına yapılan dair çalışmalar vardır. Bu çalışmaların sonuçlarına göre, duygu düzenlemede güçlük yaşanması yeme bozukluklarının etiyolojisinde ve sürdürülmesinde etkilidir. Diğer psikiyatrik bozukluklar için tanılar-arası bir etmen olarak belirlenen duygu düzenleme güçlüğünün, yeme bozuklukları için de bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir (Trompeter vd. 2021:6). Literatüre baktığımızda genel olarak yeme bozukluğu yaşayan bireylerle herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan kişiler duygu düzenleme güçlüğü bakımından karşılaştırılmış ve önemli farklar bulunmuştur (Beauchaine, Crowell 2014:327).

2.3.1. Duygu Düzenleme Güçlüğü ile Ortoreksiya Nervoza İlişkisi

Sağlıklı yeme takıntısı ve duygu düzenleme güçlüğü ilişkisine baktığımızda ortoreksiya nervoza henüz literatürde yeni bir kavram olduğu ve ortoreksiya nervoza hakkında yapılan araştırmalar son yıllarda ağırlık kazandığı için duygu düzenleme güçlüğü ve ortoreksiya nervoza hakkında araştırmalar kısıtlıdır ve var olan araştırmaların sonuçları birbirleriyle çelişmektedir.

Obeid ve arkadaşları (2021) ortoreksiya nervozada diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi duyguları tanımlama, betimleme ve düzenlemede zorluk yaşayıp yaşamadığını anlayabilmek için Lübnan örnekleminde başka bir araştırma yapmışlardır (Obeid ve ark. 2021:1). Bu araştırmada ortoreksiya nervoza yatkınlığını anlayabilmek için ORTO-15'in düzenlenmiş bir versiyonu olan ORTO-R ölçeğini kullanılmıştır. Bu ölçekten puanlar yükseldikçe ortoreksiya nervoza yatkınlığı artmaktadır. Duygu düzenleme güçlüğü ölçeğinin kısa formunu (DDGÖ-16) duygu düzenleme güçlüğünü ölçmek için kullanmışlar ve bu formdan alınan yüksek puanların duygu düzenlemede güçlüğe sebep olduğunu ifade etmişlerdir (Obeid ve ark. 2021:3). Öncelikle, DDGÖ-16 ve YTT-26'dan yüksek puan alan bireylerin ORTO-R'den de yüksek puan aldıkları bulunmuştur. Daha önemlisi, DDGÖ'den alınan puanlar kontrol edilirken, yeme tutumlarının (YTT-26) ON varyansının %15,1'ini açıklayabildiği ancak bu analize duygu düzenleme güçlüğünden alınan puanları da eklediğimizde açıklanabilen varyansın %17.7'ye çıktığını görüyoruz (Obeid ve ark. 2021:5). Araştırma sonuçlarına baktığımızda DDGÖ'den alınan yüksek puanların ortoreksiya nervoza yatkınlığı ve ilgili davranışlarla ilişkili olduğunu görüyoruz.

Bir başka çalışma Vuillier, Robertson & Greville-Harris (2020) tarafından, ortoreksiya nervoza ile ilgili literatürdeki boşlukları tamamlayabilmek ve yeme bozuklukları sınıflandırılmasına dahil edilip edilmeyeceğini anlayabilmek amacıyla yapılmıştır. Bu araştırmada ortoreksiya nervoza yatkınlığına sahip kişilerin yeme tutumu testinden (YTT-26) aldıkları skorları kontrol ettiklerinde ortoreksiya nervoza ile duygu düzenleme güçlüğünün ilişkili olup olmadığına bakmışlardır (Vuillier ve ark. 2020:3). Bu çalışmada ORTO-7'nin güvenilirliğinin yüksek çıkmasının ardından ORTO-7 baz alınarak ve duygu düzenleme güçlüğü kısa formu (DDGÖ-16) kullanılarak sonuçlar değerlendirilmiştir (Vuillier ve ark. 2020:4). Araştırma sonuçlarına göre, duygu düzenleme güçlüğünden alınan yüksek puanlarla ORTO-

7'den alınan düşük puanların birbirleriyle istatistiksel olarak ilişkili olduğu bulunmuştur ($\beta = -.369$, $p < .001$). Duygu düzenleme güçlüğünün ortoreksiya nervoza için spesifik bir belirti olup olmadığını anlayabilmek için araştırmacılar yeme psikopatolojisini kontrol etmişlerdir. Bu durumda duygu düzenleme güçlüğü ve ortoreksiya nervozanın birbirleriyle istatistiksel olarak anlamlılığı kalmamıştır. Ayrıca önemli bir diğer bulgu da ortoreksiya nervoza yatkınlığı yüksek olan bireylerin, ortoreksiya nervoza eğilimi düşük olan olan kişilere kıyasla, duygularını tanımlama ve kabul etmede, dürtülere direnmede, amaca yönelik davranışlarda bulunmada ve mutsuz olduklarında doğru stratejileri bulmada daha fazla zorluk yaşadıkları bulunmuştur. Bu bulguya göre DDGÖ-16'nın birçok alt ölçeği ile ortoreksiya nervoza ilişkilidir (Vuillier ve ark. 2020:4-6). Ancak bulunan sonuçlara göre diğer yeme bozukluklarında görülen duyguları betimlemekte zorluk yaşanması ortoreksiya nervoza yatkınlığı yüksek olan kişilerde bulunamamıştır. Bu sonuç doğrultusunda yazarlar ortoreksiya nervozanın duygu düzenleme güçlüğü yaşayan bireylerin bir baş etme stratejisi olarak ortaya çıkabileceğini önermektedirler (Vuillier ve ark. 2020:8).

2.4. Benlik Saygısı

Benlik (self) terimiyle psikoloji alan yazınında sıkça karşılaşılır. Ayrıca benlik kavramı psikolojinin alt dalları ile birçok psikolojik ekolde önemle üzerinde durulan bir kavramdır (Korkmaz 1996:1). Benlik ile ilgili araştırmalar 1890lı yıllarda William James liderliğinde başlamış, kavram pek çok araştırmacı tarafından araştırılmış ve benlik kavramının doğası açıklanmaya çalışılmıştır (Korkmaz 1996:5-9). Seki ve Dilmaç (2020:824) benliği ''kişinin kişilik özelliklerini, değerlerini, inançlarını arzularını ve kendisi hakkındaki değerlendirmelerini kapsayan bir kavram'' olarak tanımlamışlardır. Benlik kavramı bireyin çevresiyle girdiği etkileşimler ve öğrenme süreçleriyle şekillenmektedir. Yani birey çevresinin kendisi hakkında düşündüklerini, kendisinin kendi hakkındaki değerlendirmelerini ve sosyal ortamlardan aldığı geri dönüşleri sentezleyerek bir benlik kavramı oluşturur. Bu doğrultuda benlik kavramıyla tutarlı bir şekilde davranışlar sergileme eğilimdedir (Özen ve Gülaçtı, 2010:23).

Benlik saygısı, benlikle ilgili genelleştirilmiş bir duygudur. Kişiler kim olduklarına dair belirli düşüncelere sahip oldukları gibi kendileriyle ilgili belirli hislere de sahiptirler. Dolayısıyla benlik saygısı bireyin kendisiyle ilgili duygular bütünüdür (Adams 1995, akr. Hamarta ve ark 2009:27). Aslında bu kavram bir gerçeklikten çok bir algıdır. Yani bireyin zeki olup olmadığına dair inancını belirtir gerçekten zeki olup olmadığını söylemez. Bu nedenlerden ötürü kişinin kendisini algılama şekline göre benlik saygısı değişmektedir (Baumeister ve ark. 2003:2). Psikoloji literatüründe benlik saygısı genellikle yüksek benlik saygısı ve düşük benlik saygısı olarak çerçevelenir. Kabaca kişi kendisini sevilmeye layık, değerli ve saygı duyulabilir biri olarak mı algılıyor (yüksek benlik saygısı) yoksa kendisini acınası ve aşağılanmayı hak eden biri olarak mı görüyor (düşük benlik saygısı)? Benlik saygısı yüksek olanlar psikolojik olarak mutlu ve sağlıklı olarak kabul edilir. Benlik saygısı düşük olan kişilerin psikolojik sıkıntı ve hatta depresyondan mustarip olduğu düşünülmektedir (Kohli ve ark., 2017).

Yüksek benlik saygısına sahip kişiler kendilerini olumlu olarak değerlendirir. Yüksek benlik saygısı, bireyin kendine dair beklentisinin ve kapasitesinin yüksek olduğunu anlatır. Bu kişiler kendilerine dair olumlu bir algı içerisindedir ve dolayısıyla davranışlarının sonuçlarına güvenirler. Böylece kendi fikirlerini daha rahat savunabilir ve farklı görüşlere daha açık olabilirler (Yıldız ve Tufan 1993 akt. Tahtacı 2022:24).

Düşük benlik saygısı, bireyin kendi benliği hakkında aşağılayıcı veya düşük değerli bir yargıda bulunması demektir. Kişiler güçlü yönlerinin eksik, zayıf ve yetersiz olarak görürken olumsuz özelliklerini ve kusurlarını olduğundan daha fazla olarak algılar. Ayrıca benlik saygısı düşük kişilerin kendilerinin dışında birçok olaya, duruma, kişiye ve diğer gerçeklere karşı genel olarak olumsuz bir tutum sergilediği düşünülmektedir (Baumeister ve ark. 2003:7; Fennell 1997:2). Düşük benlik saygısının yeme bozukluklarının gelişiminde önemli bir rol oynadığı görülmüştür (Brytek-Matera ve ark. 2022:2). Sophie O. Colmsee, Hank ve Bošnjak (2021) yaptıkları bir meta-analiz çalışmasında düşük benlik saygısının patolojik yemenin gelişmesinde önemli bir faktör olduğunu ve ayrıca düşük benlik saygısının yeme bozukluklarının farklı alt türleri için evrensel bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuşlardır (Sophie O. Colmsee, Hank, Bošnjak 2021:60).

2.4.1.Benlik Saygısı ile Ortoreksiya Nervoza İlişkisi

Mevcut çalışma benlik saygısı ve ortoreksiya nervoza yatkınlığını incelerken, ortoreksiya nervozanın yeme bozukluklarıyla ortak noktalarının bulunmasından hareket ederek benlik saygısı ile ortoreksiya nervoza arasında ters yönlü bir ilişki olacağını öngörmektedir. Yani benlik saygısı düşük olan kişilerin ortoreksiya nervozaya daha yatkın olacağı yordanmaktadır. Ancak literatürü incelediğimizde ortoreksiya nervoza yatkınlığı ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi anlamaya çalışan çalışmaların sonuçlarının birbirleriyle çeliştiğini görebiliriz. Örneğin, Brytek-Matera ve arkadaşları (2022) İtalyan ve Polonyalı genç yetişkinlerin benlik saygısı, fiziksel aktivite düzeyleri ve düzensiz yeme tutumlarının ortoreksiya nervoza ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla 554 bireyin katıldığı bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada ortoreksiya nervoza yatkınlığını belirlemek için Yeme Davranış Ölçeği (alt ölçekleri: bilgi, duygular ve problemler) ve benlik saygısı düzeyini belirleyebilmek için Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, yüksek benlik saygısı özellikle sağlıklı beslenme hakkındaki bilgi ile ilişkilendirildi. Yani kendi belirlediği sağlıklı yeme davranışı çerçevesinde kendi kararlarını veren ve sürdüren bireylerin benlik saygısının da yüksek olduğu görüldü (Brytek-Matera ve ark. 2022:7).

Kadın lisans ve yüksek lisans öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada benlik saygısı, duygu düzenleme güçlüğü ve psikolojik sağlamlığın ortorektik eğilimlerle ilişkisi incelenmiştir. Bu çalışmada ortoreksiya nervoza yetkınlığını belirlemek için ORTO-11 ölçeği kullanılırken benlik saygısı düzeyini belirlemek için Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği tercih edilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre benlik saygısı puanları ve ortoreksiya nervoza yatkınlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmüştür (Uzuner, 2022:88). Benzer şekilde, Oberle ve arkadaşlarının (2017) 459 üniversite öğrencisiyle yaptığı

ortoreksiya nervozanın benlik saygısı, narsisizm ve mükemmeliyetçilik kişilik özellikleriyle ilişkisini araştırdığı çalışma sonucunda da benlik saygısı ve ortoreksiya nervoza belirtileri arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (Oberle ve ark. 2017:308).

Düzenli egzersiz yapan bireylerde benlik saygısı, yaş ve tinselliğin ortoreksiya nervoza ile olan ilişkisinin incelendiği bir başka araştırmada katılımcıların (175 kişinin) Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Düzenlenmiş Yeme Davranışı Ölçeklerini doldurması istenmiştir. Bu araştırma sonucuna göre düşük benlik saygısının ortoreksiya nervozayı yordadığı bulunmuştur.

Görüldüğü üzere benlik saygısı ve ortoreksiya nervoza ilişkisini inceleyen çalışmaların sonuçları birbiriyle çelişmektedir. Mevcut çalışmanın benlik saygısı ve ortoreksiya nervoza ilişkisinin literatürde eksik kaldığı yerlere 0-3 yaş bebek sahibi olan anneler örnekleminde temas edeceği düşünülmektedir.

2.5.Depresyon

Depresyon dünya çapında en az 121 milyon insanı etkileyen ve bu durumdan mustarip kişilerin yaşam süresinin daha az olmasına neden olan ciddi bir bozukluktur. Depresyon Dünya Sağlık Örgütü tarafından 'üzüntü, ilgi ya da zevk kaybı, suçluluk duygusu ya da düşük öz değer, uyku ya da iştahsızlık, yorgunluk hissi ve zayıf konsantrasyon ile karakterize yaygın bir zihinsel bozukluk' olarak tanımlanmaktadır (WHO 2017: 7). Depresyon kişileri yaşı, cinsiyeti, kültürel geçmişi ve genetik özellikleri doğrultusunda farklı farklı etkiler (Bhowmik ve ark. 2012:38). Ancak depresyon hafif düzeyde belirtileri olduğunda bile bireyleri mutsuzluğa, verimsizliğe ve hareketsizliğe iten bir ruh sağlığı sorunudur (Hisli 1989:4). Genellikle psikolojik, genetik ya da çevresel bir olayın depresyonu başlattığı görülür. Bu olay sevilen birinin kaybı, doğum yapılması, zor bir ilişkinin varlığı ya da finansal bir zorluk olabilir (Bhowmik ve ark. 2012:38). Depresyon diğer bozukluklarla kolayca karıştırabilir bu nedenle teşhisi için detaylı görüşme gereklidir (Beck ve Beamesderfer 1974:151).

Depresyon belirtilerini bilişsel, duygusal, davranışsal ve fiziksel belirtiler olmak üzere dört grupta toplayabiliriz. Aşağıda Amerikan Psikiyatri Birliği Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5'te (2013: 183-184) yer alan majör depresif bozukluğun tanı kriterleri sıralanmıştır.

> A- İki haftalık bir dönem boyunca, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik/bozulma olması ile aşağıdaki belirtilerden en az beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya depresif duygu durum ya da ilgi kaybı ya da artık zevk alamama (anhedoni) olması gerekir:
>
> 1- Neredeyse her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durum
>
> 2- Neredeyse her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı (ya da çoğuna) ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamama hali,
>
> 3- Belirgin kilo alımı ya da kilo kaybı

4- Neredeyse her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) halinin olması

5- Neredeyse her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması

6- Neredeyse her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması

7- Neredeyse her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması

8. Neredeyse her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinin azalması ya da kararsızlık

9- Yineleyen ölüm düşünceleri, yineleyen öz kıyım düşünceleri ve öz kıyıma yönelik tasarılarının olması

B- Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal-mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olmalıdır.

C- Madde kullanımı ve genel tıbbi durumun etkileri dışlanmalıdır.

D- Bu dönemin ortaya çıkışı şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk veya diğer tanımlanmış ve tanımlanmamış şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E- Hiçbir zaman mani ya da hipomani dönemi yaşanmamıştır.

2.5.1.Depresyon ile Ortoreksiya Nervoza İlişkisi

Literatürü incelediğimizde depresyon ve bozulmuş yeme davranışı/yeme bozukluğu ilişkisini araştıran çalışmaların oldukça fazla olduğunu görürüz. Ancak spesifik olarak ortoreksiya nervoza ve depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar ortoreksiya nervozanın da oldukça yeni bir kavram olmasından dolayı daha az sayıdadır.

Awad ve arkadaşlarının (2021) çeşitli eczanelerde bekleyerek içeriye giren reşit Lübnanlı bireylerle yaptığı bir çalışmanın sonuçlarına göre, cinsiyet fark etmeksizin depresyon ve ortoreksiya nervoza yatkınlığı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre bireyin depresyon düzeyi arttıkça sağlıklı yeme takıntısı geliştirme olasılığı da aynı oranda artmaktadır (Awad ve ark. 2021:8). Bu sonuca ortoreksiya nervoza yatkınlığının bireyselleşmeyi getirmesi ve dolayısıyla yalnızlaşmanın artması ve çökkün ruh halinin varlığının neden olabileceği ifade edilmiştir. Başka bir çalışma, ortoreksiya nervozanın patolojik sonuçlarını daha iyi anlamak ve ortoreksik yemenin iki boyutlu yapısının teorik varsayımını doğrulamak amacıyla yapılmıştır. Bu araştırmada Teruel Ortoreksiya Ölçeği kullanılmış, sağlıklı ortoreksiya nervoza ve ortoreksiya nervoza ile ilişkili değişkenler araştırılmıştır. Çalışmada ‘’sağlıklı beslenmeye olan ilginin (1) ruh sağlığı ile ilişkisi bakımından

ortoreksiya nervozadan ayrıldığını ve (2) bu patolojinin olumsuz sonuçlarını tamponladığı'' varsayılmıştır. Yapılan araştırma farklı iki adet çalışmanın verileri birleştirilerek oluşturulmuştur. Katılımcıların depresyon düzeyleri Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçeği ile ve Depresyon Anksiyere Ölçeği (DASS-21) kullanılarak ölçülmüştür. Yapılan çalışmanın sonucuna göre kullanılan her iki ölçeğin regresyonuna bakıldığında, oluşturulan modelin varyansın %17'sini yordadığı bulunmuştur. Ayrıca hastalık olarak atfedilen ortoreksiya nervoza depresif semptomlarla sağlıklı ortoreksiya nervozaya nazaran daha fazla ilişkili olarak açıklanmıştır (Strahler 2020:7).

Yapılan tez çalışması, 0-36 aylık bebeği olan anneler örnekleminde ortoreksiya yatkınlığının depresyon düzeyleri ile ilişkili olup olmadığını araştırmayı amaçlamaktadır.

2.6.Anksiyete

Anksiyete, Latince darlık ve daralma anlamına gelen '*angh*' kökünden türemiştir. Son yıllarda anksiyete, kaygı-bunaltı gibi terimlerle de adlandırılan hoş olmayan bir duyguyu belirtmek için kullanılır (Öztürk, Uluşahin 2016:67). Barlow (2001), kaygıyı kontrol edilemezlik-öngörülemezlik algısıyla karakterize edilen gelecekle ilgili olan bir duygu olarak tanımlamıştır (Barlow, 2001:104). Kaygı, en temel duygulardan biridir ve neredeyse herkes tehlike anında kaygı hisseder (Spilberger 1966:4). Anksiyete/Kaygı bozuklukları hafiften şiddetliye doğru uzanan çeşitliliklerde olabilir (Craske ve ark. 2017:1).

Araştırmacılar kaygı ve korkunun tanımlarını birbirinden ayırmışlardır. Her iki durum da haber verici bir sinyal olarak algılanmıştır. Farklılaştıkları kısım ise, korkuda dışarıdan gelen, belirli ve somut bir durumun tehdidi varken kaygıda somut bir tehdidin varlığında söz edememe mizdir. Anksiyetede bir tehdidin varlığının haber verici durumu söz konusudur ancak anksiyetede içten gelen, kaynağı belirsiz olan ve soyut bir tehdit vardır (Özakkaş 2014:11). Anksiyete, henüz gerçekleşmemiş gelecekte gerçekleşebilecek olan ya da gerçekleşmesi mümkün olmayan bir durumla ilgili endişeli ruh halini anlatan bir terimdir. Korku ve kaygı hissi insanlara yaşamsal tehditlerle ilgili sinyaller verdikleri için genellikle yaşam içerisinde işlevseldirler. Bir tehlikenin varlığında kaygı ve/veya korku hissi ile sempatik sinir sisteminin devreye hızlıca girmesiyle bireyin kaç ya da savaş tepkisi vermesi sağlanır. Böylece var olan tehditle ilgili koruyucu tepkiler verilmiş olur. Ayrıca kaygı ve performans arasında bir etkileşim vardır. Kaygının optimum seviyeye kadar varlığı bireyi motive ederek kişinin harekete geçmesini sağlar ve böylece başarı artar. Ancak optimum seviyenin ardından kaygı artmaya devam eder ise orada performansın ve başarının düştüğünü görürüz (Şahin 2019:120). Burada aktarıldığı üzere anksiyetenin işlevsel olan yönleri olduğu gibi kaygının işlevsel olmayan yönlerinin de var olduğunu bilmek gerekir. Kaygının geliştirici bir etken olduğu gibi engelleyici bir yönü de vardır ve bu iki durumu birbirinden ayırmak çok önemlidir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal 2011:69). Clark ve Beck (2011) olağandışı kaygı ve korkuyu normal ve işlevsel olan kaygı/korkudan ayırmak için beş kriter önermişlerdir. Bu kriterlerden birincisi *işlevsiz bilinç* halidir. Buna göre kaygıda belirsiz bir tehdit olduğu için genellikle kaygı durumunda verilen tepki gerçek bir tehdide verilen tepkiden farklı ve hatta

orantısız olabilmektedir. Durumun nesnel gerçekliğinden farklı olarak tutarsız ve aşırı bir korku/kaygı hissedilir. İkinci kriter, *bozulmuş işlevsellik*tir. Daha önceki yaşanan kaygı ve korku durumlarından edinilen tecrübelerin yanlış şekilde kullanılmasıyla/kodlanmasıyla günlük sosyal ya da mesleki işleyişle uyumlu bir şekilde baş edilememesidir. Patolojik korku ve kaygının bireyin hayattan alabileceği doyumu düşürdüğü kabul edilmektedir. Bir diğer kriter olan *süreklilik*, tehditin geçip gitmese bakılmaksızın gelecek düşünülerek hissedilen anormal/olağandışı kaygının devam etmesi halidir. Dördüncü kriter olan *yanlış alarmlar* ise hayatı tehdit eden bir durum yokken bile ortaya çıkan belirgin korku ve kaygının varlığını anlatmaktadır. Son kriter *aşırı uyaran duyarlılığı*dır. Bu kritere göre ise anksiyete bozukluğu olan bireyin anksiyete bozukluğu olmayan bireye kıyasla daha geniş bir uyaran yelpazesine sahip olduğu görülür. Örneğin, dünyanın en zehirli örümceğini gören kişinin bu örümcekle ilgili kaygılanmasını normal buluruz ancak örümcek anksiyetesi olan biri küçücük bir örümcek görse dahi bu örümceğe dünyanın en zehirli örümceğiymiş gibi tepki verebilir (Clark ve Beck 2011:6-7).

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı 5'te yer alan yaygın anksiyete bozukluğu tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (Köroğlu 2013: 121-122):

1. En az altı aylık süre boyunca bazı olaylar ya da etkinliklerle ilgili ortaya çıkan aşırı kaygı hali,

2. Kişi, endişelerini denetim altına almakta zorluk yaşar

3. Kaygı ve endişe, aşağıdaki semptomlardan en az üçü (ya da daha fazlasıyla) ile birlikte görünür (en azından bazı belirtilerin atlı aydan daha uzun süredir var olması gereklidir);
    a. Huzursuzluk veya gerginlik ya da sürekli diken üzerinde olma hali,
    b. Kolayca yorulmak,
    c. Odaklanmada zorluk yaşama ya da zihnin tamamen bomboş olma hali
    d. Kolayca sinirlenmek,
    e. Kaslarda gerginlik hali,
    f. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte zorluk,
4. Kaygı, endişe ya da fiziksel belirtiler, klinik yönden belirgin probleme ya da belirli alanlarda işlevsellikte düşüşe yol açar.

5. Bu bozukluk madde kullanımına ya da fizyolojik başka bir hastalığın varlığına bağlanamaz.

6. Yaygın anksiyete bozukluğu başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Büyük nüfusa dayalı araştırmaların sonuçlarına göre nüfusun %33,7'si hayatları boyunca en az bir kaygı bozukluğunu yaşamaktadırlar. Ayrıca bu bozuklukların yeterince tanınmadığı ve tedavilerinin yetersiz

yapılıyor olduğu da bu çalışmalarda gösterilmiştir. Bu nedenle anksiyete bozuklukları hastalık yükü bakımından ve sağlık maliyetleri açısından ülkelere ağır sorumluluklar yükler. Ayrıca anksiyete bozukluklarının kendi içlerinde ve diğer ruhsal sağlık bozukluklarıyla aynı zamanda görülme olasılığı (eştanı) çok yaygındır (Bandelow ve Michaelis 2015:327). Godart ve arkadaşları (2000), yeme bozukluğu tanısı olan kişilerin sıklıkla anksiyete semptomları da gösterdiğini bulmuştur (Godart vd. 2000:38)

2.6.1.Anksiyete ile Ortoreksiya Nervoza İlişkisi

Alan yazınına baktığımızda anksiyete ve bozulmuş yeme davranışı/yeme bozukluğu ilişkisini çalışan araştırmaların karşımıza sıkça çıktığını görürüz. Ancak spesifik olarak ortoreksiya nervoza ve anksiyete arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar çok az sayıdadır. Literatürde bu açıdan bir boşluk söz konusudur. Maide ve Dündar (2022) yüksek eğitimli grupta kaygı ve benlik saygısının ortorektik eğilimi nasıl etkilediğini araştırmışlardır. Bu çalışmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi çalışanlarından 248 kişi katılmıştır. Buna göre, anksiyete puanları yüksek olan bireylerin ortoreksiya nervoza yatkınlığının düşük olanlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (Maide ve Dündar 2022:4).

Lübnan'da çeşitli üniversitelerde tıp öğrenimi gören öğrencilerin ortoreksiya nervoza düzeyine, aynı zamanda da ortoreksiya nervoza ile yeme tutumu ve anksiyete arasındaki ilişkiye bakan bir çalışmanın sonuçlarına göre ortoreksiya nervoza bozulmuş yeme tutumu ile ilişkili bulunurken, anksiyete puanlarıyla ortoreksiya nervoza puanları arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (Farchakh, Hallit ve Soufia 2019:688-689).

Valente ve arkadaşları (2020) sağlıklı yeme takıntısının henüz herhangi bir hastalık sınıflandırmasına girmemesi ve resmi olarak tanı kriterlerinin olmaması nedeniyle Instagram paylaşımlarında kendi kendilerine ortoreksiya nervoza tanısı koyan 16 yaşından büyük bireylerle bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışma öncelikli olarak 185 kişiye anket bazlı sorular yöneltmiş ardından bu kişilerden rastgele seçilen 10 bireylere yarı yapılandırılmış bir görüşme yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre katılımcılar ortoreksiya nervoza olmalarının nedeni olarak hayatlarında biyolojik, psikolojik ve kişilerarasında meydana gelen değişiklikleri göstermişlerdir. Hayatlarında meydana gelen bu değişikliğin kendilerinde kaygı yarattığını ve bu kaygıyı kontrol edebilmek için sağlıklı yeme takıntısı geliştirdiklerini ifade eden katılımcılar oldu. Yani katılımcıların bir kısmı ortoreksiya nervozayı kaygı ile başa çıkma stratejisi olarak gördüğünü söylemiştir (Valente ve ark, 2020:5-8).

Mevcut araştırma, anne olmanın bireyler için biopsikososyal olarak büyük bir yaşam olayı olduğunu, dolayısıyla özellikle annelerin kaygılı olacaklarını ve buna bağlı olarak sağlıklı yeme takıntısı geliştirmeye daha yatkın olacaklarını düşünmektedir.

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada, bebeğini 0-36 ay arasında çocuğu olan annelerin ortoreksiya nervoza, yeme tutumu, duygu düzenleme güçlüğü, benlik saygısı, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Bu bölümde araştırmanın modeli, örneklem özellikleri ve araştırmada kullanılan ölçekler tanıtılmış, veri analiz yöntemleri hakkında gerekli bilgiler verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Modeli

Yapılan çalışmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkisel tarama modeli, iki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişimin varlığını belirlemeyi amaçlayan tarama yaklaşımıdır. İlişkisel tarama modelinde, değişkenlerin birlikte değişip değişmediği; değişme varsa bunun nasıl olduğu saptanmaya çalışılır (Karasar 2010: 79-81).

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmaya 19-45 yaş arasında 0-36 aylık bebekleri olan kadınlar katılmıştır. Katılımcılara kartopu örnekleme yöntemiyle ulaşılmıştır. Kartopu örnekleme, genellikle belirli özelliklere sahip bireylerin toplumda nadir bulunması ya da zor ulaşılabilir olması durumunda kullanılan örnekleme yöntemidir (Etikan, Bela 2017: 216). 0-36 ay büyüklüğünde bebeği olan katılımcılara birbirlerinin tanıdıkları vasıtayla ulaşılabilmesi amacıyla bu yöntem seçilmiştir. Örneklem büyüklüğü, farklı evren büyüklükleri için gerekli katılımcı sayısı (N=384) göz önünde bulundurularak belirlenmiştir (Yazıcıoğlu, Erdoğan 2004:70-72). Bu çalışma sırasında 398 katılımcıya erişilmiş, bebeği 0-36 ay sınırları içerisinde olmayan katılımcılar, uç noktada veri setine sahip katılımcılar, iki kez aynı formu dolduran katılımcılar ve çocuğu olmadığını ifade eden katılımcılar örneklemden çıkartılmasından dolayı 380 katılımcının verileri kullanılarak araştırma bulgularına ulaşılmıştır. Örneklemin demografik özellikleri Tablo 1'de belirtilmiştir.

1.1.Demografik Özelliklere Yönelik Betimleyici Verilerin Analizi

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişken	Gruplar	Toplam	
		n	%
Eğitim Durumu	Ortaokul	4	1,1
	Lise	10	2,6
	Lisans	64	16,8
	Yüksek Lisans	292	76,8
	Doktora	10	2,6
	Toplam	380	100,0

Çocuk Sayısı	Tek Çocuk	212	55,8
	2 Çocuk	144	37,9
	3 Çocuk	21	5,5
	4+ Çocuk	3	,8
	Toplam	380	100,0
Gelir Durumu	2826 TL altı	22	5,8
	2827– 5500 TL	110	28,9
	5501 – 8000 TL	116	30,5
	8001– 11000 TL	73	19,2
	11000 TL üstü	59	15,5
	Toplam	380	100,0
Kilo	Normal	90	23,7
	Normal Üstü	276	72,6
	Normal Altı	14	3,7
	Toplam	380	100,0
Çalışma Durumu	Evet	158	41,6
	Hayır	222	58,4
	Toplam	380	100,0
Sigara Kullanım Durumu	Kullanan	68	17,9
	Kullanmayan	290	76,3
	Bırakan	22	5,8
	Toplam	380	100,0
Alkol Kullanım Durumu	Kullanan	84	22,1
	Kullanmayan	296	77,9
	Toplam	380	100,0
Kronik Hastalık Durumu	Var	68	7,9
	Yok	312	82,1
Sağlıklı Olma	Sağlıklıyım	308	81,1
	Sağlıklı değilim	72	18,9
	Toplam	380	100,0

Psikiyatrik Tanı Bulunma Durumu	Bulunan	33	8,7
	Bulunmayan	347	91,3
	Toplam	380	100,0
Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu	Kullanan	12	3,2
	Kullanmayan	368	96,8
	Toplam	380	100,0
Psikolojik Destek Alma Durumu	Alan	90	23,7
	Almayan	290	76,3
	Toplam	380	100,0

Önceden Diyet Yapma Durumu	Yapan	224	58,9
	Yapmayan	156	41,1
	Toplam	380	100,1
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Yapan	79	20,8
	Yapmayan	301	79,2
	Toplam	380	100,0

Kendilik Algısı	Yapmayan	301	79,2
	Toplam	380	100,0
	Normal	152	40,0
	Kilolu	161	42,4
	Çok Kilolu	45	11,8
	Toplam	380	100,0
Kilo Algısı	Memnunum	110	28,9
	Memnun değilim	270	71,1
Doğal Gıda Tüketmeye Özen Gösterme	Evet	305	80,3
	Hayır	75	19,7
	Toplam	380	100,0
Yemek Yeme Biçimi	Aileyle	359	94,5
	Yalnız	20	5,3
	Arkadaşla	1	,3

	Toplam	380	100,0
Gebe Kalma Şekli	Planlı	303	79,7
	Plansız	77	20,3
	Toplam	380	100,0
Düşük/Ölüm	Var	88	23,2
Öyküsü Bulunma	Yok	292	76,8
	Toplam	380	100,0
Beslenme	Çok	16	4,2
Düzenine Dikkat	Normal	177	46,6
Etme Durumu	Biraz	136	35,8
	Hiç	51	13,4
	Toplam	380	100,0
Beslenme	Her zaman	53	13,9
Hakkında Bilgi	Sık sık	115	30,3
Alındığında	Nadiren	165	43,4
Davranış	Hiçbir Zaman	47	12,4
Değişikliği	Toplam	380	100,0

Katılımcıların açık uçlu olan demografik özelliklerine ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Açık Uçlu Değişkenler İçin Betimleyici İstatistikler

Ölçekler	**Toplam**	
	$\bar{x}$	**ss**
Yaş	31,83	4,14
Kilo	68,24	38,15
Boy	164,05	7,22
Ham. Hariç En Yüksek Kilo	68,74	12,94
Yet. En Düşük Kilo	54,23	7,80
Çocuk Yaşı (Ay)	17,41	10,90
BKİ	24,67	4,27

Tablo 2'de araştırmanın açık uçlu değişkenleri olan yaş, kilo ve boy için ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Yaş tüm katılımcılarda katılımcılarda, ortalama= 31,83 ve standart sapma= 4,14 olarak belirlenmiştir.

Kilo tüm katılımcılarda ortalama= 68,24 ve standart sapma= 38,15 olarak belirlenmiştir.

Boy tüm katılımcılarda ortalama= 164,05 ve standart sapma= 7,22 olarak belirlenmiştir.

Hamilelik dönemi hariç en yüksek kilo tüm katılımcılarda ortalama= 68,74 ve standart sapma= 12,94 olarak belirlenmiştir.

Yetişkinlikte en düşük kilo tüm katılımcılarda ortalama= 54,23 ve standart sapma= 7,80 olarak belirlenmiştir.

Çocuk yaşı tüm katılımcılarda ortalama= 17,41 ve standart sapma= 10,90 olarak belirlenmiştir.

Beden kitle indeksi tüm katılımcılarda ortalama= 24,67 ve standart sapma= 4,27 olarak belirlenmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Veri toplamak için sırasıyla araştırmacı tarafından Sosyodemografik Bilgi Formu, Ortoreksiya Nevroza Değerlendirme Testi Kısa Formu (ORTO-11), Yeme Tutum Testi Kısa Formu (YTT-26), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DERS-36), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) bir araya getirilerek bir form oluşturulmuştur.

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik bilgi formu, araştırmacı tarafından çalışmaya katılan katılımcıların yaş, meslek, evlilik ve eğitim durumu, gelir düzeyi, boy ve kilo bilgisi, 0-36 aylık olan çocuğun bilgileri, kronik ve psikiyatrik hastalıklarının bilgisi, yeme ve egzersiz tutumları, diyet uygulayıp uygulamadıkları gibi bilgileri öğrenebilmek için oluşturulmuş çoktan seçmeli ya da açık uçlu sorulardır. (Bu formun örneği EK-2'de verilmiştir.)

3.3.2. ORTO-11

ORTO-11, ORTO-15 ölçeğinin kısa formudur ve çalışmaya katılan kadınların ortorektik yatkınlıklarını öğrenebilmek amacıyla kullanılmıştır. ORTO-15, Donini ve arkadaşları tarafından ortorektik eğilimleri anlayabilmek amacıyla Bratman'ın oluşturduğu on soruluk Ortoreksiya testinden bazı soruların çıkartılıp bazı sorunların eklenmesiyle oluşturulmuştur (Bratman 2000: Donini vd. 2004: 154- 156). Arusoğlu ölçeğin maddelerini aynı şekilde değiştirmeden Türkçeye uyarlamış ve ORTO-15'in geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmıştır (Arusoğlu 2006:5).

Arusoğlu ve arkadaşları daha sonra ORTO-15'in psikometrik özelliklerini incelmişler, bazı maddeleri istatistiksel gücü yeterli olmadığı için çıkartmışlar ve ORTO-11 ölçeğini oluşturmuşlardır (Arusoğlu vd. 2008:287-288). ORTO-11 ölçeği 3,4,5,6,7,8,10,11,12,13 ve 14 numaralı maddelerden oluşmaktadır. Bu maddelerden sadece 8.madde ters olarak puanlanmaktadır. ORTO-15 ölçeğinin 4'lü likert tipi

değerlendirilmesi ORTO-11'de de aynen korunmuş, '"her zaman=1", "sık sık=2", "bazen=3", "hiçbir zaman=4" şeklinde puanlanmıştır. Maddelere verilen 1 puanı ortorektik eğilimi yansıtırken, 4 puanı ortorektik olmayan yatkınlığı ifade etmektedir. Dolayısıyla ölçekten alınan düşük puanlar ortorektik eğilimi anlatmaktadır. Ayrıca yapılan faktör analizi sonucunda maddelerin çoğunun ilk faktöre toplanması, ikinci ve üçüncü faktörlere sadece ikişer maddenin girmesi nedeniyle ölçeğin tek bir yapı olarak alınmasının daha doğru olacağına karar verilmiştir. Ölçeğin son halinin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.62 olarak hesaplanmıştır (Arusoğlu vd. 2008: 288). Yapılan bu çalışmada ise Cronbah Alfa değeri .59'tür. (Bu formun örneği EK-3'te verilmiştir.)

3.3.3. Yeme Tutumu Testi Kısa Formu (YTT-26)

Yeme Tutumu Testinin orijinal formu (YTT-40) Garner ve Garfinkel (1979) tarafından riskli yeme tutumlarını özellikle anoreksiya nervozayı belirleyebilmek amacıyla oluşturulmuştur. 40 maddeden oluşan bu testin iki farklı hasta grup ve iki farklı kontrol grubu karşılaştırılarak geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda gruplar arasında anlamlı fark bulunmuş, testin anoreksiya nervozalı bireyleri olmayan bireylerden ayırt edebildiği görülmüştür. YTT-40, "daima", "çok sık", "sık sık", "bazen", "nadiren" ve "hiçbir zaman" seçeneklerinden oluşan 6'lı likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Testten en fazla 120 puan alına bilinir. Testten elde edilen puanlar azaldıkça yeme tutumunun bozulmaya başladığı kabul edilir. Özellikle 30 ve altında ise bireyin yeme bozukluğuna sahip olabileceği düşünülür (Garner, Garfinkel 1979: 273). Testin Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması Erol ve Savaşır (1989) tarafından yapılmış, testin AN belirtilerini ölçeme başarılı bir araç olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışmada YTT-40'ın iç tutarlık çalışması .70 bulunmuştur (Erol, Savaşır 1989:22-24).

YTT-26 ise YTT-40'ın Gardner ve arkadaşları tarafından gözden geçirilerek oluşturulmuş kısa formudur. YTT-40 160 anoreksik hastaya ve 140 üniversite öğrencisine tekrar uygulanmış, faktör çalışmaları yapılmış ve testin üç faktörlü olduğu anlaşılmıştır. Bunlar: diyet yapma, bulimia- yeme meşguliyeti ve yeme kontrolüdür. 40 maddeden 16 tanesi hiçbir faktöre girmediği için bu 16 madde iptal edilerek Yeme Tutumu Testi Kısa Formu (YTT-26) oluşturulmuştur (Gardner vd. 1982:873). Ölçek A, B ve C bölümlerinden oluşmaktadır. B bölümünde ölçek maddeleri sıralanmış olup, 6'lı likert tipi değerlendirme "3 = Daima, 2 = Çok sık, 1 = Sık sık, 0 =Bazen, 0=Nadiren, 0= Hiçbir zaman'' şeklinde puanlanmaktadır. Sadece 26.madde ters olarak puanlanmaktadır. A ve C bölümleri tanıyı kolaylaştırmak amacıyla sorulmuş ek sorulardır, bu bölümdeki cevaplar puanlamaya dahil edilmez. YTT-26'dan alınan 20 ve üzerindeki puanlar riskli yeme tutumunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbah alfa değeri anoreksik vakalar için .90 iken sağlıklı bireyler için .83; Faktör 1 (diyet yapma) için anoreksik ve kontrol grupları için sırasıyla .90 ve .86; Faktör 2 (bulimiya ve yeme meşguliyeti) için sırasıyla .84 ve .61; Faktör 3 (yemeyi kontrol) için ise sırasıyla .83 ve .46 olarak raporlanmıştır. (Ergüney-Okumuş, Sertel-Berk 2020:9). Bu çalışmada bulunan iç tutarlılık ise .72 olarak bulunmuştur. (Bu formun örneği EK-4'te verilmiştir.)

3.3.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ-36)

DDGÖ-36, Gratz ve Roomer tarafından 2004 yılında geliştirilen Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Türkçe'ye Rugancı ve Gençöz (2010) tarafından çevrilmiş, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. 36 soru içeren ölçek, 5'li Likert kullanılarak oluşturulmuştur (1-hemen hemen hiç, 5-hemen hemen her zaman). Ölçekte ters kodlanan maddeler vardır. Bunlar:1,2,6,7,8,10,17,20,22,24 ve 34. maddelerdir. Ölçeğin kesme puanı belirlenmemiş, ölçekten alınan puanlar arttıkça duygu düzenlemede güçlüğün arttığı kabul edilmiştir. DDGÖ'nin 6 tane alt boyutu vardır. Bunlar ''farkındalık'' (duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın olmadığını anlatır), ''açıklık'' (duygusal tepkilerin anlaşılmadığını ifade eder), ''kabul etmeme'' (duygusal tepkilerin kabul edilmediğini söyler), ''stratejiler'' (etkili/işlevsel duygu düzenleme becerilerinin kullanılamadığını anlatır), ''dürtü'' (duygu düzenleme sırasında dürtü kontrolünde sorun yaşamayı ifade eder), ''amaçlar'' (duyguları düzenlerken amaç odaklı davranışları yerine getirememe)'dır. Gratz ve Roomer ölçeğin Cronbach Alpha katsayısını .93 bulmuşlardır. Alt boyutlarının iç tutatlılık katsayıları .88 ile .89 arasında değişmektedir. Test-tekrar test çalışmalarında ise güvenilirlik .88 olarak bulunmuştur. Rugancı ve Gençöz tarafından yapılan Türkçe'ye uyarlama çalışmasında ölçeğin 10.maddesi diğer maddeler ile düşük korelasyona sahip olması nedeniyle değiştirilmiş, aynı ifade farklı şekilde söylenerek eklenmiştir. Türkçe formunun iç geçerlilik katsayısı .94 olarak bulunmuş, alt boyutlarının katsayılarının ise .90 ile .75 arasında değiştiği bildirilmiştir. Test-tekrar test güvenilirliği ise .83 olarak bulunmuştur (Rugancı, Gençöz 2010: 442-453). Mevcut çalışmada iç tutarlılık kat sayısı .94'dir. (Bu formun örneği EK-7'te gösterilmiştir.)

3.3.5. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği, Rosenberg tarafından 1965 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçek Çuhandaroğlu (1986) tarafından Türkçeye çevrilip, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Tuğrul (1994) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin yetişkin örnekleminin geçerlik ve güvenirlik çalışması Korkmaz (1996) tarafından yüksek lisans tezi olarak yayınlanmıştır (Korkmaz 1996). Orijinal ölçekte 63 maddenin yer aldığı 12 alt boyutu vardır. Ölçeğin alt boyutlarından biri benlik saygısıdır. Ölçekteki alt boyutlar ayrı ayrı kullanılabilmektedir. Bu çalışmada ölçeğin 10 soruluk benlik saygısı alt boyutu kullanılmıştır. Benlik Saygısı alt ölçeğinde 5 soru ters kodlanmaktadır dolayısıyla ölçekten alınabilecek puanlar 0-6 arasındadır. Benlik saygısı alt kategorisinde 0-2 puan yüksek, 2-4 puan orta, 5-6 puan ise düşük benlik saygısına işaret etmektedir (Korkmaz 1996:49). Dolayısıyla ölçekten alınan puan yükseldikçe benlik saygısının düştüğü ifade edilmektedir. Rosenberg (1965) yaptığı güvenirlik çalışmasında ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısı .82-.88; Cronbach alpha katsayısı .77 ile .88 arasında bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe formu için ise test-tekrar test güvenirlik katsayısı .48 ile .79 arasında değişmektedir. Yapılan bu çalışmada RBSÖ'nin iç tutarlık katsayısı .80 olarak bulunmuştur. (Bu formun örneği EK-8'te gösterilmiştir.)

3.3.6. Beck Depresyon Envanteri

Beck depresyon envanteri (BDE), yetişkin bireylerde depresyon düzeyini ölçmek ve belirtilerin şiddetini ve sıklığını belirlemek amacıyla Beck ve arkadaşları (1961:561) tarafından oluşturulmuştur. Bu ölçeğin Türkçe'ye uyarlayıp, geçerlik ve güvenilirliği Hisli (1989: 3-13) tarafından yapılmıştır. Ölçek 21 sorudan oluşan, son iki hafta içindeki depresyon belirtilerini sorgulayan öz bildirime dayalı 4'lü Likert tipli bir ölçektir. Puanlar 0-3 arasında değişmektedir ve ölçekten alına bilinecek puanlar 0-63 arasındadır. Elde edilen puanlar 0-9 puan arasındaysa bu ''minimal düzeyde'' depresyon olarak yorumlanırken 10-16 arasında alınan puanlar ''hafif düzeyde'' depresif belirtiler olarak ifade edilir. Ölçekten alınan puan eğer 17-29 arasında ise bu puan ''orta düzeyde'' depresif belirtileri ifade ederken 30-36 arasında alınan puan ''şiddetli düzeyde'' depresif belirtiler olarak yorumlanır (Hisli, 1989: 3-13). Ölçeğin orijinal formunun Cronbach Alpha katsayısı .88 olarak belirlenmiştir. Hisli (1989:3-13) tarafından yapılan Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasında iç tutarlık katsayısı .80 olarak bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada kullanılan ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı .86'tir. (Bu formun örneği EK-5'te gösterilmiştir.)

3.3.7. Beck Anksiyete Envanteri

Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Beck ve arkadaşları tarafından anksiyete semptomlarının sıklığının ve şiddetinin belirlenmesi amacıyla oluşturulmuş bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçekte 21 madde vardır ve ölçek 0-3 arasında puanlanan Likert tipli bir ölçektir. Ölçek maddelerinde yer alan ifadelerin bireyi ne kadar etkilediği sorulmakta ve kişiden derecelendirerek maddeleri puanlaması istenmektedir. Ölçekten alınabilecek puan 0-63 arasında olup, alınan puanın artması anksiyete şiddetinin de arttığını ifade eder. Türkçe'ye uyarlama çalışmaları Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılıp geçerlik ve güvenirlik özellikleri istatistiksel olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı .93 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlık kat sayısı ise .92'dir. (Bu formun örneği EK-6'te gösterilmiştir.)

3.4. İşlem

Yapılan bu çalışmaya Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırma ve Etik Kurulu'ndan izin alınarak başlanmıştır. Veriler 2021 yılının Nisan-Ağustos ayları arasında elde edilmiştir. Veri toplama süreci var olan SARS-CoV-2 salgını nedeniyle sosyal medya aracılığıyla yürütülmüştür. Çalışmaya başlamadan önce katılımcılara bilgilendirilmiş onam formu sunularak çalışmaya katılmaları için onayları alınmış, istedikleri zaman çalışmadan ayrılabilecekleri aktarılmıştır. Araştırmada katılımcılardan demografik bilgi formunda bulunan bilgiler haricinde herhangi bir kimlik bilgisi istenmemiş, katılımcılara bireysel değerlendirme yapılmayacağı toplu bir şekilde sonuçların analiz edileceği açıklanmıştır. Katılımcılardan öncelikli olarak demografik bilgi formu ve ortoreksiya nervoza değerlendirme ölçeği kısa formu (ORTO-11) cevaplanması istenmiş ardından herhangi bir sıra

gözetmeksizin, yeme tutumu testi kısa formu (YTT-26), duygu düzenleme güçlüğü ölçeği (DDGÖ), Rosenberg benlik saygısı ölçeği (RBSÖ), Beck depresyon envanteri (BDE) ve Beck anksiyete envanterini (BAE) doldurmuşlardır. Ölçekleri doldurmak yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmüştür.

3.5. Verilerin Analizi

Anket formları ile elde edinilen cevaplar IBM SPSS Statistics 25 programı kullanılarak analiz yapılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarından ORTO-11 ölçeğinin alt boyutu olmaması nedeniyle katılımcıların aldığı toplam puan üzerinden analiz edilmiştir. Diğer ölçüm aracı olan YTT-26, toplam puanları ve üç alt boyutu (diyet, kısıtlama, sosyal baskı) dört ayrı puan türü oluşturularak hesaplanmıştır. DDGÖ, toplam puan ve altı alt boyut puanları hesaplanarak analiz edilmiştir. Kullanılan diğer ölçüm araçları olan BDE, BAE ve Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği alt boyutları olmaması nedeniyle sadece toplam puanlar hesaplanarak analize dahil edilmişlerdir.

Verilerin normalliği çarpıklık ve basıklık değerlerine bakılarak incelenmiştir. Dağılımın normalliği ile ilgili çarpıklık ve basıklık katsayılarına bakılarak alan yazında belirli kesme noktaları belirlenmiştir. Yani, eğer dağılım normal ise çarpıklık ve basıklık katsayılarının -1 ile 1 aralığında olması gerektiği eğer çarpıklık katsayısı -1 ile 1 aralığında ise basıklık katsayısının -2 ile 2 aralığında, eğer basıklık katsayısı -1 ile 1 aralığında ise çarpıklık katsayısının -2 ile 2 aralığında olabileceği belirtilmektedir (Uysal, Kılıç 2022:223). Bu araştırmada verilerin normal dağıldığı belirlenmiş ve dolayısıyla analiz sırasında parametrik testler tercih edilmiştir. Ölçeklerin araştırma örneklemi ile tutarlılığı Cronbach alfa yöntemi ile analiz edilmiştir. Güvenirlik katsayısı değerinin 0.40-0.60 arasında yer alması düşük güvenirlik, 0.60-0.90 arasında yer alması oldukça yeterli güvenirlik, 0.90-1 arasında yer alması yüksek güvenirlik anlamına gelmektedir (Özdamar 1999: 27). Çalışmada yer alan ORTO-11 dışındaki ölçekler ve alt ölçeklerin oldukça yeterli ve yüksek güvenirlik gösterdiği görülmüştür.

Gruplar arasında farklılık olup olmadığına bakılması amacıyla bağımsız örneklemler için t-Testi Analizi uygulanmıştır. Bağımsız değişkenlerdeki kategori sayısı 3 veya daha fazla olduğu durumlarda Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin kendi aralarındaki ilişkilerini belirlemek için Pearson Korelasyon Analizi yapılmış olup, Yeme Tutumu Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının ORTO-11'i yordama gücünün belirlenmesi amacıyla Çoklu Regresyon Analizi yapılmıştır. Ortoreksiya nervozanın ölçek ve sosyodemografik bilgiler tarafından yordanma durumunu analiz etmek için Hiyerarşik Regresyon Analizi uygulanmıştır. Bulguların anlamlı olup olmadığının yorumlanmasında %95 güven aralığı ve .05, .01 önem düzeyleri ölçüt alınmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde araştırmacı tarafından araştırma soruları doğrultusunda gerçekleştirilen istatiksel analizlerden elde edilen veriler sunulmuştur. Katılımcılardan elde edilen veriler internet aracılığı ile toplandığı ve soruların boş bırakılmasına izin verilmediğinden dolayı kayıp veri bulunmamaktadır. Çeşitli nedenlerle 18 veri silinmek zorunda kalmıştır. Sonuç olarak tüm analizler 380 katılımcının sahip olduğu veriler doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

4.1. Ölçeklerin Normallik Dağılımları ve Güvenirlilikleri

Tablo 3 'de Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği için Cronbach's Alfa güvenirlik analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 3. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği için Cronbach's Alfa Güvenirlik Analizi Sonuçları

Ölçekler	Cronbach's Alfa
ORTO-11	0.59
Yeme Tutumu Testi Kısa Formu	0.72
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	0.94
Beck Depresyon Ölçeği	0.86
Beck Anksiyete Ölçeği	0.92
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	0.80

Ortoreksiya Nervoza Ölçeği için Cronbach's Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.59 olarak hesaplanmıştır. Yeme Tutumu Testi için Cronbach's Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.72 olarak hesaplanmıştır. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği için Cronbach's Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.94 olarak hesaplanmıştır. Beck Depresyon Ölçeği için Cronbach's Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.86 olarak hesaplanmıştır. Beck Anksiyete Ölçeği için Cronbach's Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.92 olarak hesaplanmıştır. Rosenberg Benlik Saygısı Öleği Ölçeği için Cronbach's Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4'te Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği için Normallik Testi Sonuçları verilmiştir.

Tablo 4. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi ve alt ölçekleri, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ve alt ölçekleri, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği için Normallik Testi Sonuçları

Ölçekler	Çarpıklık	Basıklık
Ortoreksiya Nervoza Ölçeği	.065	.073
Yeme Meşguliyeti	1.240	1.484
Kısıtlama	1.241	1.633
Sosyal Baskı	1.462	1.727
YTT-Toplam	.848	.692
Açıklık	.416	-.543
Farkındalık	.370	-.168
Dürtü	.521	-.326
Kabul Etmeme	.619	-.264
Amaçlar	-.022	-.536
Stratejiler	.574	-.326
DDGÖ-Toplam	.374	-.277
Beck Depresyon Ölçeği	1.217	1.786
Beck Anksiyete Ölçeği	1.145	.785
RBSÖ	1.485	1.837

4.2. ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine Yönelik Betimleyici Verilerin Analizi

Tablo 5. Ortoreksiya Nervoza-11 Ölçeği İçin Betimleyici İstatistikler

	Toplam	
Ölçekler	**$\bar{x}$**	**ss**
ORTO-11	24,69	4,18

Tablo 5'de Ortoreksiya Nervoza Ölçeği için tüm katılımcı grubuna yönelik ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

ORTO-11 için tüm katılımcılarda, ortalama= 24,69 ve standart sapma= 4,18 olarak belirlenmiştir.

Tablo 6. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği İçin Betimleyici İstatistikler

Ölçekler	Toplam	
	$\bar{x}$	ss
R. Benlik Saygısı Ölçeği	1,27	1,34

Tablo 6'da Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği için tüm katılımcı grubuna yönelik ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği için tüm katılımcılarda ortalama= 1,27 ve standart sapma= 1,34 olarak belirlenmiştir.

Tablo 7. Yeme Tutumu Testi İçin Betimleyici İstatistikler

Ölçekler	Toplam	
	$\bar{x}$	ss
Yeme Meşguliyeti	5,54	5,47
Kısıtlama	3,00	2,96
Sosyal Baskı	1,58	2,05
YTT-Toplam	11,48	7,59

Tablo 7'de Yeme Tutumu Testi için katılımcılar ile tüm katılımcı grubuna yönelik ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Yeme Tutumu Testi Yeme Meşguliyeti boyutu için tüm katılımcılarda ortalama= 5,54 ve standart sapma= 5,47 olarak belirlenmiştir. Kısıtlama alt boyutu için tüm katılımcılarda ortalama= 3,00 ve standart sapma= 2,96 olarak belirlenmiştir. Sosyal Baskı alt boyutu için tüm katılımcılarda ortalama= 1,58 ve standart sapma= 2,05 olarak belirlenmiştir. Ölçek toplam puanı için tüm katılımcılarda ortalama= 11,48 ve standart sapma= 7,59 olarak belirlenmiştir.

Tablo 8. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği İçin Betimleyici İstatistikler

Ölçekler	Toplam	
	$\bar{x}$	ss
Açıklık	10,62	3,96
Farkındalık	12,47	4,00
Dürtü	14,14	5,58
Kabul Etmeme	13,74	5,82
Amaçlar	15,30	4,92
Stratejiler	18,85	7,29
DDGÖ-Toplam	85,13	24,96

Tablo 8'de Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği için tüm katılımcı grubuna yönelik ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Açıklık alt boyutu için olarak tüm katılımcılarda, ortalama= 10,62 ve standart sapma= 3,96 olarak belirlenmiştir. Farkındalık alt boyutu için tüm katılımcılarda, ortalama= 12,47 ve standart sapma= 4,00 olarak belirlenmiştir. Dürtü alt boyutu için tüm katılımcılarda, ortalama= 14,14 ve standart sapma= 5,58 olarak belirlenmiştir. Kabul Etmeme tüm katılımcılarda, ortalama= 13,74 ve standart sapma= 5,82 olarak belirlenmiştir. Amaçlar alt boyutu için tüm katılımcılarda, ortalama= 15,30 ve standart sapma= 4,92 olarak belirlenmiştir. Stratejiler alt boyutu için tüm katılımcılarda, ortalama= 18,85 ve standart sapma= 7,29 olarak belirlenmiştir. Ölçek toplam puanı için tüm katılımcılarda, ortalama= 85,13 ve standart sapma= 24,96 olarak belirlenmiştir.

Tablo 9. Beck Depresyon Ölçeği İçin Betimleyici İstatistikler

	Toplam	
Ölçekler	**$\bar{x}$**	**ss**
Beck Depresyon Ölçeği	11,68	7,60

Tablo 9'da Beck Depresyon Ölçeği için tüm katılımcı grubuna yönelik ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Beck Depresyon Ölçeği için tüm katılımcılarda, ortalama= 11,86 ve standart sapma= 7,60 olarak belirlenmiştir.

Tablo 10. Beck Anksiyete Ölçeği İçin Betimleyici İstatistikler

	Toplam	
Ölçekler	**$\bar{x}$**	**ss**
Beck Anksiyete Ölçeği	12,84	10,96

Tablo 10'da Beck Anksiyete Ölçeği için tüm katılımcı grubuna yönelik ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Beck Anksiyete Ölçeği için tüm katılımcılarda ortalama= 12,84 ve standart sapma= 10,96 olarak belirlenmiştir.

4.3.ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesine Yönelik Bulgular

Bu bölümde, ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının demografik değişkenlere göre incelenmesine yönelik analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 11. ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Çalışma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
ORTO-11	Çalışan	158	24,02	4,23	-2,673	378	**.008****
	Çalışmayan	222	25,17	4,08			
Yeme Tutumu Testi	Çalışan	158	12,16	7,96	1,481	378	.140
Kısa Formu	Çalışmayan	222	10,99	7,29			
Duygu Düzenleme	Çalışan	158	84,47	26,35	-,438	378	.662
Güçlüğü Ölçeği	Çalışmayan	222	85,61	23,98			
Beck Depresyon	Çalışan	158	11,79	8,27	,231	378	.817
Ölçeği	Çalışmayan	222	11,61	7,09			
Beck Anksiyete	Çalışan	158	12,26	10,75	-,870	378	.385
Ölçeği	Çalışmayan	222	13,25	11,12			
Rosenberg Benlik	Çalışan	158	1,22	1,28	-,640	378	.522
Saygısı Ölçeği	Çalışmayan	222	1,31	1,38			

*p<,05; **p<,01; [a]Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo 11'de ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının çalışma durumuna göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi bulguları verilmiştir.

ORTO-11 ($t_{(378)}$= -2,673 ; p<,05) puanlarının çalışma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Çalışmayan katılımcıların Ortoreksiya Nervoza Ölçeği puanlarının çalışan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yeme Tutumu Testi Kısa Formu, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p> ,05).

Tablo 12. ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Sigara Kullanma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
ORTO-11	Kullanan	68	25,09	4,85	,863	378	.389
	Kullanmayan	312	24,61	4,02			
Yeme Tutumu Testi	Kullanan	68	11,34	6,90	-,165	378	.869
Kısa Formu	Kullanmayan	312	11,51	7,74			

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	Kullanan	68	86,01	26,56	,321	378	.749
	Kullanmayan	312	84,94	24,64			
Beck Depresyon Ölçeği	Kullanan	68	13,04	8,39	1,633	378	.103
	Kullanmayan	312	11,39	7,39			
Beck Anksiyete Ölçeği	Kullanan	68	14,63	12,12	1,374[a]	90,995	.173
	Kullanmayan	312	12,45	10,67			
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Kullanan	68	1,22	1,09	-,360	378	.719
	Kullanmayan	312	1,29	1,39			

*p<,05; **p<,01; [a]Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo 12'de ORTO-11, Yeme Tutumu Testi Kısa Formu, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının sigara kullanma durumuna göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi bulguları verilmiştir.

ORTO-11, Yeme Tutumu Testi Kısa Formu, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p> .05).

Tablo 13. ORTO-11, Yeme Tutumu Testi Kısa Formu, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Alkol Kullanma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	**Gruplar**	**n**	**$\bar{x}$**	**ss**	**t**	**sd**	**p**
ORTO-11	Kullanan	84	25,23	4,39	1,330	378	.184
	Kullanmayan	296	24,54	4,11			
Yeme Tutumu Testi Kısa Formu	Kullanan	84	11,36	6,32	-,185[a]	164,176	.854
	Kullanmayan	296	11,51	7,92			
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	Kullanan	84	82,63	24,82	-1,041	378	.298
	Kullanmayan	296	85,84	25,00			
Beck Depresyon Ölçeği	Kullanan	84	10,88	6,42	-1,099	378	.273
	Kullanmayan	296	11,91	7,89			
Beck Anksiyete Ölçeği	Kullanan	84	12,15	11,53	-,648	378	.517
	Kullanmayan	296	13,03	10,81			
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Kullanan	84	1,37	1,32	,739	378	.460
	Kullanmayan	296	1,25	1,34			

*p<.05; **p<.01; [a]Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo 13'te ORTO-11, Yeme Tutumu Testi Kısa Formu, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının alkol kullanma durumuna göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi bulguları verilmiştir.

ORTO-11, Yeme Tutumu Testi Kısa Formu, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının alkol kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p> .05).

Tablo 14. ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Kronik Hastalık Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
ORTO-11	Var	66	24,42	4,27	,573	378	.567
	Yok	314	24,74	4,15			
Yeme Tutumu Testi	Var	66	12,84	7,40	-1,620	378	.106
Kısa Formu	Yok	314	11,18	7,60			
Duygu Düzenleme	Var	66	88,74	28,17	-1,171	86,316[a]	.245
Güçlüğü Ölçeği	Yok	314	84,37	24,21			
Beck Depresyon	Var	66	13,63	8,15	-2,310	378	.21
Ölçeği	Yok	314	11,27	7,42			
Beck Anksiyete	Var	66	16,31	11,54	-2,863	378	**.04***
Ölçeği	Yok	314	12,10	10,71			
Rosenberg Benlik	Var	66	1,03	0,97	2,048	128,302[a]	.43
Saygısı Ölçeği	Yok	314	1,32	1,39			

*p<.05; **p<.01; [a]Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo 14'te ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının kronik hastalık durumuna göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi bulguları verilmiştir.

Beck anksiyete ölçeğinde ($t_{(-2,863)}$=; 378; p<.05) puanlarının kronik hastalık durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. En az bir tane kronik hastalığının olduğunu ifade eden katılımcıların Beck anksiyete Ölçeği puanlarının hiç kronik hastalığı olmadığını ifade eden katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür

ORTO-11, YTT-26, DDGÖ, BDÖ ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının kronik hastalık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p> .05).

Tablo 15. ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Sağlık Durumu Değerlendirme İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
ORTO-11	Sağlıklıyım	308	24,70	4,24	,127[a]	114,183	.89
	Sağlıklı değilim	72	24,63	3,88			
Yeme Tutumu Testi Kısa Formu	Sağlıklıyım	308	11,32	7,35	-,750[a]	97,069	.455
	Sağlıklı değilim	72	12,13	8,53			
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	Sağlıklıyım	308	82,40	24,18	-4,428[a]	104,235	**.000****
	Sağlıklı değilim	72	96,81	25,02			
Beck Depresyon Ölçeği	Sağlıklıyım	308	10,69	6,90	-4,661[a]	91,974	**.000****
	Sağlıklı değilim	72	15,91	8,90			
Beck Anksiyete Ölçeği	Sağlıklıyım	308	11,18	9,82	-6,397	378	**.000****
	Sağlıklı değilim	72	19,91	12,69			
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Sağlıklıyım	308	1,30	1,39	,992[a]	131,851	.323
	Sağlıklı değilim	72	1,15	1,08			

*p<.05; **p<.01; [a]Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo 15'de ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının sağlıklı olma durumuna göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi bulguları verilmiştir.

Beck depresyon ölçeğinde ($t_{(91,974)}$=; -4,661; p<.05) puanlarının sağlıklı olma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Sağlıklı olmadığını ifade eden katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği puanlarının sağlıklı olduğunu düşünen katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Duygu düzenleme güçlüğü ölçeğinde ($t_{(104,235)}$=; -4,428; p<.05) puanlarının sağlıklı olma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Sağlıklı olmadığını ifade eden katılımcıların Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği puanlarının sağlıklı olduğunu düşünen katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Beck anksiyete ölçeğinde ($t_{(378)}$=; -6,397; p<.05) puanlarının sağlıklı olma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Sağlıklı olmadığını ifade eden katılımcıların Beck anksiyete Ölçeği puanlarının sağlıklı olduğunu düşünen katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yeme Tutumu Testi Kısa Formu, ORTO-11 ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının sağlıklı olduğunu düşünme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p> .05)

Tablo 16. ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Psikiyatrik Tanı Bulunma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
ORTO-11	Bulunan	33	24,06	4,45	-8,57[a]	37,467	.397
	Bulunmayan	347	24,75	4,14			
Yeme Tutumu Testi	Bulunan	33	15,33	10,10	3,091	378	**.002**
Kısa Formu	Bulunmayan	347	11,10	7,21			
Duygu Düzenleme	Bulunan	33	107,69	29,29	4,704[a]	36,008	**.000**
Güçlüğü Ölçeği	Bulunmayan	347	82,98	23,45			
Beck Depresyon	Bulunan	33	16,00	9,98	3,465	378	**.001**
Ölçeği	Bulunmayan	347	11,27	7,21			
Beck Anksiyete	Bulunan	33	21,48	13,92	4,881	378	**.000**
Ölçeği	Bulunmayan	347	12,01	10,29			
Rosenberg Benlik	Bulunan	33	1,66	1,38	1,712[a]	37,843	.095
Saygısı Ölçeği	Bulunmayan	347	1,23	1,33			

*p<.05; **p<.01; [a]Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo 16'da ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının psikiyatrik tanı durumuna göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi bulguları verilmiştir.

Duygu düzenleme güçlüğü ölçeğinde ($t_{(36,008)}$=; 4,704; p<.05) puanlarının psikiyatrik tanı durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Psikiyatrik tanısının olduğunu ifade eden katılımcıların Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği puanlarının psikiyatrik tanısının olmadığını ifade eden katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Beck depresyon ölçeğinde ($t_{(378)}$=; 3,465; p<.05) puanlarının psikiyatrik tanı durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Psikiyatrik tanısının olduğunu ifade eden katılımcıların Beck

Depresyon Ölçeği puanlarının psikiyatrik tanısının olmadığını ifade eden katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Beck anksiyete ölçeğinde ($t_{(378)}$=; 4,881; p<.05) puanlarının psikiyatrik tanı durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Psikiyatrik tanısının olduğunu ifade eden katılımcıların Beck anksiyete Ölçeği puanlarının psikiyatrik tanısının olmadığını ifade eden katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yeme tutumu testi($t_{(378)}$=; 3,091; p<.05) puanlarının psikiyatrik tanı durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Psikiyatrik tanısının olduğunu ifade eden katılımcıların Yeme Tutumu testi puanlarının psikiyatrik tanısının olmadığını ifade eden katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

ORTO-11 ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının psikiyatrik tanı durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p> .05).

Tablo 17. ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
ORTO-11	Kullanan	12	23,41	4,18	-1,072[a]	11,724	.305
	Kullanmayan	368	24,73	4,17			
Yeme Tutumu Testi Kısa Formu	Kullanan	12	14,00	9,16	,974[a]	11,589	.350
	Kullanmayan	368	11,39	7,52			
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	Kullanan	12	102,75	33,06	1,889[a]	11,397	.085
	Kullanmayan	368	84,55	24,50			
Beck Depresyon Ölçeği	Kullanan	12	11,91	8,74	,094[a]	11,544	.927
	Kullanmayan	368	11,67	7,56			
Beck Anksiyete Ölçeği	Kullanan	12	21,66	15,02	2,084[a]	11,367	.060
	Kullanmayan	368	12,55	10,71			
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Kullanan	12	1,33	1,61	,131[a]	11,493	.898
	Kullanmayan	368	1,27	1,33			

*p<.05; **p<.01; [a]Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo 17'de ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının psikiyatrik ilaç kullanma durumuna göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi bulguları verilmiştir.

ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının psikiyatrik ilaç kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p> .05).

Tablo 18. ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
ORTO-11	Alan	90	24,16	4,21	-1,357[a]	146,549	.177
	Almayan	290	24,85	4,15			
Yeme Tutumu Testi	Alan	90	13,71	8,52	2,952[a]	130,069	**.004****
Kısa Formu	Almayan	290	10,78	7,14			
Duygu Düzenleme	Alan	90	96,45	27,47	4,639[a]	130,303	**.000****
Güçlüğü Ölçeği	Almayan	290	81,62	23,07			
Beck Depresyon	Alan	90	14,05	8,75	3,073[a]	126,945	**.003****
Ölçeği	Almayan	290	10,94	7,05			
Beck Anksiyete	Alan	90	16,56	12,31	3,413[a]	129,639	**.001****
Ölçeği	Almayan	290	11,68	10,26			
Rosenberg Benlik	Alan	90	1,23	1,20	-,350[a]	166,940	.727
Saygısı Ölçeği	Almayan	290	1,28	1,37			

*p<.05; **p<.01; [a]Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo 18'de ORTO-11, YTT-26, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının psikolojik destek alma durumuna göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi bulguları verilmiştir.

Yeme tutumu testi($t_{(130,069)}$=; 2.952; p<.05) puanlarının psikolojik destek alma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Psikolojik destek aldığını ifade eden katılımcıların Yeme Tutumu testi puanlarının psikolojik destek almadığını ifade eden katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Duygu düzenleme güçlüğü ölçeğinde ($t_{(130,303)}$=; 4639; p<.05) puanlarının psikolojik destek alma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Psikolojik destek aldığını ifade eden katılımcıların Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği puanlarının psikolojik destek almadığını ifade eden katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Beck depresyon ölçeğinde ($t_{(126,945)}$=; 3,073; p<.05) puanlarının psikolojik destek alma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Psikolojik destek aldığını ifade eden katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği puanlarının psikolojik destek almadığını ifade eden katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Beck anksiyete ölçeğinde ($t_{(129,639)}$=; 3,413; p<.05) puanlarının psikolojik destek alma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Psikolojik destek aldığını ifade eden katılımcıların Beck anksiyete Ölçeği puanlarının psikolojik destek almadığını ifade eden katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür

ORTO-11 ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının psikolojik destek alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p> .05).

Tablo 19. ORTO-11, Yeme Tutumu Testi Kısa Formu, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Geçmişte Diyet Yapma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
ORTO-11	Yapan	224	24,26	3,90	-2,379[a]	302,978	**.018***
	Yapmayan	156	25,31	4,48			
Yeme Tutumu Testi	Yapan	224	13,28	8,04	6,091[a]	375,935	**.000****
Kısa Formu	Yapmayan	156	8,88	6,02			
Duygu Düzenleme	Yapan	224	85,58	24,09	,417	378	.677
Güçlüğü Ölçeği	Yapmayan	156	84,49	26,23			
Beck Depresyon	Yapan	224	11,58	7,28	-,305	378	.760
Ölçeği	Yapmayan	156	11,83	8,05			
Beck Anksiyete	Yapan	224	12,98	10,81	,304	378	.762
Ölçeği	Yapmayan	156	12,63	11,21			
Rosenberg Benlik	Yapan	224	1,30	1,32	,443	378	.658
Saygısı Ölçeği	Yapmayan	156	1,24	1,37			

*p<.05; **p<.01; [a]Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo 19'da ORTO-11, Yeme Tutumu Testi Kısa Formu, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Çalışma

geçmişte diyet yapma durumuna göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi bulguları verilmiştir.

ORTO-11 ($t_{(302,978)}$= -2,379 ; p<.05) ve YTT-26 ($t_{(375,935)}$= 6,091; p<.05) puanlarının geçmişte diyet yapma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Geçmişte diyet yapmayan katılımcıların ORTO-11 puanlarının geçmişte diyet yapan katılımcılardan; geçmişte diyet yapan katılımcıların Yeme Tutumu Testi Kısa Formu puanlarının geçmişte diyet yapmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının geçmişte diyet yapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p> .05).

Tablo 20. ORTO-11, Yeme Tutumu Testi Kısa Formu, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
ORTO-11	Yapan	79	24,37	3,97	-,777	378	.438
	Yapmayan	301	24,78	4,23			
Yeme Tutumu Testi	Yapan	79	13,42	7,92	2,575	378	**.010***
Kısa Formu	Yapmayan	301	10,97	7,43			
Duygu Düzenleme	Yapan	79	75,47	21,61	-3,940	378	**.000****
Güçlüğü Ölçeği	Yapmayan	301	87,67	25,20			
Beck Depresyon	Yapan	79	9,44	6,37	-2,977	378	**.003****
Ölçeği	Yapmayan	301	12,27	7,79			
Beck Anksiyete	Yapan	79	10,51	9,81	-2,304[a]	136,106	**.023***
Ölçeği	Yapmayan	301	13,45	11,18			
Rosenberg Benlik	Yapan	79	1,42	1,46	1,074	378	.283
Saygısı Ölçeği	Yapmayan	301	1,24	1,30			

*p<.05; **p<.01; [a]Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo 20'de ORTO-11, Yeme Tutumu Testi Kısa Formu, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının düzenli egzersiz yapma durumuna göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi bulguları verilmiştir.

Yeme Tutumu Testi Kısa Formu ($t_{(378)}$= 2,575 ; p<.05), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ($t_{(378)}$= -3,940; p<.051), Beck Depresyon Ölçeği ($t_{(378)}$= -2,977; p<.05) ve Beck Anksiyete Ölçeği ($t_{(136,106)}$= -2,304; p<.05) puanlarının geçmişte düzenli egzersiz yapma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı

görülmektedir. Düzenli egzersiz yapan katılımcıların Yeme Tutumu Testi puanlarının düzenli egzersiz yapmayan katılımcılardan; düzenli egzersiz yapmayan katılımcıların Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının düzenli egzersiz yapmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. ORTO-11 ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının düzenli egzersiz yapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p> .05).

Tablo 21. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Yemek Yeme Biçimine Göre İncelenmesine Yönelik Mann Whitney U Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	SO	ST	U	z	p
Ortoreksiya Nervoza Ölçeği	Aileyle	359	190,99	68564,00	3236,000	-,745	.457
	Yalnız	20	172,30	3446,00			
Yeme Tutumu Testi	Aileyle	359	191,25	68658,50	3141,500	-,942	.346
	Yalnız	20	167,58	3351,50			
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	Aileyle	359	189,19	67921,00	3301,000	-,606	.554
	Yalnız	20	204,45	4089,00			
Beck Depresyon Ölçeği	Aileyle	359	188,35	67616,00	22996,000	-1,247	.212
	Yalnız	20	219,70	4394,00			
Beck Anksiyete Ölçeği	Aileyle	359	187,75	67401,00	2781,000	-1,698	.089
	Yalnız	20	230,45	4609,00			
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Aileyle	359	188,37	67623,50	3003,500	-1,291	.197
	Yalnız	20	219,33	4386,50			

*p<.05; **p<.01

Tablo 21'de Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının yemek yeme biçimine göre incelenmesine ilişkin Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının yemek yeme biçimine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>.05).

Tablo 22. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Doğal Gıda Tüketmeye Özen Gösterme Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
Ortoreksiya Nervoza Ölçeği	Evet	305	24,29	4,03	-3,837	378	**.000****
	Hayır	75	26,32	4,38			
Yeme Tutumu Testi	Evet	305	11,74	7,52	1,373	378	.171
	Hayır	75	10,40	7,80			
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	Evet	305	83,30	24,11	-2,925	378	**.004****
	Hayır	75	92,61	27,06			
Beck Depresyon Ölçeği	Evet	305	11,26	7,21	-2,212	378	**.028***
	Hayır	75	13,41	8,85			
Beck Anksiyete Ölçeği	Evet	305	12,45	10,57	-1,283	102,016	.202
	Hayır	75	14,44	12,40			
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Evet	305	1,26	1,35	-,334	378	.739
	Hayır	75	1,32	1,31			

*p<.05; **p<.01; [a]Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo 22'de Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Çalışma doğal gıda tüketmeye özen gösterme durumuna göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi bulguları verilmiştir.

Ortoreksiya Nervoza Ölçeği ($t_{(378)}$= -3,837; p<.01), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ($t_{(378)}$= -2,925; p<.01) ve Beck Depresyon Ölçeği ($t_{(378)}$= -2,212; p<.05), puanlarının doğal gıda tüketmeye özen gösterme durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Doğan besin tüketmeye özen göstermeyen katılımcıların Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının doğal gıda tüketmeye özen gösteren katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yeme Tutumu Testi, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının doğal gıda tüketmeye özen gösterme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p> .05).

Tablo 23. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Gebelik Şekline Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
Ortoreksiya Nervoza Ölçeği	Planlı	303	24,46	4,04	-2,172	378	**.030***
	Plansız	77	25,61	4,57			
Yeme Tutumu Testi	Planlı	303	11,70	7,76	1,156	378	.248
	Plansız	77	10,58	6,85			
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	Planlı	303	83,86	24,30	-1,979	378	**.049***
	Plansız	77	90,14	27,00			
Beck Depresyon Ölçeği	Planlı	303	11,03	7,26	-3,378	378	**.001****
	Plansız	77	14,26	8,37			
Beck Anksiyete Ölçeği	Planlı	303	11,84	10,31	-3,191[a]	103,493	**.002****
	Plansız	77	16,78	12,55			
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Planlı	303	1,31	1,33	1,151	378	.250
	Plansız	77	1,12	1,37			

*p<.05; **p<.01; [a]Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo 23'de Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının gebelik şekline göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi bulguları verilmiştir.

Ortoreksiya Nervoza Ölçeği ($t_{(378)}$= -2,172; p<.01), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ($t_{(378)}$= -1,979; p<.01), Beck Depresyon Ölçeği ($t_{(378)}$= -3,378; p<.05) ve Beck Anksiyete Ölçeği ($t_{(103,493)}$= -3,191; p<.05), puanlarının doğal gıda tüketmeye özen gösterme durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Plansız doğum yapan katılımcıların Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının planlı doğum yapan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yeme Tutumu Testi ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının doğal gıda tüketmeye özen gösterme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>.05).

Tablo 24. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının

Düşük/Ölüm Öyküsü Bulunma Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
Ortoreksiya Nervoza Ölçeği	Var	88	24,90	3,77	,527	378	.599
	Yok	292	24,63	4,29			
Yeme Tutumu Testi	Var	88	11,05	7,38	-,607	378	.544
	Yok	292	11,61	7,66			
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	Var	88	89,26	23,83	1,774	378	.077
	Yok	292	83,89	25,20			
Beck Depresyon Ölçeği	Var	88	11,84	7,50	,221	378	.826
	Yok	292	11,64	7,63			
Beck Anksiyete Ölçeği	Var	88	12,33	10,94	-,497	378	.619
	Yok	292	12,99	10,99			
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Var	88	1,30	1,51	,174	378	.862
	Yok	292	1,27	1,29			

*p<.05; **p<.01; [a]Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo 24'de Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının düşük/ölüm öyküsü bulunma durumuna göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi bulguları verilmiştir.

Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının düşük/ölüm öyküsü bulunma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>.05).

Tablo 25. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Beslenme Hakkında Bilgi Alındığında Davranış Değişikliğine Gitme Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik ANOVA Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	$\bar{x}$	ss	F	sd	p	Fark
ORTO-11	Her zaman	53	22,11	4,20	22,066	3	**.000****	**3>1**
	Sık sık	115	23,44	3,69		376		**4>1**
	Nadiren	165	25,67	3,71				
	Hiçbir Zaman	47	27,21	4,40				
	Her zaman	53	14,79	7,45	6,868	3	**.000****	**1>3**
	Sık sık	115	12,54	8,29		376		

Yeme Tutumu Testi Kısa Formu	Nadiren	165	10,02	7,12				
	Hiçbir Zaman	47	10,23	5,97				
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	Her zaman	53	83,42	23,77	,875	3	.454	-
	Sık sık	115	83,89	27,73		376		
	Nadiren	165	87,42	23,53				
	Hiçbir Zaman	47	82,09	24,10				
Beck Depresyon Ölçeği	Her zaman	53	11,87	8,25	,377	3	.770	-
	Sık sık	115	11,65	7,95		376		
	Nadiren	165	11,36	7,06				
	Hiçbir Zaman	47	12,68	7,90				
Beck Anksiyete Ölçeği	Her zaman	53	15,42	12,48	1,760^{W}	3	.158	-
	Sık sık	115	13,70	11,62		129,367		
	Nadiren	165	11,73	9,80				
	Hiçbir Zaman	47	11,70	11,06				
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Her zaman	53	1,30	1,42	1,109^{W}	3	.348	-
	Sık sık	115	1,14	1,12		134,174		
	Nadiren	165	1,40	1,46				
	Hiçbir Zaman	47	1,13	1,30				

*p<.05; **p<.01; ^{W}Welch

Tablo 25'te Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının beslenme hakkında bilgi alındığında davranış değişikliğine gitme durumuna göre incelenmesine ilişkin ANOVA bulguları verilmiştir.

Ortoreksiya Nervoza Ölçeği ($F_{(3-376)}$= 22,066; p<.01) ve Yeme Tutumu Testi ($F_{(3-376)}$= 6,868; p<.05), puanlarının beslenme hakkında bilgi alındığında davranış değişikliğine gitme durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Nadiren ve hiçbir zaman yanıtını veren katılımcıların Ortoreksiya Nervoza Ölçeği puanlarının her zaman yanıtı veren katılımcılardan; her zaman yatnıtı veren katılımcıların Yeme Tutumu Testi puanlarının sık sık yanıtı veren katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının beslenme hakkında bilgi alındığında davranış değişikliğine gitme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>.05).

Tablo 26. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Eğitim Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
Ortoreksiya Nervoza Ölçeği	Lisans	64	25,69	3,96	2,376	364	**.018***
	Lisansüstü	302	24,37	4,04			
Yeme Tutumu Testi	Lisans	64	10,09	7,01	-1,687	364	.092
	Lisansüstü	302	11,86	7,72			
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	Lisans	64	85,50	24,59	,331	364	.741
	Lisansüstü	302	84,37	24,71			
Beck Depresyon Ölçeği	Lisans	64	12,80	8,39	1,371	364	.171
	Lisansüstü	302	11,37	7,37			
Beck Anksiyete Ölçeği	Lisans	64	13,27	12,17	,383	364	.702
	Lisansüstü	302	12,69	10,67			
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Lisans	64	1,17	1,25	-,661	364	.509
	Lisansüstü	302	1,29	1,37			

*p<.05; **p<.01; [a]Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo 26'da Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının eğitim durumuna göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi bulguları verilmiştir.

Ortoreksiya Nervoza Ölçeği ($t_{(364)}$= 2,376; p<.05) puanlarının eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Lisans düzeyinde eğitim gören katılımcıların Ortoreksiya Nervoza Ölçeği puanlarının lisansüstü düzeyde eğitim gören katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>.05).

Tablo 27. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Çocuk Sayısına Göre İncelenmesine Yönelik Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	SO	H	sd	p	Fark
Ortoreksiya Nervoza Ölçeği	Tek Çocuk	212	179,52	5,531	2	.063	-
	2 Çocuk	144	201,46				
	3+ Çocuk	24	221,77				
Yeme Tutumu Testi	Tek Çocuk	212	192,25	2,285	2	.244	-

	2 Çocuk	144	182,61				
	3+ Çocuk	24	222,38				
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	Tek Çocuk	212	184,38	5,712	2	.075	-
	2 Çocuk	144	191,58				
	3+ Çocuk	24	238,06				
Beck Depresyon Ölçeği	Tek Çocuk	212	182,05	3,868	2	.145	-
	2 Çocuk	144	197,67				
	3+ Çocuk	24	222,13				
Beck Anksiyete Ölçeği	Tek Çocuk	212	176,09	11,153	2	**.004****	**3>1**
	2 Çocuk	144	202,81				
	3+ Çocuk	24	243,92				
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Tek Çocuk	212	191,01	,847	2	.847	-
	2 Çocuk	144	187,99				
	3+ Çocuk	24	201,08				

*p<,05; **p<,01

Tablo 27'de Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının çocuk sayısına göre incelenmesine ilişkin Kruskal Wallis H testi bulguları verilmiştir.

Beck Anksiyete Ölçeği ($H_{(2)}$= 11,153; p<.01) puanlarının çocuk sayısına göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. 3 ve daha fazla çocuğa sahip olan katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının tek çocuğu bulunan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının çocuk sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>.05).

Tablo 28. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Gelir Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	SO	H	sd	p
Ortoreksiya Nervoza Ölçeği	2826 TL altı	22	220,59	8,737	4	.068
	2827– 5500 TL	110	208,90			
	5501 – 8000 TL	116	180,69			
	8001– 11000 TL	73	189,36			
	11000 TL üstü	59	165,67			
	2826 TL altı	22	216,75	4,745	4	.315

Yeme Tutumu Testi	2827– 5500 TL	110	177,92			
	5501 – 8000 TL	116	191,92			
	8001– 11000 TL	73	183,97			
	11000 TL üstü	59	209,46			
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	2826 TL altı	22	211,57	1,186	4	.880
	2827– 5500 TL	110	187,26			
	5501 – 8000 TL	116	190,60			
	8001– 11000 TL	73	185,12			
	11000 TL üstü	59	195,14			
Beck Depresyon Ölçeği	2826 TL altı	22	200,59	1,032	4	.905
	2827– 5500 TL	110	184,11			
	5501 – 8000 TL	116	195,41			
	8001– 11000 TL	73	185,66			
	11000 TL üstü	59	194,98			
Beck Anksiyete Ölçeği	2826 TL altı	22	215,93	2,888	4	.577
	2827– 5500 TL	110	187,26			
	5501 – 8000 TL	116	184,23			
	8001– 11000 TL	73	203,31			
	11000 TL üstü	59	183,53			
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	2826 TL altı	22	141,14	5,363	4	.252
	2827– 5500 TL	110	196,94			
	5501 – 8000 TL	116	191,66			
	8001– 11000 TL	73	191,92			
	11000 TL üstü	59	192,87			

*p<.05; **p<.01

Tablo 28'de Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının gelir durumuna göre incelenmesine ilişkin Kruskal Wallis H Testi bulguları verilmiştir.

Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>.05).

Tablo 29. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Kiloya Göre İncelenmesine Yönelik Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	SO	H	sd	p	Fark
Ortoreksiya Nervoza Ölçeği	Normal	90	213,34	9,746	2	**.008****	**1>2**
	Normal Üstü	276	180,30				
	Normal Altı	14	244,75				
Yeme Tutumu Testi	Normal	90	168,29	8,489	2	**.014***	**Fark Yok**
	Normal Üstü	276	200,17				
	Normal Altı	14	142,71				
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	Normal	90	174,37	2,812	2	.245	-
	Normal Üstü	276	196,26				
	Normal Altı	14	180,64				
Beck Depresyon Ölçeği	Normal	90	167,57	6,795	2	**.033***	**Fark Yok**
	Normal Üstü	276	195,76				
	Normal Altı	14	234,25				
Beck Anksiyete Ölçeği	Normal	90	176,91	1,905	2	.386	-
	Normal Üstü	276	194,27				
	Normal Altı	14	203,54				
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Normal	90	196,78	,534	2	.766	-
	Normal Üstü	276	189,01				
	Normal Altı	14	179,50				

*p<,05; **p<,01

Tablo 29'da Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının kiloya göre incelenmesine ilişkin Kruskal Wallis H testi bulguları verilmiştir.

Ortoreksiya Nervoza Ölçeği ($H_{(2)}$= 9,746; p<.01), Yeme Tutumu Testi ($H_{(2)}$= 8,489; p<.01) ve Beck Anksiyete Ölçeği ($H_{(2)}$= 6,795; p<.01) puanlarının kiloya göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Normal kiloya sahip olan katılımcıların Ortoreksiya Nervoza Ölçeği normal üstü kiloya sahip katılımcıların puanlarından daha yüksek olduğu görülmüştür. İkili karşılaştırmalar testinde Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutumu Testi puanlarının farklılaşmadığı belirlenmiştir.

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının kiloya göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>.05).

Tablo 30. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Kendilik Algısına Göre İncelenmesine Yönelik Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	$\bar{x}$	H	sd	p	Fark
Ortoreksiya Nervoza Ölçeği	Zayıf	22	194,80	5,148	3	.161	-
	Normal	152	202,16				
	Kilolu	161	187,11				
	Çok Kilolu	45	161,13				
Yeme Tutumu Testi	Zayıf	22	173,30	5,134	3	.162	-
	Normal	152	177,78				
	Kilolu	161	199,18				
	Çok Kilolu	45	210,81				
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	Zayıf	22	163,07	5,780	3	.123	-
	Normal	152	179,59				
	Kilolu	161	197,76				
	Çok Kilolu	45	214,80				
Beck Depresyon Ölçeği	Zayıf	22	219,89	8,406	3	**.038***	**Fark Yok**
	Normal	152	172,25				
	Kilolu	161	197,23				
	Çok Kilolu	45	213,71				
Beck Anksiyete Ölçeği	Zayıf	22	206,25	5,204	3	.157	-
	Normal	152	181,16				
	Kilolu	161	188,49				
	Çok Kilolu	45	221,52				
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Zayıf	22	181,43	,738	3	.864	-
	Normal	152	192,65				
	Kilolu	161	192,61				
	Çok Kilolu	45	180,11				

*p<.05; **p<.01

Tablo 30'da Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının kendilik algısına göre incelenmesine ilişkin Kruskal Wallis H testi bulguları verilmiştir.

Beck Depresyon Ölçeği ($H_{(2)}$= 8,406; p<.01) puanlarının kendilik algısına göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Ancak, İkili karşılaştırmalar testinde Beck Depresyon Ölçeği puanlarının farklılaşmadığı belirlenmiştir.

Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Kendilik Algısına puanlarının kendilik algısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p> .05).

Tablo 31. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Beslenme Düzenine Dikkat Etme Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	$\bar{x}$	H	sd	p	Fark
Ortoreksiya Nervoza Ölçeği	Çok	16	117,50	24,885	3	**.000****	**4>1**
	Normal	177	180,09				**4>2**
	Biraz	136	189,51				**4>3**
	Hiç	51	252,16				
Yeme Tutumu Testi	Çok	16	276,59	11,451	3	**.010***	**1>2**
	Normal	177	191,14				**1>3**
	Biraz	136	186,35				**1>4**
	Hiç	51	172,32				
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	Çok	16	115,44	18,535	3	**.000****	**4>2**
	Normal	177	175,72				**3>1**
	Biraz	136	205,10				**4>1**
	Hiç	51	226,41				
Beck Depresyon Ölçeği	Çok	16	186,28	24,060	3	**.000****	**3>2**
	Normal	177	161,74				**4>2**
	Biraz	136	216,95				
	Hiç	51	221,09				
Beck Anksiyete Ölçeği	Çok	16	199,38	11,681	3	**.009****	**4>2**
	Normal	177	172,15				
	Biraz	136	199,59				
	Hiç	51	227,17				
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Çok	16	198,63	1,923	3	.589	-
	Normal	177	196,25				
	Biraz	136	180,58				
	Hiç	51	194,46				

*p<.05; **p<.01

Tablo 31'de Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının

beslenme düzenine dikkat etme durumuna göre incelenmesine ilişkin Kruskal Wallis H testi bulguları verilmiştir.

Ortoreksiya Nervoza Ölçeği ($H_{(3)}$= 24,885; p<.01), Yeme Tutumu Testi ($H_{(3)}$= 11,451; p<.01), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ($H_{(3)}$= 18,535; p<.01), Beck Depresyon Ölçeği ($H_{(3)}$= 24,060; p<.01) ve Beck Anksiyete Ölçeği ($H_{(3)}$= 11,681; p<.01) puanlarının beslenme düzenine dikkat etme göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Hiç dikkat etmediğini belirten katılımcıların Ortoreksiya Nervoza Ölçeği puanlarının çok, normal ve biraz dikkat ettiğini belirten katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Çok dikkat ettiğini belirten katılımcıların Yeme Tutumu Testi puanlarının hiç, normal ve biraz dikkat ettiğini belirten katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Hiç dikkat etmediğini belirten katılımcıların Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği puanlarının hiç ve biraz dikkat ettiğini belirten katılımcılardan; biraz dikkat ettiğini belirten katılımcıların da çok dikkat ettiğini belirten katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Hiç ve biraz dikkat ettiğini belirten katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği puanlarının normal düzeyde dikkat ettiğini belirten katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Hiç dikkat etmediğini belirten katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının normal düzeyde dikkat ettiğini belirten katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının beslenme düzenine dikkat etme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>.05).

Tablo 32. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanları ile Açık Uçlu Değişkenler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Yönelik Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

Ölçekler	Yaş	EYK	EDK	Çocuk Yaş	BKİ
Ortoreksiya Nervoza Ölçeği	,020	-,063	-,067	-,048	-,075
Yeme Tutumu Testi	-,075	**,170****	**,132****	,063	**,119***
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	,009	,071	,084	-,028	,094
Beck Depresyon Ölçeği	,005	**,112***	,041	,004	**,120***
Beck Anksiyete Ölçeği	,049	**,131***	,064	-,001	**,108***
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	,048	-,082	-,072	-,110*	-,015

*p<.05; **p<.01

Tablo 32'de Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanları ile açık uçlu değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesine yönelik pearson korelasyon analizi sonuçları Pearson korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Yeme Tutumu Testi ile hamilelikte en yüksek kilo (r= ,132; p<.01) yetişkinlikte en düşük kilo (r= ,463; p<.01) ve BKİ (r= ,119; p<.05) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlemiştir. Beck Depresyon Ölçeği hamilelikte en yüksek kilo (r= ,112; p<.05) ve BKİ (r= ,120; p<.05) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlemiştir. Beck Anksiyete Ölçeği hamilelikte en yüksek kilo (r= ,131; p<.05) ve BKİ (r= ,108; p<.05) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlemiştir.

4.4 Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Yönelik Bulgular

Bu bölümde, Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesine yönelik Pearson korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 33. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Yönelik Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

Ölçekler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
ORTO-11 (1)	1													
Yeme Meşguliyeti (2)	**-,336****	1												
Kısıtlama(3)	**-,267****	**,223****	1											
Sosyal Baskı(4)	**-,168****	,064	**,223****	1										
YTT-Toplam(5)	**-,407****	**,821****	**,658****	**,394****	1									
Açıklık(6)	,053	**,232****	**-,238****	-,041	,027	1								
Farkındalık(7)	**,111***	,096	**-,211****	-,081	-,055	**,670****	1							
Dürtü(8)	-,011	**,223****	**-,164****	,072	,096	**,541****	**358***	1						
Kabul Etmeme(9)	-,030	**,229****	-,093	**,119***	**,141****	**,472****	**,282****	**,678****	1					
Amaç(10)	-,045	**,173****	**-,133****	,048	,059	**,371****	**,145****	**,713****	**,505****	1				
Stratejiler(11)	-,050	**,260****	**-,124***	**,118***	**,146****	**,490****	**,252****	**,805****	**,714****	**,732****	1			
DDGÖ-Toplam(12)	-,007	**,265****	**-,192****	,068	**,104***	**,713****	**,514****	**,900****	**,812****	**,770****	**,900****	1		
BDÖ(13)	,034	**,215****	**-,124***	,062	**,112***	**,423****	**,289****	**,433****	**,386****	**,374****	**,470****	**,511****	1	
BAÖ(14)	**-,141****	**,262****	-,007	**,153****	**,218****	**,318****	**,132***	**,446****	**,392****	**,383****	**,484****	**,479****	**,545****	1
RBSÖ(15)	-,030	,000	,001	,033	,026	-,079	-,101*	-,046	-,046	-,023	,017	-,049	-,083	-,014

Tablo 33'te Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi ve alt ölçekleri, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesine yönelik Pearson korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

4.5. Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Ortoreksiya Nervoza Ölçeği puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesine Yönelik Bulgular

Bu bölümde, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Ortoreksiya Nervoza Ölçeği puanları üzerindeki yordayıcı etkisinin incelenmesine yönelik çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 34. Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Ortoreksiya Nervoza Ölçeği Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	Standart Hata $_B$	Beta	t	p
ORTO-11	Sabit	26,572	,774		34,350	**.000****
	YTT-26	-,217	,026	-,393	-8,223	**.000****
	DDGÖ	,005	,009	,032	,564	.573
	BDÖ	,077	,033	,141	2,371	**.018***
	BAÖ	-,056	,022	-,147	-2,492	**.013***
	RBSÖ	-,027	,146	-,009	-,187	.852
R= ,431 R^2= ,185 Sd:3/374 F: 17,018 p=.**000****						

**p <.01, *p <.05

Tablo 34'te Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının Ortoreksiya Nervoza Ölçeği puanları üzerindeki yordayıcı etkisini belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizi kurgulanmıştır. Analizde 'Enter' regresyon metodu kullanılmıştır. Kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F_{(3,374)}$= 17,018, p<.01). Model, Ortoreksiya Nervoza Ölçeği puan varyansının %18,5'ini açıklamaktadır. Yeme Tutumu Ölçeği *(β = -,393, t =-8,223, p<.01*), Beck Depresyon Ölçeği (*β =,141, t =2,371, p<.05*) ve Beck Anksiyete Ölçeği (*β = -,147, t =-2,492, p<.05*) puanlarının Ortoreksiya Nervoza Ölçeği boyutu puanlarını istatistiksel olarak anlamı şekilde yordadığı belirlenmiştir. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının ise Ortoreksiya Nervoza Ölçeği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordamadığı görülmüştür.

4.6. Çalışmanın Değişkenlerinin Birbirleri Üzerindeki Etkilerinin Sıralı Olarak İncelendiği Hiyerarşik Regresyon Analiz Bulguları

Yeme Tutumu Ölçeği puanlarının ve belirli demografik ölçek soruları puanlarının Ortoreksiya Nervoza Ölçeği puanları üzerindeki yordayıcı etkisini belirlemek için hiyerarşik regresyon yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 35. Bağımlı Değişken Olarak Ortoreksiya Nervoza Ölçeği Değişkeninin Alındığı Modele Bağımsız Değişkenler Olarak Sırasıyla Yeme Tutumu Ölçeği ve Belirli Demografik Bilgilerin Eklendiği Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	Standart Hata $_B$	Beta	t	p
ORTO-11 Ölçeği (Blok 1)	Sabit	27,260	,356		76,645	.000
	Yeme Tutumu Ölçeği	-,224	,026	-,407	-8,651	**.000****
R=,407 R^2= ,165 Sd:1/378 F=74,845 p=.**000****						
ORTO-11 Ölçeği (Blok 2)	Sabit	22,207	2,610		8,509	.000
	Yeme Tutumu Ölçeği	-,178	,026	-,324	-6,985	**.000****
	Kendilik Algısı	-,320	,289	-,061	-1,107	.269
	Kilo Değerlendirme	-,707	,405	-,082	-1,746	.082
	Sağlıklı Olma Durumu	-,341	,480	-,032	-,710	.478
	Diyet Uygulama Durumu	-,610	,424	-,072	-1,440	.151
	Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	-,744	,465	-,072	-1,602	.110
	Beslenme düzenine dikkat etme	1,052	,264	,195	3,980	.0**00****
	Doğal gıda tüketme durumu	1,405	,478	,134	2,941	**.003****
	Yiyecekleri önceden planlama	-,433	,385	-,052	-1,126	.261
	Davranış Değişikliği Durumu	1,322	,216	,279	6,117	**.000****
	Psikiyatrik İlaç Kullanma	1,569	1,038	,066	1,512	.131
R= ,556 R^2= ,321 Sd:11/368 F: 15,782, p=.**000****						

Tablo 35'te Yeme Tutumu Ölçeği puanlarının Ortoreksiya Nervoza Ölçeği puanları üzerindeki yordayıcı etkisini belirlemek için bazı demografik değişkenler de modele dahil edilerek hiyerarşik regresyon analizi kurgulanmıştır.

İlk adımda doğrusal regresyon modelinde anlamlı olduğu görülen Yeme Tutumu Ölçeği modele alınmıştır. Hiyerarşik regresyonun birinci basamağı olan model 1'de sabit terimin modele katkıda bulunduğu, Yeme Tutumu Ölçeği *(β =-,224, t =-8,651, p<.01*) puanlarının ORTO-11 puanlarını istatistiksel olarak anlamı şekilde yordadığı belirlenmiştir. Model, ORTO-11 puan varyansının %16,5 ini açıklamaktadır.

İkinci adımda ise literatürde ortoreksiya nervoza ile ilgili olabileceği düşünülen demografik değişkenler modele alınmıştır. Model 2'de sabit terimin modele katkısının anlamlı bulunduğu görülmüştür. Beslenme düzenine dikkat etme *(β = 1,052, t =3,980, p<.01*), doğal gıda tüketme *(β =1,405, t=2,941, p<.01*) ve davranış değişikliğinde bulunma *(β = 1,322, t =6,117, p<.01*) durumunun da Ortoreksiya Nervoza Ölçeği puanlarını yordadığı görülmüştür. Bedenini algılama şeklinin, kilosunu değerlendirme durumunun, sağlıklı olma durumunu değerlendirmesinin, daha önceden diyet yapıp yapmama durumunun, yiyecklerini önceden planlama ve psikiyatrik ilaç kullanma durumlarının Ortoreksiya Nervoza Ölçeği puanlarını anlamlı olarak yordamadıkları belirlenmiştir. Nihai modelin, Ortoreksiya Nervoza Ölçeği puan varyansının %32,1 ini açıkladığı görülmüştür. Dolayısıyla model 2'deki bağımsız değişkenlerin ortoreksiya nervozayı açıklama gücünün model 1'e göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

4.7. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Çocukların Yaşlarına Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Bu bölümde, Ortoreksiya Nervoza Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının katılımcıların bebeklerine kendi sütlerini verme-vermeme durumuna göre karşılaştırılmasına yönelik analiz sonuçları verilmiştir. Bu karşılaştırmayı yapabilmek için katılımcılara bebeğini şu anda emzirip emzirmedikleri sorulmuş ve gruplar bu cevaplar doğrultusunda ayrılmıştır.

Tablo 36. Ortoreksiya Nervoza Ölçeği Puanlarının Emzirme Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
Ortoreksiya Nervoza Ölçeği	Emziren	184	24,76	4,16	,311	378	.756
	Emzirmeyen	196	24,63	4,20			

*p<,05; **p<,01; [a]Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo 36'da Ortoreksiya Nervoza Ölçeği puanlarının emzirme durumuna göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi bulguları verilmiştir.

Ortoreksiya Nervoza Ölçeği puanlarının emzirme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>.05).

Tablo 37. Yeme Tutumu Testi Puanlarının Emzirme Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
Yeme Meşguliyeti	Emziren	184	5,22	5,42	-1,084	378	.279
	Emzirmeyen	196	5,83	5,52			
Kısıtlama	Emziren	184	2,83	3,11	-1,109	378	.268
	Emzirmeyen	196	3,16	2,81			
Sosyal Baskı	Emziren	184	1,52	1,99	-,526	378	.599
	Emzirmeyen	196	1,63	2,11			
Yeme Tutumu Tesi	Emziren	184	10,70	7,45	-1,937	378	.053
	Emzirmeyen	196	12,20	7,66			

*p<.05; **p<.01; [a]Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo 37'de Yeme Tutumu Testi emzirme durumuna göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi bulguları verilmiştir.

Yeme Tutumu Testi puanlarının emzirme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>.05).

Tablo 38. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Puanlarının Emzirme Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
Açıklık	Emziren	184	11,04	4,02	1,998	378	**.046***
	Emzirmeyen	196	10,23	3,87			
Farkındalık	Emziren	184	12,85	4,29	1,786	378	.075
	Emzirmeyen	196	12,12	3,68			
Dürtü	Emziren	184	14,47	5,52	1,093	378	.275
	Emzirmeyen	196	13,84	5,62			
Kabul Etmeme	Emziren	184	14,11	5,85	1,200	378	.231
	Emzirmeyen	196	13,40	5,78			

Amaçlar	Emziren	184	19,32	7,50	,830	378	.407
	Emzirmeyen	196	18,41	7,08			
Stratejiler	Emziren	184	87,30	24,98	1,214	378	.226
	Emzirmeyen	196	83,10	24,84			
DDGO-Toplam	Emziren	184	11,04	4,02	1,646	378	.101
	Emzirmeyen	196	10,23	3,87			

*p<.05; **p<.01; [a]Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo 3'de Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği emzirme durumuna göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi bulguları verilmiştir.

Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ($t_{(378)}$= 1,998; p<.01) puanlarının emzirme durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Emziren katılımcıların Açıklık alt boyutu puanlarının emzirmeyen katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Farkındalık, Dürtü, Kabul, Etmeme, Amaçlar ve Stratejiler alt boyutu puanları ile ölçek toplam puanlarının emzirme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>.05).

Tablo 39. Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Emzirme Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	**Gruplar**	**n**	**$\bar{x}$**	**ss**	**t**	**sd**	**p**
Beck Anksiyete	Emziren	184	12,88	11,16	,070	378	.944
Ölçeği	Emzirmeyen	196	12,80	10,80			

*p<.05; **p<.01; [a]Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo 39'da Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının emzirme durumuna göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi bulguları verilmiştir.

Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının emzirme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>.05).

Tablo 40. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Emzirme Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	**Gruplar**	**n**	**$\bar{x}$**	**ss**	**t**	**sd**	**p**
Beck Depresyon	Emziren	184	11,57	7,43	-,296	378	.768
Ölçeği	Emzirmeyen	196	11,80	7,77			

*p<.05; **p<.01; [a]Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo 40'da Beck Depresyon Ölçeği puanlarının emzirme durumuna göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi bulguları verilmiştir.

Beck Depresyon Ölçeği puanlarının emzirme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>.05).

Tablo 41. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Emzirme Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
Rosenberg Benlik	Emziren	184	1,33	1,43	,815	378	.415
Saygısı Ölçeği	Emzirmeyen	196	1,22	1,25			

*p<.05; **p<.01; [a]Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t İstatistiği

Tablo 41'de Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının emzirme durumuna göre incelenmesine ilişkin Bağımsız Gruplar t-Testi bulguları verilmiştir.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçek puanlarının annelerin emzirme/emzirmeme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>.05).

BÖLÜM V

TARTIŞMA

5.1.Demografik Değişkenlere Yönelik Bulguların Tartışılması

Ortoreksiya nervozanın, sağlıklı ve saf yiyecekler yemeye takıntılı bir durum olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla, bu bakış açısının başka sağlıklı davranışları arttıracağı ve kötü alışkanlıkları azaltacağını varsaymak mantıklıdır. Buna göre, alkol ve sigara kullanan bireylerin ortoreksiya nervoza yatkınlığı bakımından kullanmayanlardan farklı olması beklenmiştir. Ancak yapılan araştırmanın sonuçlarına baktığımızda ortoreksiya nervoza yatkınlığı sigara/alkol kullanımına göre istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır. Sigara kullanan annelerin ORTO-11 puanları kullanmayanlara göre daha yüksek olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı bir fark değildir. Çalışmamızla benzer şekilde ortoreksiya nervoza yatkınlığının sigara içip içmemeye bağlı olarak değişmediği bulunmuştur (Fidan vd. 2010:52; Eken 2020:49). Yüksel'in (2017) anaokulu öğrencilerinin anneleriyle yaptığı sağlıklı yeme takıntısını yatkınlığına baktığı çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde sigara kullanmanın ve alkol tüketmenin ortoreksiya nevroza eğilimini farklılaştırmadığı bulunmuştur (Yüksel 2017:30). Oberle ve arkadaşları (2021) ortoreksiya nervoza ve madde kötüye kullanımının ilişkisini anlayabilmek için sağlıkla ilgili mesleklerde öğrenim gören 471 üniversite öğrencileriyle bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Bu çalışma sonucunda da bizim çalışmamızla benzer şekilde sigara kullanımının ve alkol tüketiminin ortoreksiya nervoza ile ilgili bir ilişkisi bulunamamıştır. Bunun yanı sıra Oberle ve arkadaşlarının yaptığı bu çalışmada katılımcılara sigara içme ve alkol tüketme motivasyonları da sorulmuştur. Buna göre, sigara kullanmanın ortoreksiya nervoza semptomatoloji ile ilgili olan ve istatistiksel olarak anlamlı olan tek motivasyon kilo kontrolü olarak bulunmuştur. Yüksek ortoreksiya nervoza yatkınlığına sahip sigara içen bireyler, iştah bastırmak ya da kilo vermeye yardımcı olması için veya sağlıklı olan bir kilolarını kontrol etmek ve korumak için ve kilo almayı engellemek amacıyla mümkün olan her şeyi yapmak için sigara içiyorlardı (Oberle vd. 2021:5). Dolayısıyla bizim yaptığımız çalışmada da bu nedenlerden dolayı sigara içmenin ortoreksiya nervoza yatkınlığıyla ilgili anlamlı bir ilişkisinin olmadığı bulunmuş olabilir. Sigara içme motivasyonları katılımcılara sorulmadığı için bu bilgi teyit edilememiştir. Alkol tüketimiyle ilgili de benzer şekilde ortoreksiya nervoza ile alkol tüketmenin birbiriyle ilişkisiz olduğu bulunmuştur. Ancak alkol tüketenlerin tüketme motivasyonlarına bakıldığında baş etme ve uyum sağlama amaçlarının alkol tüketimini arttırdığı görülmüştür. Sağlıklı yeme takıntısı yatkınlığı olan ve alkol tüketen kişilerin, ortoreksiya nervozanın neden olduğu duygusal sıkıntı, depresyon ve kaygı gibi belirtileri yaşamamak için alkol kullanmaları mümkündür. Bu sonuca göre, ortoreksiya nervoza eğilimi fazla olan kişilerin alkolün zararlılığını göz ardı ederek sosyal olarak incelemeden kaçınmayı önceliği görülmüştür (Oberle vd. 2021:10). Aksoydan ve Çamcı (2009) yaptıkları araştırmalarında alkol tüketmenin ortoreksiya nervoza ile herhangi bir ilişkisinin olmadığını bulmuşlardır (Aksoydan, Çamcı 2009:36).

Alkol tüketme ve ortoreksiya arasındaki ilişkiye literatür çerçevesinde baktığımızda bulguların bu yönde olduğunu görülmüştür.

Yapılan çalışmada, çalışan kadınların çalışmayan kadınlara oranla ortoreksiya nervoza yatkınlığı daha yüksek olarak bulunmuştur. Ayrıca bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. Litaretürde bu ilişkiyi irdeleyen sadece bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu nedenle elde edilen bulgunun alan yazının neresinde konumlandığı anlaşılamamıştır. Sağlıklı yeme takıntısı ile ilişkili olabilecek bazı sosyal ve bireysel faktörlerin araştırıldığı bir çalışmaya 93 erkek ve 215 kadın katılımcı katılmıştır. Bu araştırma sonucuna göre, katılımcıların çalışma durumlarına göre ortoreksiya yatkınlıklarının değişmediği bulunmuştur (Akçay, 2018:38). Bu iki araştırmanın sonuçlarının birbirinden farklı olmasının seçilen örneklem sebebiyle mevcut çalışmada erkek bireylere yer verilmemesi olabilir. Var olan konunun daha iyi anlaşılabilmesi için yapılan çalışma sayılarının arttırılması gerekmektedir.

Kronik hastalık bireylerin yaşam tarzlarını oldukça etkileyen bir durumdur. Kronik hastalığı olan bireyler hastalığın kalıcılığı ve öngörülemezliği ile baş etmek durumdadır. Çünkü kronik hastalıklar genellikle tedavi edilemez, tedavi sadece semptomları azaltma üzerinde etkilidir (Lebel vd. 2020:2). Kronik hastalığı olan bireyler en yaygın olarak aynı zamanda anksiyete veya depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozukluklar geliştirebilirler. Bir çalışma sonucuna göre kronik hastalığı olan kadınların %17'si ve erkeklerin %13'ü aynı zamanda bir duygulanım bozukluğundan müzdariptir (Turner, Kelly 2000:124). Uluslararası literatüre göre kronik hastalığı olan kişilerde aynı zamanda majör depresif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluklarının yaygın olduğu ifade edilmektedir (Kagee 2008:548). Güney Afrika'nın Kuzey Cape bölgesinde yapılan bir çalışmanın bulgularına baktığımızda, kronik hastalığı olan kişilerin 3'te 1'inden fazlasında klinik olarak anlamlı aralıkta yer alan anksiyetenin varlığı söz konusudur (Kagee 2008:552). Mevcut çalışmada en az bir tane kronik hastalık tanısı bulunan katılımcıların anksiyete puanlarının hiç kronik hastalığı olmayanlardan daha fazla olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla yapılan çalışma bulgularının literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Yapılan analiz sonuçlarına bakıldığında, psikiyatrik tanı almış olan bireylerin ve geçmişte psikolojik destek görmüş kişilerin YTT-26, DDGÖ, BDÖ ve BAÖ puanlarının psikiyatrik tanısı olmayan ve psikolojik destek almamış bireylerden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Yeme Tutumu Testi Kısa Formu, klinik olmayan popülasyonlarda bozulmuş yeme tutum ve davranışlarını belirlemeye yarayacak bir ölçek olarak kullanılmaktadır. Ayrıca, yeme bozukluğu tanısı olanlar ve olmayanlar arasında ayrım yapabilmektedir (Srebnik vd. 2003:29). Dolayısıyla bozulmuş yeme tutumuna sahip bireylerin psikiyatrik tanı almış olma ihtimali ve bu durumla ilgili psikolojik destek görme ihtimalinin psikiyatrik tanısı olmayan ve psikolojik destek almayan bireylere oranla daha fazla olması literatür ile uyumlu bir bulgudur. Duygu düzenleme güçlüğü pek çok ruhsal bozukluğun altında yatan bir mekanizma olarak nitelenmektedir (Charak vd. 2019:278). Birçok

araştırmacıya göre duygu düzenlemekte güçlük yaşamak psikopatolojide anahtar semptom olarak görülmektedir (D'Agostino vd. 2017:808). Duygu düzenlemenin ana faktörlerinden biri olan duygusal farkındalığın azalması durumu ile çeşitli psikopatoloji biçimleri arasında güçlü bir ilişkinin varlığı söz konusudur (D'Agostino vd. 2017:812). Dahası, yoğun duygusal durumlara uygunsuz şekillerde tepki verilmesi de duygu düzenlemekte zorlanmanın bir başka yönüdür ve birçok psikiyatrik bozuklukta görülmektedir (D'Agostino vd. 2017:813). Olumsuz duyguların yüksek düzeyde olması ve duygusal katılık da ayrıca psikopatoloji ile ilişkilendirilmektedir (D'Agostino vd. 2017:814-815). Tüm bu bilgilere dayanarak duygu düzenleme güçlüğünden mustarip olan bireylerin psikiyatrik tanı alma durumun duygularını düzenlemekte zorlanmayan kişilere oranla daha fazla olduğu bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür. Beck Depresyon Envanteri, klinik olarak gözlemler sonucunda depresif bireylerin karakteristik özelliklerini ve depresyona özgü olan psikiyatri literatüründeki bilgiler ışında oluşturulmuştur (Beck, Beamesderfer:1974:155). Depresyon, hayatta kalmaya dair isteğin kaybolması, olağanüstü bir keder duygusu, geleceğe dair olumsuz düşüncelerin olması, geçmişe dair pişmanlık ve suçluluk duygularının varlığı, intihara yönelik düşüncelerin ve girişimlerin görünebildiği aynı zamanda fizyolojik belirtilerin de eşlik ettiği bir hastalık olarak ifade edilmektedir (Alper 2012:21). Depresyon sıklığı dünyada %13-20 aralığında seyrederken ülkemizdeki sıklığının %10 civarında olduğu belirtilmiştir (Doğan 1995:15-23). Ayrıca depresyon intihar düşüncelerine de sebep olabilen, bireyin işlevselliğini oldukça fazla etkileyen ruhsal bir bozukluktur (Türkçapar 2018:20-21). Tüm bu bilgiler değerlendirildiğinde depresyon puanı yüksek olan katılımcıların psikiyatrik bir tanıya sahip olması ve dolayısıyla bu nedenle psikolojik destek almasının literatürdeki bilgilerle uyumlu olduğu görülmektedir. Kaygı eğer sürekli devam ediyorsa, bireyin işlevselliğini etkiliyorsa, kişilerin sosyalleşmesini engelliyorsa ve fiziksel belirtiler görünüyorsa burada normal kaygıdan değil patolojik bir kaygıdan söz edilmesi gerekmektedir (Karamustafalıoğlu, Yumrukçal 2011:69). Beck Anksiyete Envanterinden alınan puanlar arttıkça kişinin patolojik kaygısının arttığı bilinmektedir. Patolojik kaygının yüksekliği psikiyatrik tanı alma ihtimalini arttırdığı ve bozulan verimliliğin giderilmesi için psikolojik destek alınmasının gerekliği söz konusu olacaktır. Dolayısıyla elde edilen bulguların alan yazını ile aynı doğrultuda olduğu açıktır.

Geçmişte diyet yapmış olan katılımcılarla yapmamış ve yapmamış olan katılımcıların ORTO-11 puanları birbirinden istatistiksel olarak farklılaşmıştır. Buna göre, geçmişte diyet yapan katılımcıların sağlıklı yeme takıntısı yatkınlığı geçmişte hiç diyet yapmamış katılımcılara göre istatistiksel olarak daha anlamlı şekilde fazladır. Bu bulgu, ortoreksiya nervozanın Morezo ve arkadaşları (2015:17) ile Dunn ve Bratman (2016:16) tarafından sunulan tanı kriterleri ile örtüşmektedir. Dolayısıyla geçmişte diyet yapan katılımcıların ORTO-11 puanlarının diyet yapmayan katılımcılardan daha düşük olacağı beklenmiştir. Benzer şekilde diyet yapan katılımcıların yapmayan katılımcılardan ortoreksiya nervoza yatkınlığının daha yüksek olduğu Arusoğlu ve arkadaşları (2008:289) ile Çok (2020:38) tarafından da bulunmuştur. Yeme tutumuna baktığımızda ise geçmişte diyet yapan katılımcıların diyet yapmayan katılımcılara

oranla YTT-26 puanlarının çok daha yüksek olduğunu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu görürüz. Bu sonuca göre, geçmişte diyet yapan katılımcılar diyet yapmayan katılımcılara göre daha fazla bozulmuş bir yeme tutumuna sahiptir. Bozulmuş/problemli yeme tutumu davranışları içerisinde kiloyu kontrol etme yöntemleri (diyet, egzersiz, aşırı yeme – telafi edici davranışlar) sayılmaktadır (Ergüney-Okumuş, 2017:2). Bu nedenle bulgulardan elde edilen sonuç beklenen bir durumdur.

Yapılan çalışmada düzenli egzersiz yapan anneler ile düzenli egzersiz yapmayan annelerin sağlıklı yeme takıntısı yatkınlığı birbirinden anlamlı olarak farklılaşmamıştır. Benzer şekilde, 0-2 yaş bebekleri olan annelerin emzirme durumlarına göre ortoreksiya nervoza yatkınlığına bakılan bir çalışmada mevcut çalışma ile aynı doğrultuda düzenli egzersiz yapmanın/yapmamanın ortoreksiya nevroza ile ilişkisi bulunamamıştır (Eken, 2020:44). Anaokulu annelerinin ortoreksiya nervoza yatkınlığına bakan başka bir çalışmada ise düzenli egzersiz yapan annelerin ortorektik yatkınlığının düzenli egzersiz yapmayan annelere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (Yüksel, 2017:30). Mevcut çalışmanın betimleyici analizlerine baktığımızda annelerin sadece %21'inin düzenli egzersiz yaptığını görürüz. Annelerin düzenli egzersiz için ayıracak ekstra zamanının olmaması, bu eylem için yeterli sosyal desteğinin olmaması ya da annenin bebeğinden ayrılmak istememesi gibi nedenlerin mevcut çalışmada ortoreksiya nevroza ile düzenli egzersiz yapmanın birbiriyle ilişkisiz çıkması üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Anneler örnekleminin dışında literatüre baktığımızda düzenli egzersiz yapma ve ortoreksiya nevroza ilişkisine bakan çalışmaların sonuçlarının birbiriyle çeliştiğini görürüz (Yüksel 2017:30; Çok 2020:39; Yılmaz vd. 2020:3041; Özdengül vd. 2020:6). Bu konuda netliğe ulaşabilmek için farklı örneklem gruplarında daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Düzenli egzersiz yapan katılımcıların düzenli egzersiz yapmayan katılımcılara oranla daha fazla bozulmuş yeme tutumuna sahip olduğu çalışma sonuçlarında görülmüştür. Burada düzenli egzersiz yapma davranışının telafi edici davranış olarak görülmesi ve uygulanması durumu söz konusu olabilir. Buchholz ve Crowther'ın (2014) egzersizi telafi edici bir davranış olarak kullanan ve kullanmayan kadınların özelliklerini inceledikleri çalışmaya göre, egzersizi telafi edici bir mekanizma olarak kullanan kadınların daha çok diyet yaptığı, daha fazla alkol tükettiği ve alkolle ilgili daha sıklıkla sorun yaşadığı, daha fazla vücuduyla ilgili memnuniyetsizlik ifade ettiği bulunmuştur (Buchholz, Crowther 2014:672). Yine başka bir çalışma bulgusuna göre, zorlayıcı/sağlıksız ve telafi edici egzersizin bozulmuş yeme tutumuyla ilişkisi olduğu bulunmuştur (Holland vd. 2014:120). Mevcut tez çalışmasında da literatür ile uyumlu sonuçlar elde edilmiştir. Burada da görüldüğü üzere, düzenli fiziksel egzersiz yapmanın bozulmuş yeme tutumunu arttırıcı etkisi vardır. Yapılan mevcut araştırmanın sonuçlarında düzenli egzersiz yapan katılımcıların duygularını, düzenli egzersiz yapmayan katılımcılara göre daha iyi düzenleyebildikleri bulunmuştur. Burada düzenli egzersiz yapmanın duygu düzenleme sürecinde bir araç olarak kullanılıyor olması çok muhtemeldir. Diğer bir ifade ile, egzersiz yapan bireyler olumsuz duygularını azaltıp olumlu duygularını egzersiz yöntemiyle arttırıyor olabilirler. Katılımcıların depresyon puanlarına baktığımızda düzenli egzersiz yapan bireylerin çökkün duygu durumlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde düzenli

egzersiz yapmayan kişilere göre daha az olduğu görülmüştür. Geniş bir örneklemde düzenli egzersiz yapmanın depresyon, anksiyete ve belirli kişilik özellikleriyle olan ilişkisine bakılmıştır. Düzenli egzersiz yapan kişilerin mevcut çalışmayla benzer şekilde düzenli egzersiz yapmayanlara göre daha düşük depresyon düzeylerinin olduğu ifade edilmiştir (De Moor vd. 2006:275). Martinsen (1990), düzenli egzersiz yapan depresyon hastalarının düzenli egzersiz yapmayan depresyonu olan bireylerden daha düşük depresyon puanları aldığını ifade etmiştir. Ayrıca hastaların egzersizi bir tedavi yöntemi olarak gördüğü ve tedavilerinin ardından düzenli egzersize devam ettikleri bulunmuştur (Martinsen 1990:387). Yine depresyon ve düzenli fiziksel aktivite arasındaki ilişkiye bakan başka bir çalışmaya göre, fiziksel aktivite ve depresyon düzeyi arasında negatif yönlü yüksek bir ilişki bulunmuştur (Lök, Bademli 2017:107). Egzersiz yapmanın depresyon semptomlarını azalttığını ifade eden bir başka yöntem ise depresyonun davranışsal tedavi yöntemlerinden biri olan davranış etkinleştirme yöntemidir. Bu yöntemde bireyler günlük aktivitelerini izlemeyi, hoşlarına giden aktiviteleri bulmayı ve arttırmayı hedeflerler (Cuijers vd. 2006:318). Cuijpers ve arkadaşları (2006) davranış etkinleştirme yöntemini araştıran çalışmaların meta-analizini yapmışlardır. Buna göre, davranış etkinleştirme yöntemi yetişkin depresyon tedavisinde 0,87'lik etki büyüklüğüne sahip olduğu bulunmuştur (Cuijpers vd. 2006:325). Tüm bunlar mevcut çalışmada elde edilen depresyon ve düzenli arasındaki ilişkinin varlığını desteklemektedir. Depresyon ile benzer şekilde anksiyete durumlarına baktığımızda düzenli egzersiz yapan annelerin kaygı düzeylerinin düzenli egzersiz yapmayan annelere oranla daha düşük olduğunu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu görürüz. Literatürü incelediğimizde mevcut çalışmadaki bulguların alanyazındaki bulgularla tutarlı olduğu anlaşılmıştır. Düzenli egzersiz yapan ve yapmayan 15-49 yaş arası bireylerden oluşan katılımcılarla yapılan çalışmanın bulgularına baktığımızda, egzersiz yapmanın anksiyeteyi olumlu yönde etkilediği ve düşürdüğü bulunmuştur (Khanzada vd. 2015:546). Egzersiz yapmanın anksiyete bozukluklarına olan faydası açıktır. Fiziksel aktivite ve egzersiz yapmak kaygı belirtilerine karşı koruyucudur ve kaygı semptomlarını azaltabilir. Ayrıca ek olarak egzersizlerin anksiyete bozukluklarıyla beraber ortaya çıkabilen kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde de etkisi vardır (Xiao 2020:347). Sonuç olarak bulguların literatürle aynı doğrultuda olduğu görülmüştür.

Ortorektik bireylerin sağlıklı ve saf yemelerini sürdürebilmek amacıyla, zamanla aileleriyle veya arkadaşlarıyla yemek yemeği bıraktıkları, kendileri gibi düşünmeyen kişilerden uzaklaştıkları ve sosyal olarak izole oldukları ifade edilmektedir (Varga vd. 2013:108). Bu nedenle yemeğini yalnız yiyen annelerin ortoreksiya nervoza yatkınlıklarının yemeğini ailesiyle yiyen bireylerden daha yüksek olmasını beklerdik. Ancak mevcut çalışma sonucunda göre, yemeğini yalnız yiyen anneler yemeğini ailesiyle birlikte yiyen annelere oranla ORTO-11 ölçeğinden daha düşük puanlar alsalar bile bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu bulgunun nedeni ortoreksiya nervozanın bir süreçten geçerek sağlıklı ortoreksiyadan hastalık olan ortoreksiyaya doğru evrilmesi olabilir. Bratman'ın (2017) dediği gibi bireyler aniden sağlıklı yeme takıntısı geliştirmezler. Öncelikle sağlıklı yeme çabası içerisine girip

ardından bu ilerleyerek takıntı boyutuna gelmektedir (Bratman 2017:3). Sağlıklı ortoreksiya ile sağlıklsız/hastalık ortoreksiya arasındaki farkı gözlemleyebilen ölçekler vardır ancak henüz Türkçe geçerlik ve güvenilirlikleri yapılmamıştır. Dolayısıyla mevcut çalışmada annelerin henüz sağlıklı ortoreksiya nervoza kısmında oldukları ve bu nedenle sosyal olarak izole olmadıkları varsayılabilir. Kullanılan ORTO-11 ölçeği sağlıklı ile sağlıksız ortoreksiyayı ayırt edememektedir (Dunn vd. 2015:7). Yapılan çalışmanın başka bir ortoreksiya nervoza ölçeği kullanılarak tekrarlanması önerilmektedir.

Tüketilen gıdaların doğal/saf olup olmasına bakıldığında, doğal gıda tüketmeyi tercih edenlerin özellikle doğal gıda tüketmeyi tercih etmeyenlere göre ortorektik yatkınlıklarının daha fazla olduğu görülmüştür. Bu bulgu literatür ile uyumlu olduğu gibi ortoreksiya nervozanın temel tanı kriterlerinden biridir. Ortoreksiya nervozada önemli olan şey yiyeceklerin saf ve doğal olmasıdır. Ortoreksik bireyler yiyeceklerin kalorisinden ziyade besinleri sağlıklı ya da sağlıksız oluşlarına göre sınıflandırırlar ve sağlıklı olan yiyecekleri tüketmeyi tercih ederler (Meule, Voderholzer 2021:1-2; Kazmierczak-Wojta vd. 2021:1-2; Arslantaş vd. 2017:138). Yapılan başka bir araştırmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Gıda seçiminde besinlerin içeriğine dikkat eden kişilerin ortoreksiya nevroza eğilimi gıda seçiminde besinlerin içeriğine dikkat etmeyenlerden istatistiksel olarak farkıydı. Gıda seçiminde besinlerin içeriğine dikkat eden bireylerin ortorektik yatkınlığı dikkat etmeyenlerden yüksek bulunmuştur (Yüksel 2017:31). Doğal gıda tercih eden bireylerin, doğal gıda tercih etmeyen kişilere bakarak daha az duygu düzenleme güçlüğü yaşadığı ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Literatürde bu bilgiyi araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle ulaşılan bulgu alan yazın çerçevesinde tartışılamamıştır. Gıda tüketiminin nasıl hissettiğimiz üzerinde etkisinin olduğunu ifade eden çalışmalar vardır (Liu vd. 2007:741). Yapılan bir çalışmada artan meyve tüketimi depresyonla ilişkili bulunurken, artan hazır gıda tüketimi ile depresyon düzeyi arasında da pozitif bir korelasyon olduğu görülmüştür (Lui vd. 2007:752). Başka bir makalede, meyve-sebze, balık ve tahıllar açısından zengin olan Akdeniz diyeti düşük depresyon oranları ile ilişkilendirilmiştir (Cabou vd. 2017:95). Literatür ile uyumlu olarak mevcut tez çalışmasının bulguları da benzerdir. Doğal gıda tüketmeyi tercih edenlerin doğal gıda tüketmeyi tercih etmeyenlere göre depresyon düzeylerinin daha düşük olduğunu görülmüştür. Depresyon düzeyine daha kapsamlı bir şekilde bakacak olursak, tüketilen besinlerin saf ve doğal olması, mineral ve vitamince zengin olmaları kısa vadede depresyon düzeyini azaltıcı bir etki verebilir. Ancak sağlıklı yeme takıntısı düzeyinin artmaya devam etmesi belli bir noktadan sonra uzun vadede bireylerin yalnızlaşmasına neden olacağı için depresyon belirtilerinin artacağı düşünülmektedir.

Gebeliğin planlı olması, kadınların hayat tarzlarında ve beslenmelerinde gerekli düzenlemeler yapmalarını kolaylaştırmaktadır (Fışkın, Ölçer 2022:59). Araştırma sonuçlarına göre planlı bir gebelik süreci geçiren annelerin ortorektik yatkınlığını gebeliği plansız olan annelerden daha yüksek bulunmuştur. Planlı bir şekilde bebek bekleyenler ve gebeliği plansız olanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Elde edilen bu sonuç beklenen bir bulgudur. Gebeliğin planlı olması ile annelerin

gebelik öncesinden bazı besin gruplarının miktarını arttırdığı bazılarını azalttıkları bilinmektedir (Eken 2020:43; Fışkın, Ölçer 2022:59). Bu noktada gebeliği planlı olan kadınların plansız gebelik yaşayan kadınlardan ortorektik yatkınlığının daha yüksek olması şaşırılmayacak bir sonuçtur. Çünkü gebelik doğrultusunda beslenme olarak değiştirmeleri gereken durumlar var ise bunu planlı bir gebelikte yapmak plansız bir gebeliğe oranla daha kolay olacaktır. Planlı bir şekilde gebe kalan kadınların plansız bir şekilde hamile kalan kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde duygularını düzenlemekte daha az zorlandıkları görülmüştür. Duygu düzenleme mekanizmasından bahsederken yaşanılan duygunun fark edilmesi ve anlaşılması, duygunun kabul edilmesi, olumsuz bir durum yaşarken de dürtüsel davranışları kontrol edip hedeflere uygun şekilde davranma, bireysel hedefler ve toplumsal talepler karşısında duyguları esnek bir şekilde düzenleyebilmekten bahsederiz (Gratz, Roemer 2004:42). Dolayısıyla, plansız bir gebelik yaşayan kadınlar duygularını planlı bir hamilelik süreci geçiren kadınlardan daha zor bir şekilde regüle edebilir olmaları beklenen bir bulgudur. Yapılan araştırmalar, anne olmayı planlamayan kadınların planlayan kadınlara göre hamilelik sürecine daha uzun sürede adapte olduğunu ve bir kısmının hamilelik sürecini uzun süre inkâr ettiğini aktarmaktadır (Bajurna vd. 2014:538). Bu durumu esnek bir şekilde duyguların düzenlenmesinin zorlanılması ve bu nedenle belirsizliğe tahammülün az olunması ile deneyimsel kaçınmaya (gebeliğin inkarı) yol açması olarak yorumlayabiliriz (Di Giusepp, Taylor 2021:186). Gebelik durumunun kadınların depresyon düzeylerini etkilediği ve planlı bir şekilde gebe kalan kadınların plansız bir şekilde hamile kalan kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha az depresyon belirtisi gösterdiği anlaşılmıştır. Benzer bulgulara gebelik dönemindeki depresyon düzeylerine bakılmış olan bir çalışmalarda da ulaşılmıştır. Planlı hamilelik yaşayan kadınların depresyon düzeyleri beklenmedik bir şekilde gebelik yaşayan kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur (Yanıkkerem vd 2013:18; Gariepy vd. 2016:293). Ayrıca plansız bir gebeliğin kadınların planlarını tehlikeye attığı ve dolayısıyla depresyon riskini arttırdığı söylenebilir (Bouchard 2005:633). Mevcut çalışmada planlı bir hamilelik yaşayan kadınların kaygı düzeylerinin plansız bir gebelik geçiren kadınlardan istatistiksel olarak daha düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır. Benzer şekilde Karmaliani ve arkadaşları (2009) istenmeyen/plansız olan gebeliğin anksiyete düzeyinin artmasıyla ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Karmaliani vd. 2009:419).

Beslenme hakkında doğru bilgi alındığında doğru bilgi doğrultusunda davranışlarını her zaman değiştireceğini ifade eden kadınların sağlıklı yeme takıntısı eğilimlerinin davranışlarını nadiren değiştireceğini ve davranışlarını hiçbir zaman değiştirmeyeceğini ifade eden katılımcılardan istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bulgularımızla benzer şekilde Arusoğlu (2006)'nun da yaptığı çalışmada daha fazla davranış değişikliği yapacağını ifade eden katılımcıların ortorektik yatkınlığının daha az davranış değişikliği yapacak olan katılımcılardan fazla olduğu görülmüştür (Arusoğlu 2006:60). Literatüre baktığımızda sağlık ve beslenmeyle ilgili meslek sahibi kişilerin ortoreksiya nervoza yatkınlık düzeyinin bu meslek mensupları dışındaki bireylerden daha yüksek olduğu görülmektedir (McComb, Mills 2019:70; Demir vd. 2020:241). Sağlık ve beslenmeyle ilgili eğitim alan kişiler bu konularda

oldukça fazla bilgi birikimine sahip olmaktadırlar. Bu kişilerin bilgi birikimlerinin davranış değişikliği sağladığını ve dolayısıyla ortorektik yatkınlıklarının arttığını öngörebiliriz. Kısaca, mevcut çalışmada elde edilen bulguların literatür ile uyumlu olduğu bulunmuştur. Ayrıca doğru bilgilere erişildiğinde davranışlarını bu doğrultuda her zaman değiştireceğini ifade eden katılımcıların problemli yeme tutumlarının davranışını nadiren değiştireceğini dile getiren kadınlardan daha fazla olduğu görülmüştür.

Literatürde eğitim durumu ve ortorektik yatkınlık arasındaki ilişkiye dair bulgular çelişkilidir. Birçok araştırma eğitim düzeyi ve ortoreksiya nervoza eğilimi arasında herhangi bir ilişki bulamamıştır (Çok 2020:36; Aksoydan, Çamcı 2009:36) Yapılan araştırmalarda eğitim düzeyi düştükçe sağlıklı yeme takıntısı düzeyinin arttığına dair sonuçlar bulan çalışmalar da olmuştur (Arusoğlu vd. 2008:290; Karadağ vd. 2016:113). Mevcut çalışmada ise eğitim düzeyi arttıkça sağlıklı yeme takıntısı eğiliminin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı bulunmuştur. Bu bulgu, var olan örneklemin özelliklerinden dolayı olabilir. Mevcut tez çalışması, genellikle lisans ve yüksek lisans mezunu kadınlar katılmıştır. Dolayısıyla daha düşük eğitim düzeyinden katılımcılar çok sınırlıdır.

Katılımcıların sahip oldukları çocuk sayısına göre anksiyete düzeylerinin anlamlı bir şekilde değişti, üç ve daha fazla çocuğu olan kadınların anksiyete düzeylerinin bir çocuğu olan kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek anksiyete düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde sahip olunan çocuk sayısı ve anksiyete düzeyi arasındaki ilişkiye dair var olan çalışmalar bulunamamıştır. Ancak, önemli yaşamsal görevler ve hedeflerin varlığı, bu görevler ve hedeflerle ilgili daha fazla endişe uyandıracağı bilinmektedir. Araştırmalar endişelerin bireyin öznel olarak kişisel acil durumlarıyla ve stresli olaylarla tetiklendiğini göstermiştir. Sonuç olarak kişinin endişe içerikleri yaşam olaylarını yansıtmaktadır (Clark, Beck 2010:406). Dolayısıyla kadınların sahip oldukları çocuk sayısı arttıkça kaygı seviyelerinin artması beklenen bir bulgudur.

Kadınların kendisini/bedenini görme şekli ile sağlıklı yeme takıntısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kilosunu normal gören kadınların ortoreksiya nervoza yatkınlığının kilosunu normalin üstünde gören katılımcılardan daha az olduğu görülmüştür. Yani, kilosunun normalden daha fazla olduğu düşünen katılımcılar kilosunu normal gören kadınlara göre sağlıklı yeme takıntısına daha yatkındır. Benzer şekilde Arslantaş ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları bir araştırmada da şişmanlama endişesi olanların sağlıklı yeme takıntılarının şişmanlama endişesi olmayanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür (Arslantaş vd. 2017:140). Başka bir çalışma ise ortoreksiya nevroza belirtilerinin hem kilo ile aşırı meşguliyet hem de zayıf olma dürtüsü ile pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur ve ayrıca kendi kendine ortoreksiya nevroza teşhisi kolayların son zamanlarında kilo verme çabasının olduğu görülmüştür (Oberle vd. 2022:2). Atchison ve Zickgraf'ın (2022) yaptıkları çalışmada ulaşılan sonuç, ortoreksiya nervozanın kilo verme ve kısıtlama ile ilgili olduğu ancak beden memnuniyetsizliği ile ilgili olmadığı bulunmuştur (Atchison, Zickgraft 2022:21). Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda,

ortoreksiya nervoza yatkınlığı olan bireylerin sağlıklı yeme takıntısı oluşmadan sağlıklı yeme ile ilgili meşguliyetlerinin ilk etaptaki amacının kilo vermek olabileceğini söyleyebiliriz.

Alan yazına baktığımızda ortoreksiya nervoza ile yaş arasındaki ilişkiye bakan çalışmaların bu konuda bir fikir birliğine varamadıkları görülmüştür. Genç yetişkin bireylerin ortoreksiya nervoza yatkınlığının daha fazla olduğu sonucuna ulaşan araştırmalar vardır (Fidan vd. 2010:52; Dell'Osso vd. 2016:192). Bunların yanında yaş arttıkça ortorektik eğilimin arttığını bulan çalışmalar da mevcuttur (Varga vd. 2014:8; Arusoğlu 2006:69; İpkırmaz Bahçecitapar 2020:42). Yapılan mevcut çalışmada yaş ve ortoreksiya nervoza arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Oğur vd. 2015:98; Karadayı 2020:53). Arusoğlu ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmada ORTO-11 puanlarının yaşa bağlı olarak değişmediğini, yaşın Türk kültürü için ortoreksiya nervoza için bir risk faktörü olamayacağını dile getirmişlerdir (Arusoğlu vd. 2008:290). Yaş ile ilgili literatürde ortak bir kanı yoktur ancak orta yaşlı ve yaşlı kişilerin ortoreksiya nervoza yatkınlığını araştıran çalışmalar gençler ve yetişkinlerle yapılan çalışmalardan daha azdır. Mevcut çalışmada da benzer şekilde katılımcıların yaş ortalaması 31,83±4,14'tür. Bu örneklemin daha çok genç yetişkinlerden oluştuğunu göstermektedir. Yaşın ilerlemesi kronik sağlık sorunlarının artmasına neden olabilir ve bu nedenle yaşlı bireyler sağlıklı ve saf beslenme arayışına girebilir. Sağlıkla ilgili artan bu meşguliyet zamanla takıntı boyutuna dönüşebilir. Literatürdeki bu boşluğu doldurabilmek için orta yaş ve yaşlı kesimin ortoreksik yatkınlığını araştıran daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Araştırma sonuçlarına baktığımızda katılımcıların beden kitle endeksi (BKİ) ile ORTO-11 puanları arasında anlamlı bir ilişkinin varlığına ulaşılmamıştır. Bu demek oluyor ki, mevcut çalışmada kadınların ortoreksiya nervoza yatkınlığı beden kitle endeksi puanlarından etkilenmemektedir. Literatürde bu konuda tartışmalı sonuçlar bulunmuştur. Mevcut çalışma ile benzer şekilde BKİ ve sağlıklı yeme takıntısı arasına herhangi bir ilişki bulamayan araştırmalar vardır (Tatlı, 2022:23; Arusoğlu 2006:69; Parra-Fernández vd.2018:6). Ancak BKİ ve ortorektik yatkınlık arasında bir ilişkinin varlığını ifade eden çalışmalar da vardır. Bu çalışmalara göre, BKİ arttıkça ortoreksiya nervoza eğilimi artmaktadır (Okumuşoğlu 2017:108; Acar Tek, Karaçil Ermumcu 2016:68).

Mevcut tez araştırmasında yeme tutumunun hamilelikte alınan kilo, yetişkinlikteki en düşük kilo ve beden kitle endeksi arasında bir ilişkinin var olduğu bulunmuştur. Yeme tutumu ile BKİ ve hamilelikte erişilen en yüksek kilo ve yetişkinlikteki en düşük kilo arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir. Yeme tutumunu değerlendiren ölçekler yeme bozukluklarının derecesiyle çok yakından ilişkilidir. Yeme tutumunun en büyük yordayıcılarından birinin de BKİ olduğu çalışmalar tarafından bulunmuştur (Çiçekoğlu, Tuncay 2017:5). Genel olarak baktığımızda hamilelikteki en yüksek kilo, yetişkinlikteki en düşük kilo ve beden kitle endeksi arasında ortak noktanın kilo olduğunu görürüz. Yani kilo arttıkça bozulmuş yeme tutumunun arttığını söyleyebiliriz. Alanyazına baktığımızda bulunan sonucun literatürdeki bulgularla uyumlu olduğunu

görürüz. Asil ve Sürücüoğlu (2009), Ankara ilindeki diyetisyenlerin ortoreksiya nervoza yatkınlığını belirlemek için bir çalışma yapmıştır. Buna göre, BKİ'ni >25 ve <25 olmak üzere ikiye ayırdıklarında, BKİ'si 25 ve altında olan katılımcıların yeme tutumu puanlarının diğer gruba göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Asil, Sürücüoğlu 2015:5). Teruel Ortoreksiya Ölçeğinin İngilizce geçerlik ve güvenilirliği çalışmasına baktığımızda, BKİ ve Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu çalışmada Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, bozulmuş yeme tutumu davranışları varyansını %60 oranında açıklamıştır (Flynn Zickgraf, Ramón Barrada 2022:1318). Dolayısıyla bu çalışmada da benzer şekilde BKİ arttıkça yeme tutumunun bozulduğu sonucu bulunmuştur.

Çalışmanın korelasyon analizlerine baktığımızda, depresyon düzeyiyle hamilelikte erişilen en yüksek kilonun ve beden kitle endeksinin ilişkili olduğunu görürüz. Hamilelikte alınan kilo ve beden kitle endeksi arttıkça depresyon düzeyinin arttığı, aralarında pozitif yönlü düşük düzeyli bir ilişki olduğu anlaşılmıştır. Alan yazındaki bulgular mevcut araştırmanın bulgularıyla benzerdir. Tyrrell ve arkadaşları İngiltere'nin Genetik Bankasıyla yaptıkları geniş kapsamlı bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmaya 48.791 depresyon tanısı olan birey, 291.995 kişi kontrol grubu olarak katılmıştır. Çalışma sonucunda BKİ arttıkça depresyon düzeyinin de arttığı bulunmuştur (Tyrrell vd. 2018:842). Sahle ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları bir çalışmada da benzer şekilde BKİ oranı yükseldikçe depresyon yatkınlığının arttığı görülmüştür (Sahle vd. 2019:9). Bunun nedeni olarak yüksek BKİ'nin beden algısında ve memnuniyetinde bozulmalara yol açtığı, dolayısıyla duygudurum bozukluklarına karşı hassaslığın artmış olabileceği ifade edilmiştir (Sahle vd. 2019:9).

Mevcut çalışmada, hamilelikte alınan kilolar ve BKİ arttıkça anksiyete düzeyinin de arttığı görülmüştür. Hamilelikte erişilen en yüksek kilo ve BKİ'nin anksiyete düzeyiyle pozitif yönlü ancak düşük düzeyli bir ilişkisi olduğu bulunmuştur.

5.2. Korelasyonuna Bulgularının Tartışılması

Mevcut tez çalışmasında yer alan kadınların ortoreksiya nervoza ve yeme tutumu arasındaki ilişkiyi incelemek adına ORTO-11 ölçeği ile YTT-26 toplam puanı ve alt boyutlarından alınan puanlar Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Korelasyon analizi sonuçlarından elde edilen bilgilere göre annelerin ORTO-11 ile yeme tutumu toplam puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu sonuç ile, bireylerin bozulmuş yeme tutumu arttıkça, ORTO-11 puanlarının düştüğü ve dolayısıyla kişilerin ortoreksik yatkınlığının arttığı anlaşılmaktadır. Literatüre baktığımızda örneklem grubu ve ölçüm araçları fark etmeksizin (ORTO-15 veya YTT-40) sağlıklı yeme takıntısı ve yeme tutumu arasında benzer ilişki bulan birçok araştırmanın olduğunu görürüz (Çobanoğlu, Akman 2021:39; Asil, Sürücüoğlu 2015:6; Şanlıer vd. 2016:6; Lucka vd. 2019:376). Ortoreksiya nevroza ile yeme patolojisinin birbiriyle ilişki olması, birçok şekilde açıklanmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre, YTT-

26 düzensiz ve bozulmuş yeme durumuna duyarlı bir ölçüm aracıdır ve YTT-26'ye göre şüpheli olarak yeme bozukluğu olduğu belirlenen aralığa ortoreksiya nevrozanın de düştüğü görülmüştür (Dunn vd. 2019:4). Parra-Fernández ve arkadaşlarının (2018) İspanya'daki üniversite öğrencileri örnekleminde sağlıklı yeme takıntısı yaygınlığını araştırmak ve ortoreksiya nevroza ile yeme bozuklukları ortak olan özellikleri ve davranışları araştırmak için yaptıkları çalışma sonucuna göre, yeme bozukluklarında ve ortoreksiya nevroza riski taşıyan kişilerde birçok ortak yön bulunmuştur (Parra-Fernández vd. 2018:5).

Yeme tutumu ölçeğinin alt boyutlarından biri olan yeme meşguliyetine baktığımızda ise annelerin yeme meşguliyeti puanları ile ortoreksiya nervoza yatkınlığı arasında negatif yönlü ve orta düzeyde bir ilişkileri vardır. Ortoreksiya nervoza ile yeme tutumu toplam puanı ile yeme meşguliyeti alt boyutu ile ilgili olan ilişkinin çok benzer olmasının sebebi yeme meşguliyeti boyutu ile Yeme Tutumu Kısa formu arasında çok yüksek bir korelasyonun olmasıdır. Dolayısıyla benzer bir sonuç elde etmek için zaman kısıtlaması olduğu durumlarda sadece yeme meşguliyet boyutunun sorularının cevaplanabileceği ifade edilir. Yani yeme meşguliyeti alt boyutu YTT-26'nın minyatür bir örneği olarak algılanmaktadır (Garner vd. 1982:874-877). Dunn ve arkadaşlarının (2019) YTT-26 ölçeğinin ortoreksiya nevroza yatkınlığını saptayıp saptayamadığını araştırdıkları bir çalışmada yeme meşguliyeti alt ölçeğinden çok yüksek bir puan almışlardır. Yani yeme meşguliyeti puanı artarken ortoreksiya nevroza yatkınlığı da artmaktadır (aralarında negatif yönlü bir ilişki vardır) (Dunn vd. 2019:1028). Bu alt ölçek genellikle diyetle ilgili katı kuralların ifade edildiği soru maddelerini içermektedir. ortoreksiya nevroza yatkınlığı yüksek olan bireylerin saf ve sağlıklı besinler tüketme konusunda katı bir diyeti sürdürme eğilimin olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla elde edilen bu bulgu şaşırtıcı değildir. Yeme tutumu ölçeğinin bir diğer alt ölçeği olan kısıtlama boyutuna baktığımızda ise, 0-3 yaş çocuğu olan annelerin ortoreksiya nervoza yatkınlığı ile kısıtlama alt boyutu arasında negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür. Literatürü incelediğimizde, yapılan bir araştırma sonucuna göre artan ortoreksiya nevroza yatkınlığı yeme tutumunun toplam puanı ve yeme meşguliyeti alt ölçeğinin dışında kısıtlama alt ölçeği ile de daha çok ilişkili olarak bulunmuştur (Lucka vd.2019:376). Son olarak, yeme tutumu kısa formunun üçüncü alt boyutu olan sosyal baskı alt boyutu ile ORTO-11 puanları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür.

Yapılan araştırmada, annelerin anksiyete düzeyleri ve sağlıklı yeme takıntıları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. Dolayısıyla, annelerin anksiyete düzeyleri arttıkça sağlıklı beslenme eğilimleri artmaktadır. Literatür incelendiğinde, çeşitli çalışmalarda sağlıklı yeme takıntısı arttıkça zayıf korelasyon sınırları içinde anksiyete puanlarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Yılmaz, Dündar 2022:4).

5.3. Ortoreksiya Nervozanın Yordayıcılarına Yönelik Doğrusal Regresyon Analizi Bulgularının Tartışılması

Mevcut çalışmada 0-3 yaşında çocuğu olan anneler örnekleminde yeme tutumu, duygu düzenleme becerisi, benlik saygısı, anksiyete ve depresyon düzeylerinin ortorektik belirtiler üzerinde etkili olacağı hipotez edilmiştir. Bu doğrultuda öncelikle korelasyon analizi ardından bu değişkenlerin ortoreksiya nevroza üzerinde açıklayıcı gücü olup olmadığını anlamak için regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan araştırmada annelerin sağlıklı yeme takıntısı puanlarının Yeme Tutumu Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri tarafından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordandığı bulunmuştur. Bu çoklu regresyon modeli, var olan varyansın %18,5'ini açıklayabilmektedir. Görüldüğü üzere kullanılan örneklemin ortoreksiya nervoza yatkınlığını en güçlü şekilde yordayan yeme tutumu ölçeğidir. Bu bulgular doğrultusunda, bozulmuş yeme tutumunun ortoreksiya nervozayı arttıran bir risk faktörü olarak yorumlanabilir. Ancak görüldüğü üzere sağlıklı yeme takıntısını açıklarken duygu düzenleme güçlüğü ölçeği ve benlik saygısı değişkenlerinin yordayıcı etkisinin olmadığı görülmüştür.

Çalışmanın regresyon analizi sonucuna göre t puanı baz alındığında bozulmuş yeme tutumunun ortoreksiya nervozayı en çok yordayan değişken olduğu belirlenmiştir. Ortoreksiya nevroza varyansını açıklarken depresyon ve anksiyetenin ortoreksiya nervozayı açıklama gücünün yeme tutumuna oranla çok daha düşük olduğu görülmüştür. Bu kısımda öncelikle, yeme tutumu ölçeğinin ortorektik belirtileri yordama gücü üzerine literatürden örnekler verilecek, ardından depresyon ve anksiyetenin ortoreksiya nervozayı yordama durumundan bahsedilecektir.

Ortoreksiya nevroza yatkınlığını yordayan ögelere literatür çerçevesinde baktığımızda, yapılan çalışmaların bulgularının mevcut çalışmanın bulgularıyla örtüştüğü görünmüştür (Brytek-Matera vd. 2015:4; Haddad vd.2018:7; Segura-García vd. 2012:230; Zagaria vd. 2021:306). Farchakh ve arkadaşlarının (2019), Lübnanlı tıp öğrencilerinin ortoreksiya nevroza yatkınlıkları ile yeme tutumu ve anksiyete arasındaki ilişkiyi anlamak için yaptıkları çalışmaya göre bozulmuş yeme tutumunun ortoreksik belirtileri yordadığı belirtilmiştir (Farchakh vd. 2019:688). Benzer şekilde, Türkiye'deki üniversite öğrencileriyle yapılan bir araştırma sonuçlarına göre de artan bozulmuş yeme tutumunun ortoreksiya nervoza yatkınlığını öngördüğü bulunmuştur (Şanlıer vd. 2016:7). Segura-Garcia ve arkadaşları (2015) tarafından, yeme bozukluğu teşhisi konan hastaların ortorektik yatkınlıklarını belirlemek için anoreksiya nervoza ve/veya bulimia nervoza olduğu bilinen yeme bozukluğu hastalarının tedaviden sonraki sağlıklı yeme takıntısı düzeylerini incelemek için bir çalışma yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, ortoreksiya nervozanın AN ve BN hastalarının bir sağlık kuruluşuyla ilk temas anında %28 oranında komorbid olduğu bir durum olduğu açıklanmıştır. Ayrıca yeme bozukluğu tedavisinden 3 yıl sonraki takip çalışmaları sırasında AN ve BN'nin azaldığı ancak ortoreksiya nevrozanın giderek arttığı bulunmuştur (Segura-Garcia vd. 2015:164). Burada önemli olan durum, yeme bozukluğu tedavisinden sonra ortoreksiya nevroza yatkınlığının da azalmasını beklememizdir.

Ortoreksiya nevroza tedavinin ardından azalmak yerine artmaktadır. Yazarlar bu durumu ortoreksiya nevrozanın AN tedavisi sırasında ortaya çıkabileceği ve bir geçiş aşaması olabileceği şeklinde açıklamışlardır (Segura-Garcia vd. 2015:165). Benzer şekilde yapılan başka bir araştırmada, AN ve ortoreksiya nevroza arasındaki ilişkiyi incelemek için yatarak tedavi gören AN'li bireylerdeki ortoreksiya nevroza yatkınlığına bakılmıştır. Araştırmanın sağlıklı bir şekilde sonuç verebilmesi için AN'li hastalar yüksek ve düşük ortoreksiya nevroza yatkınlıklarına göre iki gruba ayrılmışlar ve ayrıca bu hasta gruplara sağlıklı olan yani AN olmayan bir kontrol grubu da eklenmiştir. Bu çalışmada bulunan bulgulara göre, yüksek ortoreksiya nevroza yatkınlığı olan hastaların tedavileri sırasında daha yetkin hissettiği ve durumdan memnun olduğu görülmüştür. Dolayısıyla yapılan çalışma ortoreksiya nervozanın AN'li bireylerin bir başa çıkma stratejisi olabileceğini ifade etmektedir (Barthels vd. 2017:1-8). Strahler ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmanın sonuçlarına baktığımızda da ortoreksiya nevroza yatkınlığı olan kişilerin olmayanlara oranla %78 daha fazla bir yeme bozukluğu kriterini karşıladığı görülmüştür. Daha da önemlisi, ortorektik davranışlarlar ilgili olan varyansın mevcut patolojik yeme ölçekleriyle açıklandığı dile getirilmiştir. (Strahler vd. 2018:9). Ayrıca sağlıklı yeme özellikleri toplum tarafından diğer yeme bozukluklarına nazaran daha kabul edilebilir olduğu göz önünde bulundurulduğunda, toplumdan dışlanmış bir yeme bozukluğu hastasının daha kabul edilebilir kılması açısından da önemli olduğu ifade edilir. Bu özellikleri nedeniyle ortoreksiya nevrozaya 'erdem kılığına girmiş bir hastalık' denmektedir (Brytek-Matera vd. 2015:2). Tüm bu çalışma sonuçlarına baktığımızda, sağlıklı beslenme takıntısı ve yeme tutumu arasında bir ilişki olduğu mevcut çalışmanın bulgularıyla da ortaya konmaktadır. Bozulmuş yeme tutumunun ortoreksiya nevroza ile ilgili risk etmenlerinden biri olduğu mevcut çalışma ve literatür çerçevesinde ortaya konmuştur.

Ortoreksiya nervozanın bir diğer yordayıcısı anksiyete olarak bulunmuştur. Anksiyete düzeyinin artması ortoreksiye nervoza yatkınlığını arttırabileceği ve ortoreksiya nevroza semptomatolojisini açıklarken varyansın üzerinde anksiyetenin de etkili olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir araştırmada depresyon ve anksiyetenin dürtüsellik ve ortoreksiya arasında aracı rolde olduklarını ifade edilmiştir (Awad vd. 2021:3). Ayrıca Yılmaz ve Dündar (2022) yaptıkları araştırmada, anksiyete belirtilerindeki artışın ortoreksiya nevroza riskini arttırdığı bulunmuştur (Yılmaz, Dündar 2022:4). Valente ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları çalışmada, anksiyete ve mükemmeliyetçiliğin ortoreksiya nervozanın gelişiminde etkili olabileceğini ifade etmişlerdir (Valente vd. 2020:5). Mükemmelliyetçi birey her şeyi kontrol altında tutmaya çalışır ancak kontrol altında tutamadığı durumlarda kaygı ortaya çıkar. Yaşamda ortaya çıkan ani yaşam olayları (örneğin bir bebek sahibi olmak) bireylerin kontrol duygusunda eksiklik yaratarak kaygıyı tetikler. Dolayısıyla kişiler kaygılarını gidermek amacıyla 'gıdayı ilaç olarak' kullanabilirler (Valente vd. 2020:5). Literatüre bakıldığında ortoreksiya nevroza ve anksiyete düzeylerinin birbirleriyle ilişkili olabileceği açıktır ancak bu ilişkinin sınırlarının net olarak belirlenebilmesi için daha fazla çalışmaya gereksinim vardır. İlerde yapılacak olan çalışmalarda anksiyete ve ortoreksiya nervoza ilişkisi araştırılırken var olan ilişkinin daha iyi anlaşılabilmek için

mevcut çalışmada kullanılan anksiyete ve sağlıklı yeme takıntısını ölçen farklı ölçeklerin kullanılması önerilmektedir.

Son olarak ortoreksiya nevroza yatkınlığını yordayan değişken depresyondur. Depresyon şiddeti arttıkça ortoreksik eğilimin artacağı mevcut çalışmanın bulguları arasındadır. Tatlı (2022) tarafından birinci basamak sağlık çalışanlarının ortoreksiya nervoza prevalansı, risk faktörleri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan çalışma sonucuna göre depresyonu şiddetli olan bireylerin ortoreksiya nervoza riskinin 2,40 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Tatlı 2022:32).

Doğrusal regresyon analizinde görüldüğü üzere, yeme tutumu, depresyon ve anksiyete ortoreksiya nervoza yatkınlığını yordayan bağımsız değişkenlerdir. Diğer risk etmenlerinin daha detaylı açıklanabilmesi için, kullanılan örneklem çeşitlendirilerek ortoreksiya nevroza ile ilgili detaylı araştırmaların yapılmaya devam edilmesi gerekmektedir.

5.4. Yeme Tutumu Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Değişkenlerle Ortoreksiya Nervoza Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Dair Hiyerarşik Regresyon Bulgularının Tartışılması

Çalışmanın amaçları doğrultusunda, 0-3 yaş arasında çocuğu olan kadınların, doğrusal regresyon analizinden elde edilen ortoreksiya nevroza üzerindeki yordayıcılık etkisi en fazla olan yeme tutumu ölçeği ile literatürde ortoreksiya nervoza ile ilgili olabileceği belirlenen bazı sosyodemografik değişkenlerin birlikte ortoreksiya nevroza yatkınlığı üzerindeki yordayıcı etkisi incelenmiştir. Elde edilen bulguların alanyazınla paralel olduğu görülmüştür.

Çalışmada hiyerarşik regresyonun ilk modelini Yeme Tutumu ölçeği oluşturmuştur. İlk modelin bağımsız değişkeni olan yeme tutumu ortoreksiya nevrozayı %16,5 oranında bir varyansla açıklamaktadır. Bu modelde, çalışmanın mevcut çok değişkenli regresyon analizi sonuçları ile benzer bulgulara ulaşılmıştır. Buna yönelik bulgular çalışmada bulunan "Ortoreksiya Nervozanın Yordayıcılarına Yönelik Doğrusal Regresyon Analizi Bulgularının Tartışılması" başlığında tartışılmıştır.

İlk modele çeşitli sosyodemografik değişkenler (kendisini/bedenini görme algısı, kilosunu değerlendirmesi, sağlıklı olup olmadığının değerlendirmesi, daha önceden diyet uygulama durumu bilgisi, düzenli egzersiz yapma durumu, beslenme düzenine ne derece dikkat ettiğinin değerlendirmesi, tüketilen gıdaların doğal olma durumunun değerlendirmesi, yenilecek yemeklerin önceden planlanma durumu, doğru bilgi aldığında bunu davranışlarına yansıtma durumu ve psikiyatrik ilaç kullanma bilgisi) eklenmiştir. Bu 2.modele eklenen beslenme düzenine dikkat etme, doğal gıda tüketme ve doğru bilgi alındığında bu bilgileri davranışa dönüştürme durumunun ortoreksiya nevroza üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu değişkenler modele dahil edildiğinde, diğer bağımsız değişken olan yeme tutumu ile birlikte ortoreksiya nevroza varyansının %32,1'ini açıkladıkları

sonucu elde edilmiştir. Model 2'ye baktığımızda sosyodemografik değişkenlerin modele eklenmesinin ardından yeme tutumunun ortoreksiya nervozayı yordama gücü azalmış ancak negatif olan yönü değişmemiştir. Bu değişikliğe yol açan durumun bozulmuş yeme tutumunun belirtileri arasında normalden daha fazla yeme düzenine dikkat etme durumunun varlığı olabilir. Beslenme düzenine dikkat etme durumu bu madde ile modele dahil edilirken bozulmuş yeme tutumunda yer alan bu özellik ekarte edilmiş ve dolayısıyla ortoreksiya nervozayı yordama gücü az miktarda düşmüş olabilir.

Hiyerarşik modelin bulguları incelendiğinde, beslenme düzenine dikkat etme, doğal/organik gıda tüketme ve edinilen doğru bilgiler doğrultusunda davranışlarını değişeceğini ifade eden değişkenlerinin modele dahil edilmesi sonucunda sağlıklı yeme takıntısını açıklayan varyans yüzdeliğinin artış gösterdiği görülmektedir. Böylelikle, doğal gıda tüketmenin, beslenme düzenine dikkat etmenin ve doğru bilgiler çerçevesinde davranışların iyi yönde değişmesi durumlarının ortoreksiya nervoza üzerinde önemli faktörler olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Beslenme düzenine dikkat etmenin ortoreksiya nervoza üzerinde pozitif ve anlamlı bir yordayıcı etkisi söz konusudur. Bir diğer ifadeyle, bireylerin beslenme düzenine verdikleri önem ve dikkat arttıkça ortoreksiya nervoza yatkınlıkları da artış göstermektedir. Bu bulgu literatür ile uyumludur. 0-2 yaş çocuğu olan annelerin ortorektik yatkınlığının incelendiği çalışmanın bulgularına göre annelerin beslenmeyle aşırı uğraş halinde olmasının bir yeme bozukluğu geliştirme ihtimalini arttırdığından söz edilmektedir (Eken 2020:50). Mevcut çalışma ortoreksiya nervozayı yeme bozuklukları spektrumunun içinde değerlendirmektedir. Yani, beslenme düzenine dikkat edip beslenmeyle aşırı uğraş halinde olan bireylerin ortoreksiya nervoza yatkınlıklarının incelenmesi gerekmektedir. Ek olarak sağlıklı beslenme olumlu bir davranış olarak nitelendirildiği için zaman zaman profesyonellerin gözünden kaçabilmektedir (Eken 2020:50). Bu konuda ilgili meslek gruplarının daha fazla dikkatli olması önerilmektedir. Ortoreksiya nervoza vakalarında, yeme disiplini bozulduğunda bunu telafi etmek için daha fazla saf ve doğal yiyecekler ile meşgul olma durumu artmaktadır (Arusoğlu 2006:26). Dolayısıyla birey beslenme düzenini istediği şekilde sürdüremediğinde beslenme konusuna daha fazla dikkat ederek bu davranışını onarmaya çalışabilmektedir. Tüm bilgi birikimini bir araya getirdiğimizde beslenme düzenindeki artışın çeşitli nedenlerinin olabileceği görülmektedir. Beslenme düzenine verilen dikkatin artmasının nedeni ne olursa olsun beslenmeyle ilgili meşguliyetin artmasının sağlıklı yeme takıntısı geliştirmeye olan etkisi çalışmanın bulguları tarafından açıklanmıştır.

Doğal gıda tüketmenin sağlıklı yeme takıntısı üzerinde pozitif ve anlamlı bir yordayıcılık etkisinin olduğu görülmüştür. Yani kısaca, doğal gıda tüketimi arttıkça bireylerin ortoreksiya nervoza yatkınlıklarının artacağını öngörebiliriz. Ortoreksiya nervoza ile ilgili önerilen tanı kriterleri arasındaki en önemli faktörlerden birisinin gıdanın saflığıyla aşırı meşguliyet hali olduğu açıkça belirtilmiştir. Ortoreksiya nervoza ifade edilirken gıda ile ilgili sıklıkla kullanılan sıfatlar şöyledir: sağlıklı

gıda/organik/saf/güvenli (Cena vd. 2018:10). Ayrıca ortoreksiya ile ilgili yapılan tüm araştırmalar sonucunda sağlıklı yeme takıntısının diğer yeme bozukluklarından en büyük farkının gıdanın miktarına değil, yiyeceklerin saflığına ve kalitesine önem vermesi olduğu ifade edilmiştir (Bhattacharya vd. 2022:170; Andreas vd. 2018:75). Bağcı-Bosi ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışma sonuçlarına göre, besinlerin kalitesine önem veren katılımcıların ve bir gıda satın alırken içeriğine bakan bireylerin sağlıklı beslenme takıntılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bağcı Bosi vd. 2007:664).

Doğru bilgi alındığında davranışların doğru bilgi çevresinde değişimi arttıkça ortoreksiya nervoza yatkınlığının artacağı mevcut çalışma bulgularında belirtilmiştir. Doğru bilgi alınıp bu doğrultuda değişen davranışların ortoreksiya nervoza riskini pozitif yönde ve anlamlı olarak arttırması söz konusudur. Yüksel (2017)'in beş yaşında çocuğu olan annelerin ortoreksiya nervoza yatkınlığını araştırmak için yaptığı tez çalışmasında, sağlıklı beslenme ve sağlıklı yiyeceklerle ilgili alınan eğitimler ve edinilen bilgiler arttıkça sağlıklı yeme takıntısıyla ilgili meşguliyetin arttığı görülmüştür (Yüksel 2017:39). Literatüre baktığımızda sağlıklı beslenmeyle ilgili alınan eğitimin artmasının sağlıklı ve doğru beslenmeye daha fazla odaklanmayı sağladığı ve ortoreksiya için bir risk faktörü olabileceği ifade edilmiştir. Sağlıkla ilgili eğitim alan meslek çalışanları/öğrencileri ile sağlıkla ve beslenmeyle ilgili eğitim almayan çalışanlar/öğrenciler arasında yapılan araştırmalar sağlıklı beslenmeyle ilgili eğitim alan kişilerin ortoreksik yatkınlığını daha fazla olduğunu göstermektedir (Varga vd. 2013:106-107). Bu davranışın nedeni olarak ise beslenmenin sağlık üzerindeki etkilerinin daha iyi bilinmesi ve dolayısıyla bu konularda daha duyarlı olmak olarak belirtilmektedir (Bağcı-Bosi vd. 2007:664). Bir başka araştırmada ise, sağlık eğitimi ve beslenme dersi almış ve almamış öğrencilerin ortoreksiya nervoza eğilimi karşılaştırılmıştır. Buna göre sağlık ve beslenme eğitimi almış olan öğrencilerin ortorektik yatkınlığı bu eğitimi almamış ola gruba göre daha yüksek bulunmuştur (Özenoğlu, Ünal 2016:179).

Model 2'ye genel olarak baktığımızda Model 1'e oranla ortoreksiya nervozanın neredeyse %100 bir artış ile yordandığı görülmektedir. Yeme tutumunda bozulmanın yanı sıra beslenme ile ilgili ilginin artması, doğal/saf gıda tüketiminin artması ve doğru bilgi edinildiğinde davranış değişikliğinde bulunmanın ortoreksiya nervozanın dinamiklerini anlamak için önemli maddeler olduğu yapılan çalışma ile anlaşılmıştır.

5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Mevcut çalışma, ortoreksiya nervoza ile ilgili dinamikleri daha iyi anlayabilmek için anneler örnekleminde yapılan birkaç çalışmadan biridir.

Bu çalışmanın sonuçları yorumlanırken çeşitli sınırlamalar dikkate alınmalıdır. Öncelikle, yapılan analizler sonucunda ORTO-11 ölçeğinden elde edilen Cronbach Alpha değeri .59 olarak bulunmuştur. .60'ın altında kalması nedeniyle elde edilen sonuçların bu değerden etkilenmiş olabileceği göz önünde

bulundurulmalıdır. Ortoreksiya nervoza ile ilgili çalışma yapmayı düşünen araştırmacılara literatürde var olan ve ortoreksiya nervozayı ölçmeye çalışan diğer ölçeklerin Türkçe'ye kazandırılması çalışmalarına ağırlık vermeleri önerilmektedir.

Verilerin ülkemiz standartlarına göre daha yüksek eğitim seviyesine sahip bireyler tarafından elde edildiği bilgisi sonuçlar yorumlanırken göz önünde bulundurulması gereken bir durumdur.

Ayrıca araştırma sırasında katılımcılardan alınan kilo ve boy ölçüleriyle araştırmacı tarafından BKİ hesaplanmıştır. BKİ değerleri, katılımcıların beyan ettiği değerlerdir. Bu ifadeler doğru olarak kabul edilmiştir ancak bu ölçümlerin en son ne zaman yapıldığı bilgisi katılımcılardan alınmamıştır. Dolayısıyla katılımcının anımsamasına bağlı olarak bir yanlılığa yol açmış olabilir.

Ek olarak, annelerin kendi sağlıklarını nasıl gördüklerine dair bilgiler alınsa da çocuklarının sağlığını nasıl algıladıklarını ifade eden bir bilgi alınmamıştır. Annelerin bebeklerinin sağlığını algılayış şeklinin de ayrıca ortoreksiya nervoza yatkınlıklarını etkileyebilecek bir düşüncedir. Bu nedenle gelecek araştırmalarda eksik kalan bu yönü kapsayan çalışmaların yapılması önerilmektedir.

5.6. Sonuç

Bu çalışmada 0-36 aylık bebeği olan annelerin ortoreksiya nervoza yatkınlığı; yeme tutumu, duygu düzenleme güçlüğü, depresyon, anksiyete ve benlik saygısı çerçevesinde incelenmiştir. Araştırma sonuçları aşağıda sıralanmıştır:

1. Çalışan annelerin ortoreksiya nervoza yatkınlığı çalışmayan annelerden daha fazla bulunmuştur.
2. Daha önceden diyet yapmış olan annelerin daha önceden diyet yapmamış annelere göre ortoreksiya nervoza eğiliminin daha yüksek olduğu görülmüştür.
3. Doğal gıda tüketmeye çalışan annelerin doğal gıda tüketmeyen annelere göre ortoreksiya nervoza yatkınlıklarının daha fazla olduğu bulunmuştur.
4. Planlı bir şekilde gebelik yaşayan kadınların ortoreksiya nervoza eğilimin plansız bir şekilde hamilelik yaşayan kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
5. Beslenme hakkında doğru bilgi aldığında davranışlarını her zaman değiştirecek olan kişilerin davranışlarını nadiren değiştirecek ya da hiçbir zaman değiştirmeyecek olan kişilere göre ortoreksiya nervoza eğilimlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.
6. Eğitim seviyesi arttıkça ortoreksiya nervoza yatkınlığının arttığı bulunmuştur.
7. Kilosunu 'normalin üstünde' olarak değerlendiren katılımcıların ortoreksiya nervoza yatkınlıklarının kilosunu 'normal' olarak değerlendirenlerden daha fazla olduğu anlaşılmıştır.
8. Katılımcıların ORTO-11 puanları ve YTT-26 puanları arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir.

9. Yeme Tutumu Kısa formu (YTT-26) puanlarının ortoreksiya nervozanın %16,5'ini açıkladığı doğrusal regresyon yöntemiyle bulunmuştur.
10. YTT-26, beslenme düzenine dikkat etme, doğal gıda tüketmeye özen gösterme ve doğru bilgiye erişildiğinde davranış değişikliği yapma durumlarının ortoreksiya nervozanın %32'sini açıkladığı görülmüştür.

5.7. Öneriler

Mevcut çalışmada 0-36 aylık bebeği olan annelerin emzirme durumları hakkında bilgi alınmış ancak bebeğini emzirmeyi ne zaman bıraktıkları sorulmamıştır. Ortoreksiya nervoza eğiliminin emzirme durumuna göre değişebileceği düşünülmüştür. Dolayısıyla benzer bir çalışma planlayan araştırmacıların bebeğin ne zamandır emzirilmediği hakkında bilgi edinmesi, bebeği emzirmeyen annelerin neden emzirmediklerini önerilmektedir.

ORTO-11 ölçeğinin Cronbach's alpha değerinin sınırda olması nedeniyle araştırma bulgularının bu değerden etkilenebileceği göz önüne alındığında literatürde var olan ortoreksiya nervoza yatkınlığını ölçmeyi hedefleyen ölçeklerin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılmasının alanyazınına katkısı önemli olacaktır.

Sağlıklı yeme takıntısını yordayan etmenler incelendiğinde ortoreksiya nervozayı yordayan en önemli etmenin yeme tutumu olduğu görülmüştür. Bu nedenle gelecekteki çalışmalarda diğer yeme bozukluklarını yordayan faktörlerin ortoreksiya nervoza üzerindeki etkisinin incelenmesi ortoreksiya nervozanın dinamiklerinin anlaşılabilmesi için yararlı olacaktır.

Çalışmanın bulgularına baktığımızda ortoreksiya nervozanın duygu düzenleme güçlüğü ile benlik saygısı arasındaki ilişki mevcut örneklemde tam olarak anlaşılmamıştır. Bu dinemiklerin daha iyi anlaşılabilmesi için farklı bir örneklem grubuyla çalışmanın tekrar edilmesi faydalı olacaktır.

KAYNAKÇA

Aksoydan, E., & Çamcı N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 14*(1), 33-37. httpds://doi.org/10.1007/BF03327792

Akçay, H. (2018). Sosyal ve bireysel faktörlerin ortoreksiya nervoza semptomu ile ilişkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Alper, Y. (2012). Bütün Yönleriyle Depresyon. Tanısı-Nedenleri-Psikodinamiği-Tedavisi, Depresyon, İstanbul: Özgür Yayınları, 21-35.

Alvarenga, M. D. S., Scagliusi, F. B., & Philippi, S. T. (2010). Development and validity of the disordered eating attitude scale (DEAS). *Perceptual and motor skills, 110*(2), 379-395. DOI 10.2466/PMS.110.2.379-395

Alvarenga, M. D. S., Scagliusi, F. B., & Philippi, S. T. (2012). Comparison of eating attitudes among university students from the five Brazilian regions. *Ciencia & saude coletiva, 17*, 435-444.

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, (çev. E. Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

Andreas, S., Schedler, K., Schulz, H., & Nutzinger, D. O. (2018). Evaluation of a German version of a brief diagnosis questionnaire of symptoms of orthorexia nervosa in patients with mental disorders (Ortho-10). *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23, 75-85.

Asil, E., & Sürücüoğlu, M. S. (2015). Orthorexia nervosa in Turkish dietitians. *Ecology of food and nutrition, 54*(4), 303-313. http://dx.doi.org/10.1080/03670244.2014.987920

Arusoğlu, G. (2006). Sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya) belirtilerinin incelenmesi, Orto-15 ölçeğinin uyarlanması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Arusoğlu, G., Kabakçi, E., Köksal, G., & Merdol, T. K. (2008). Ortoreksiya Nervoza ve Orto-11'in

Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Turk Psikiyatri Dergisi*, *19*(3).

Arslantaş, H., Adana, F., Öğüt, S., Ayakdaş, D., & Korkmaz, A. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin yeme davranışları ve ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) ilişkisi: kesitsel bir çalışma. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, *8*(3), 137-144. Doi: 10.14744/phd.2016.36854

Atchison, A., & Zickgraf, H. F. (2022). Orthorexia nervosa and eating disorder behaviors: A systematic review of the literature. *Appetite*, 106134. https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106134

Awad, E., Salameh, P., Sacre, H., Malaeb, D., Hallit, S., & Obeid, S. (2021). Association between impulsivity and orthorexia nervosa/healthy orthorexia: any mediating effect of depression, anxiety, and stress?. *BMC psychiatry*, *21*(1), 1-14. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03594-4

Bajurna, B., Galęba, A., Szwarc, A., & Petermichl, D. (2014). Mental changes occurring in women in planned and unplanned pregnancy and after delivery. Hygeia, 49(3), 536-42.

Bandelow, B., & Michaelis, S. (2022). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*. https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow

Bartel, S. J., Sherry, S. B., Farthing, G. R., & Stewart, S. H. (2020). Classification of orthorexia nervosa: further evidence for placement within the eating disorders spectrum. *Eating behaviors*, *38*, 101406. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101406

Barthels, F., Meyer, F., Huber, T., & Pietrowsky, R. (2017). Orthorexic eating behaviour as a coping strategy in patients with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *22*(2), 269-276. DOI 10.1007/s40519-016-0329-x

Başer, D. A., & Cankurtaran, M. The Assessment of the Orthorexia Nervosa Tendencies among Postpartum Women. *Konuralp Medical Journal*, *13*(2), 218-225. DOI: 10.18521/ktd.777632

Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause

better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles?. *Psychological science in the public interest*, 4(1), 1-44.

Beck, A. T., Beamesderfer, A. (1974). *Assessment of depression: the depression inventory*. S. Karger.

Bhattacharya, A., Cooper, M., McAdams, C., Peebles, R., & Timko, C. A. (2022). Cultural shifts in the symptoms of Anorexia Nervosa: The case of Orthorexia Nervosa. *Appetite*, 170, 105869.

Bouchard, G. (2005). Adult couples facing a planned or an unplanned pregnancy: Two realities. *Journal of Family Issues*, 26(5), 619-637. Doi: 10.1177/0192513X04272756

Buchholz, L. J., & Crowther, J. H. (2014). Women who use exercise as a compensatory behavior: how do they differ from those who do not?. *Psychology of Sport and Exercise*, *15*(6), 668-674.

Bóna, E., Erdész, A., & Túry, F. (2021). Low self-esteem predicts orthorexia nervosa, mediated by spiritual attitudes among frequent exercisers. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *26*(8), 2481-2489. https://doi.org/10.1007/s40519-020-01095-z

Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. World psychiatry, 16(1), 5-13. https://doi.org/10.1002/wps.20375

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

Bratman, S. (2017). Orthorexia vs. theories of healthy eating. Eating and weight disorders-studies on anorexia, Bulimia and Obesity, 22(3), 381-385. DOI 10.1007/s40519-017-0417-6

Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa–an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit. Archives of Psychiatry and psychotherapy, 1(1), 55-60.

Brytek-Matera, A., Pardini, S., Szubert, J., & Novara, C. (2022). Orthorexia Nervosa and Disordered Eating Attitudes, Self-Esteem and Physical Activity among Young Adults. *Nutrients*, 14(6), 1289. https:// doi.org/10.3390/nu14061289

Brytek-Matera, A., Rogoza, R., Gramaglia, C., & Zeppegno, P. (2015). Predictors of orthorexic behaviours in patients with eating disorders: a preliminary study. *BMC psychiatry*, *15*(1), 1-8.

DOI 10.1186/s12888-015-0628-1

Cabout, M., Brouwer, I. A., Visser, M., MooDFOOD Consortium, van Strien, T., Elstgeest, L., ... & Marking, C. (2017). The MooDFOOD project: prevention of depression through nutritional strategies. DOI: 10.1111/nbu.12254

Cena, H., Barthels, F., Cuzzolaro, M., Bratman, S., Brytek-Matera, A., Dunn, T., ... & Donini, L. M. (2019). Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(2), 209-246. https://doi.org/10.1007/s40519-018-0606-y

Charak, R., Byllesby, B. M., Fowler, J. C., Sharp, C., Elhai, J. D., & Frueh, B. C. (2019). Assessment of the revised Difficulties in Emotion Regulation Scales among adolescents and adults with severe mental illness. *Psychiatry research*, 279, 278-283. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.010

Colmsee, I. S. O., Hank, P., & Bošnjak, M. (2021). Low self-esteem as a risk factor for eating disorders. *Zeitschrift für Psychologie*. https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000433

Clark, D. A., Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.

Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2011). What is an anxiety disorder?. *Focus*, *9*(3), 369-388. doi:10.1038/nrdp.2017.24

Çelik, M. N., & Samur, F. G. (2018). Gebelik ve Yeme Davranış Bozuklukları. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, *15*(3), 130-134.

Çiçekoğlu, P., & Tunçay, G. Y. (2018). A comparison of eating attitudes between vegans/vegetarians and nonvegans/nonvegetarians in terms of orthorexia nervosa. *Archives of psychiatric nursing*, *32*(2), 200-205. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.002

Çobanoğlu, Z., & Akman, M. (2021). Consideration of healthy eating obsession (orthorexia nervosa) for students educated in nutrition and dietetics department. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*, *9*, 35-43. doi: 10.17265/2328-2150/2021.02.001

Çok, G. (2020). Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Sıklığı Ve Beslenme Durumunun İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

D'Agostino, A., Covanti, S., Rossi Monti, M., & Starcevic, V. (2017). Reconsidering emotion dysregulation. *Psychiatric Quarterly*, 88, 807-825. DOI 10.1007/s11126-017-9499-6

De Moor, M. H., Beem, A. L., Stubbe, J. H., Boomsma, D. I., & De Geus, E. J. (2006). Regular exercise, anxiety, depression and personality: a population-based study. *Preventive Medicine*, 42(4), 273-279.

Demir, H. P., Başak, C., & Tezel, M. C. (2020). Farklı bölümlerde okuyan üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları, ortoreksiya nervoza puanları ve beden kütle indekslerinin karşılaştırılması. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *4*(3), 233-243. doi: 10.46237/amusbfd.589480

Dell'Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Massimetti, G., Pini, S., Rivetti, L., ... & Carmassi, C. (2016). Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population. *Rivista di psichiatria*, *51*(5), 190-196.

Di Giuseppe, K., & Taylor, A. J. (2021). Investigating how intolerance of uncertainty and emotion regulation predict experiential avoidance in non-clinical participants. *Psychological Studies*, 66(2), 181-190. https://doi.org/10.1007/s12646-021-00602-1

Doğan, O. (1995), Majör Depresyon Epidemiyolojisi, Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi, Sivas: Dilek Matbaası.

Douma, E. R., Valente, M., & Syurina, E. V. (2021). Developmental pathway of orthorexia nervosa: factors contributing to progression from healthy eating to excessive preoccupation with healthy eating. Experiences of Dutch health professionals. *Appetite*, *158*, 105008. https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105008

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

http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.006

Dunn, T. M., Gibbs, J., Whitney, N., & Starosta, A. (2017). Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1%: data from a US sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *22*(1), 185-192. DOI 10.1007/s40519-016-0258-8

Dunn, T. M., Hawkins, N., Gagliano, S., & Stoddard, K. (2019). Individuals who self-identify as having "orthorexia nervosa" score in the clinical range on the Eating Attitudes Test-26. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *24*(6), 1025-1030. https://doi.org/10.1007/s40519-019-00651-6

Dülger, C. (2022). Kilo sorunu olan ve yardım arayan bireylerin yeme tutum ve davranışlarının bağlanma biçimleri ve duygu düzenleme becerileri ile ilişkisinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Gedik Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Ergüney-Okumuş, F. E. (2017). Tutumlar, inançlar ve üst bilişlerin yeme davranışı üzerindeki yordayıcı etkileri, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Ergüney-Okumuş, F. E., & Sertel-Berk, H. Ö. (2019). Yeme Tutum Testi kısa formunun (YTT-26) Üniversite örnekleminde Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Psikoloji Çalışmaları*, *40*(1), 57-78. DOI: 10.26650/SP2019-0039

Farchakh, Y., Hallit, S., & Soufia, M. (2019). Association between orthorexia nervosa, eating attitudes and anxiety among medical students in Lebanese universities: results of a cross-sectional study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *24*(4), 683-691. https://doi.org/10.1007/s40519-019-00724-6

Fenercioğlu Eken, T. (2020). 0-2 Yaş Arası Çocuğu Olan Annelerin Emzirme Durumları ile Yeme Davranışları, Tutumları ve Ortoreksiya Nervoza Sıklıkları Arası İlişkinin Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği.

Fenercioğlu Eken, T., Ayhan Başer, D., Kasım, İ., Şencan, İ., & Özkara, A. (2021). Is there a

relationship between breastfeeding status and life style changes, eating behaviors, attitudes, and orthorexia nervosa tendencies of mothers? A web-based study. *International Journal of Clinical Practice*, *75*(6). DOI: 10.1111/ijcp.14098

Fennell, M. J. (1997). Low self-esteem: A cognitive perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *25*(1), 1-26.

Fışkın G., Ölçer Z. (2022). Annelerin Beslenme Davranışları ve Çocuklarının Beslenme Sürecine Yönelik Tutumları Arasındaki İlişki. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi* 7(1):53-61. DOİ: 10.26453/otjhs.1010231

Fidan, T., Ertekin, V., Işikay, S., & Kırpınar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive psychiatry*, *51*(1), 49-54. doi:10.1016/j.comppsych.2009.03.001

Fisk, C. M., Crozier, S. R., Inskip, H. M., Godfrey, K. M., Cooper, C., Robinson, S. M., & Southampton Women's Survey Study Group. (2011). Influences on the quality of young children's diets: the importance of maternal food choices. *British Journal of Nutrition*, 105(2), 287-296.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, *12*(4), 871-878.

Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: Systematic review of current findings in Western countries. *British Journal of Psychiatry*, *209*(4), 284-293. doi:10.1192/bjp.bp.115.169094

Godart, N. T., Flament, M. F., Lecrubier, Y., & Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*, *15*(1), 38-45.

Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current directions in psychological science*, *10*(6), 214-219. DOI: 10.1111/1467-8721.00152

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, *39*(3), 281-291. DOI: 10.1017.S0048577201393198

Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical psychology: Science and practice*, *2*(2), 151-164.

Haddad, C., Obeid, S., Akel, M., Honein, K., Akiki, M., Azar, J., & Hallit, S. (2019). Correlates of orthorexia nervosa among a representative sample of the Lebanese population. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *24*(3), 481-493. https://doi.org/10.1007/s40519-018-0631-x

Hamarta, E., Arslan, C., Saygin, Y., & Özyeşil, Z. (2009). Benlik Saygısı Ve Akılcı Olmayan İnançlar Bakımından Üniversite Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Yaklaşımlarının Analizi. *Değerler Eğitimi Dergisi*, *7*(18), 25-42.

Hayes, O., Wu, M. S., De Nadai, A. S., & Storch, E. A. (2017). Orthorexia nervosa: an examination of the prevalence, correlates, and associated impairment in a university sample. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *31*(2), 124-135. http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.31.2.124

Hisli N. (1989), "Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği", *Psikoloji Dergisi*; 7/23: 3-13.

Holland, L. A., Brown, T. A., & Keel, P. K. (2014). Defining features of unhealthy exercise associated with disordered eating and eating disorder diagnoses. *Psychology of sport and exercise*, *15*(1), 116-123. http://dx.doi.org/10.1016/j.psychsport.2013.10.005

İpkırmız Bahçecitapar, İ. B. (2020). Gebelerin sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya nervoza) ve yeme tutumlarının değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi,
Ankara, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Kagee, A. (2008). Symptoms of depression and anxiety among a sample of South African patients living with a chronic illness. *Journal of Health Psychology*, 13(4), 547-555.

Karabekir, M. (2020). Tıp fakültesi öğrencilerinde yeme tutumu ile depresyon, anksiyete ve dürtüsellik arasındaki ilişki. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, Başkent Üniversitesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı.

Karadağ, M. G., Elibol, E., Yıldıran, H., Akbulut, G., Çelik, M. G., Değirmenci, M., ... & Dinler, M.

F. (2016). Sağlıklı yetişkin bireylerde yeme tutum ve ortorektik davranışlar ile obezite arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Gazi Medical Journal*, 27(3). doi:http://dx.doi.org/10.12996/gmj.2016.34

Karamustafalıoğlu, O., Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.

Kaźmierczak-Wojtaś, N., Patryn, R., Zagaja, A., Drozd, M., & Niedzielski, A. (2021). Prevalence and characteristics of orthorectic disorders in adolescence and young people: polish preliminary studies. *Nutrients*, *13*(5), 1568. https:// doi.org/10.3390/nu13051568

Khanzada, F. J., Soomro, N., Khan, S. Z. (2015). Association of physical exercise on anxiety and depression amongst adults. *J Coll Physicians Surg Pak*, 25(7), 546-8.

Koven, N. S., Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 385. http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S61665

Kumar, K. S., Srivastava, S., Paswan, S., & Dutta, A. S. (2012). Depression-symptoms, causes, medications and therapies. *The Pharma Innovation*, *1*(3, Part A), 37.

Lebel, S., Mutsaers, B., Tomei, C., Leclair, C. S., Jones, G., Petricone-Westwood, D., ... & Dinkel, A. (2020). Health anxiety and illness-related fears across diverse chronic illnesses: a systematic review on conceptualization, measurement, prevalence, course, and correlates. P*los one*, 15(7).

Liu, C., Xie, B., Chou, C. P., Koprowski, C., Zhou, D., Palmer, P., ... Johnson, C. A. (2007). Perceived stress, depression and food consumption frequency in the college students of China Seven Cities. *Physiology &Behavior*, *92*(4), 748-754. http://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.05.068

Lök, N., & Bademli, K. (2017). Yetişkin Bireylerde Fiziksel Aktivite ve Depresyon Arasındaki İlişkisinin Belirlenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, *14*(40), 101-110.

Łucka, I., Janikowska-Hołoweńko, D., Domarecki, P., Plenikowska-Ślusarz, T., & Domarecka, M.

(2019). Orthorexia nervosa-A separate clinical entity, a part of eating disorder spectrum or another manifestation of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Pol*, *53*(2), 371-382. https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/85729

Martinsen, E. W. (1990). Benefits of exercise for the treatment of depression. *Sports medicine*, 9(6), 380-389.

McComb, S. E., & Mills, J. S. (2019). Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite*, *140*, 50-75. https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.005

McInerney Ernst, E.M. (2011). Orthorexia nervosa: real constructor newest social trend? (Doctor's degree thesis) Kansas City, Missouri.

Meule, A., & Voderholzer, U. (2021). Orthorexia nervosa—It is time to think about abandoning the concept of a distinct diagnosis. *Frontiers in Psychiatry*, 41. doi: 10.3389/fpsyt.2021.640401

Michels, N., Sioen, I., Braet, C., Eiben, G., Hebestreit, A., Huybrechts, I., ... & De Henauw, S. (2012). Stress, emotional eating behaviour and dietary patterns in children. *Appetite*, 59(3), 762-769.

Oberle, C. D., Marcell, H. S., & Noebel, N. A. (2022). Orthorexia nervosa and substance use for the purposes of weight control, conformity, and emotional coping. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *27*(2), 553-561. https://doi.org/10.1007/s40519-021-01190-9

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

Oğur, S., Aksoy, A. (2015). Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza eğiliminin belirlenmesi. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, *4*(2).

Okumuşoğlu, S. (2017). The relationship of orthorexic tendencies with eating disorder tendencies and gender in a group of university students. *Curr Res Educ*, *3*(3), 105-115.

Özakkaş T. (2014). *Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi.* İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü, Eğitim Yayınları.

Özdamar, K. (1999), *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi 1*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.

Özdengül, F., Yargic, M. P., Solak, R., Yaylali, O., & Kurklu, G. B. (2021). Assessment of orthorexia nervosa via ORTO-R scores of Turkish recreational and competitive athletes and sedentary individuals: a cross-sectional questionnaire study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *26*(4), 1111-1118. https://doi.org/10.1007/s40519-020-01006-2

Özen, T., Gülaçtı, F. (2010). Benlik-Kavramı ve Benliğin Gelişimi Bilen Benliğe Gereksinim Var Mı?. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *12*(2), 20-38.

Özenoğlu, A., & Ünal, G. (2016). The effect of self-esteem and incidence of orthorexia nervosa among university students of health education. *Journal of International Research in Medical and Pharmaceutical Sciences*, 6(4), 173-182.

Öztürk, M. E., Ayhan, N. Y. (2017). Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya görülme durumu ve Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, *5*(51), 455-465. DOI: 10.16992/ASOS.12562

Parra-Fernández, M. L., Rodríguez-Cano, T., Onieva-Zafra, M. D., Perez-Haro, M. J., Casero-Alonso, V., Fernández-Martinez, E., & Notario-Pacheco, B. (2018). Prevalence of orthorexia nervosa in university students and its relationship with psychopathological aspects of eating behaviour disorders. *BMC psychiatry*, *18*(1), 1-8. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1943-0

Ross Arguedas, A. A. (2021). Making an expert: Sources and their contributions in news coverage of orthorexia nervosa. *Journalism*, *22*(9), 2222-2239. ps://doi.org/10.1177/1464884919859709

Rugancı, R. N., & Gençöz, T. (2010). Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Clinical Psychology*, *66*(4), 442-455. DOI: 10.1002/jclp.20665

Sahle, B. W., Breslin, M., Sanderson, K., Patton, G., Dwyer, T., Venn, A., Gall, S. (2019). Association between depression, anxiety and weight change in young adults.

BMC psychiatry, *19*(1), 1-12. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2385-z

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

Segura-García, C., Papaianni, M. C., Caglioti, F., Procopio, L., Nisticò, C. G., Bombardiere, L., ... Capranica, L. (2012). Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered behavior in athletes. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *17*(4), 226-233. DOI: 10.3275/8272

Segura-Garcia, C., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloi, M., Caroleo, M., Bruni, A., ... De Fazio, P. (2015). 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

Seki, T., Dilmaç, B. (2020). Benlik Saygısı ve İlişkisel Faktörler: Bir Meta-Analiz Çalışması. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, *18*(2), 853-873.

Srebnik, D., Comtois, K., Stevenson, J., Hoff, H., Snowden, M., Russo, J., & Ries, R. (2003). Eating disorder symptoms among adults with severe and persistent mental illness. *Eating Disorders*, 11(1), 27-38. DOI: 10.1080/10640260390167465

Strahler, J. (2020). The dark side of healthy eating: links between orthorexic eating and mental health. *Nutrients*, *12*(12), 3662. doi:10.3390/nu12123662

Strahler, J., Hermann, A., Walter, B., Stark, R. (2018). Orthorexia nervosa: A behavioral complex or a psychological condition?. *Journal Of Behavioral Addictions*, 7(4), 1143-1156. DOI: 10.1556/2006.7.2018.129

Strahler, J., Wachten, H., Neuhofer, S., Zimmermann, P. (2022). Psychological Correlates of Excessive Healthy and Orthorexic Eating: Emotion Regulation, Attachment, and Anxious-Depressive-Stress Symptomatology. *Frontiers in nutrition*, *9*. doi: 10.3389/fnut.2022.817047

Şahin, M. (2019). Korku, Kaygı ve Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10), 117-135.

Şanlıer, N., Yassıbas, E., Bilici, S., Sahin, G., Celik, B. (2016). Does the rise in eating disorders

lead to increasing risk of orthorexia nervosa? Correlations with gender, education, and body mass index. *Ecology of food and nutrition*, *55*(3), 266-278. http://dx.doi.org/10.1080/03670244.2016.1150276

Şengül, R., Hocaoğlu, Ç. (2019). Ortoreksiya Nervoza nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, *14*(2), 101-104. DOI: 10.17517/ksutfd.441380

Tahtacı, A. (2022). Kadınlarda kaygı düzeyi ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin sosyal hizmet ihtiyacı ile değerlendirilmesi: Bir sağlıklı hayat merkezi örneği. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Tatlı, M. (2022). Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Ortoreksiya Nevroza Prevalansı, Risk Faktörleri ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Çorum, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.

Toker, D. E., Hocaoğlu, Ç. (2009). Yeme bozuklukları ve aile yapısı: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam*, 22(1-4), 36-42.

Trompeter, N., Bussey, K., Forbes, M. K., Mitchison, D. (2021). Emotion dysregulation within the CBT-E model of eating disorders: a narrative review. *Cognitive Therapy and Research*, *45*(6), 1021-1036. https://doi.org/10.1007/s10608-021-10225-5

Turner, J., & Kelly, B. (2000). Emotional dimensions of chronic disease. *Western journal of medicine*, 172(2), 124.

Türkçapar, M. H. (2018), Klinik Uygulamada Bilişsel-Davranışçı Terapi: Depresyon, Epsilon Yayınevi, Ankara

Tyrrell, J., Mulugeta, A., Wood, A. R., Zhou, A., Beaumont, R. N., Tuke, M. A., ... Hyppönen, E. (2019). Using genetics to understand the causal influence of higher BMI on depression. *International journal of epidemiology*, *48*(3), 834-848. doi: 10.1093/ije/dyy223

Uysal, İ., Kılıç, A. F. (2022). Normal distribution dilemma. *Anadolu Journal of Educational Sciences International*, *12*(1), 220-248. https://doi.org/10.18039/ajesi.962653

Uzuner, H. (2022). Kadın üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza belirtilerinin duygu düzenleme güçlükleri, benlik saygısı ve psikolojik dayanıklılık ile ilişkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Vaccari, G., Cutino, A., Luisi, F., Giambalvo, N., Navab Daneshmand, S., Pinelli, M., ... Ferrari, S. (2021). Is orthorexia nervosa a feature of obsessive–compulsive disorder? A multicentric, controlled study. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 26(8), 2531-2544.

Valente, M., Brenner, R., Cesuroglu, T., Bunders-Aelen, J., Syurina, E. V. (2020). "And it snowballed from there": The development of orthorexia nervosa from the perspective of people who self-diagnose. *Appetite*, 155, 104840.

Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F., van Furth Eric, F. (2013). Evidence and gaps in the literatüre on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *18*(2), 103-111. DOI 10.1007/s40519-013-0026-y

Vuillier, L., Robertson, S., Greville-Harris, M. (2020). Orthorexic tendencies are linked with difficulties with emotion identification and regulation. *Journal of Eating Disorders*, *8*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s40337-020-00291-7

Yanıkkerem, E., Ay, S., Piro, N. (2013). Planned and unplanned pregnancy: effects on health practice and depression during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 39(1), 180-187. doi:10.1111/j.1447-0756.2012.01958.x

Yazıcıoğlu, Y., Erdoğan, S. (2004). *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Detay Yayıncılık.

Yeşil, E., Turhan, B., Tatan, D., Şarahman, C., Mendane, S. (2018). Yetişkin bireylerde cinsiyetin ortoreksiya nervoza eğilimine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, *7*(1), 1-9.

Yılmaz, H., Karakuş, G., Tamam, L., Demirkol, M. E., Namlı, Z., Yeşiloğlu, C. (2020). Association of orthorexic tendencies with obsessive-compulsive symptoms, eating attitudes and exercise. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *16*, 3035.

Yılmaz, M. N., Dündar, C. (2022). The relationship between orthorexia nervosa, anxiety, and self-esteem: a cross-sectional study in Turkish faculty members. *BMC psychology*, *10*(1), 1-7. https://doi.org/10.1186/s40359-022-00796-7

Yüksel, H., H. (2017). Edirne İl Merkezindeki Anaokulu Çocuklarının Annelerinde Ortoreksiya Nervoza Eğilimi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Edirne, Aile Hekimliği Anabilim Dalı.

Zagaria, A., Vacca, M., Cerolini, S., Ballesio, A., Lombardo, C. (2022). Associations between orthorexia, disordered eating, and obsessive–compulsive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *55*(3), 295-312. DOI: 10.1002/eat.23654

Zickgraf, H. F., Barrada, J. R. (2022). Orthorexia nervosa vs. healthy orthorexia: relationships with disordered eating, eating behavior, and healthy lifestyle choices. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *27*(4), 1313-1325. https://doi.org/10.1007/s40519-021-01263-9

World Health Organization. (1998). *Programme on mental health: WHOQOL user manual* (No. WHO/HIS/HSI Rev. 2012.03). World Health Organization.

Xiao, J. (Ed.). (2020). *Physical exercise for human health*. Springer.

EKLER

EK 1

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, Marmara Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Şenay Dereli Küçükarda tarafından Doç.Dr. Elif YÖYEN danışmanlığında Yüksek Lisans tezi kapsamında yürütülmektedir.

Çalışmanın Amacı

Bu araştırma bir yeme tutumları araştırmasıdır. Yapılan çalışma sağlıklı yeme takıntısını (ortoreksiya nervoza) yordayan değişkenleri araştırmak amacıyla yürütülen bir yüksek lisans tez çalışmasıdır. Araştırmanın amacı bebekleri olan annelerin yeme tutumunu ve yemeklerle olan ilişkisini incelemektir. Araştırmayı kabul ettiğiniz taktirde sizden yeme tutumunuzu ölçen sorulara cevap vermeniz istenecektir. Online olarak gerçekleştirilen bu çalışmada, bebeği olan annelerin yemekle ilişkilerinin, yemeğe dair tutumlarının incelenmesi amaçlanmaktadır.

Çalışmaya Katılım Koşulları

18-45 yaş aralığında ve 0-36 aylık bebeğe sahipseniz bu araştırmaya katılabilirsiniz.

Katılım hakkında Bilmeniz Gerekenler

Gizlilik ilkesi gereğince kimliğiniz hakkında soru sorulmayacaktır, dolayısıyla araştırmacı tarafından cevapların kime ait olduğu bilinmeyecektir. Çalışma sadece bilimsel araştırma amacıyla yapıldığından, cevaplarınız tamamen gizli tutulacak ve elde edilecek bilgiler bu çalışmadan başka hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Araştırmanın yayımlanması durumunda kişisel veriler yerine grup verileri yayımlanacaktır. Araştırmanın tamamı yaklaşık 15-20 dakika sürecektir.

Elde edilecek bilgiler bilimsel yayınlarda kullanılacağı için geçerli ve güvenilir sonuçlar elde edilebilmesi adına sorulara içten ve gerçek cevaplar vermeniz, boş bırakmamanız oldukça önemlidir.

Katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanmakta olup soruları cevaplamak 15-20 dk arasında sürecektir. Araştırma kişisel rahatsızlık verecek sorular içermemektedir. Araştırmanın herhangi bir aşamasında rahatsızlık hissederseniz soruları yanıtlamama hakkına sahipsiniz.

Bu araştırmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak isterseniz Şenay DERELİ KÜÇÜKARDA ve Doç.Dr. Elif YÖYEN ile iletişime geçebilirsiniz.

Yukarıda yazılanları okudum, çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. **Evet** **Hayır**

EK 2

Demografik Bilgi Formu

1-Yaş: …….

2-Eğitim Durumu: İlkokul( )

Ortaokul( )

Lise( )

Üniversite( )

Yüksek Lisans( )

Doktora( )

3-Meslek:

3- Ekonomik durumu:

4-Kaç çocuğunuz var? ……

5- 0-36 ay arasında olan çocuğunuz kaç aylık? ……

6- Kilonuz: …….

7- Boyunuz: ……

8- Medeni Durum: Bekar ( )

Evli( )

Birlikte yaşıyor( )

Boşanmış( )

Eşini kaybetmiş( )

9- İş durumu: Çalışıyor ( ) Çalışmıyor( )

10- Sigara kullanıyor musunuz?

( ) Evet, günde..... adet.

( ) Hayır

( ) Bıraktım.

11- Alkol kullanıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

Cevap evet ise;

( ) Her gün ( ) Haftada 1-3 ( ) Haftada 3-5 ( )15 günde 1 ( ) Ayda 1

12- Sağlıklı olduğunuzu düşünüyor musunuz?

( )Evet ( )Hayır

13- Kronik (sürekli tedavi gerektiren) bir hastalığınız var mı?

( ) Hayır ( ) Diyabet ( ) Kalp hastalığı

( ) Hipertansiyon ( ) Ülser- gastrit ( ) Böbrek problemi

( ) Tiroid problem ( ) Karaciğer problem

( ) Diğer (Yazınız .....)

14- Bugüne kadar psikiyatrik bir tanı aldınız mı? Evet ( ) Hayır ( )

Evet ise psikiyatrik tanınız nedir? _____

15- Psikiyatrik bir ilaç kullanıyor musunuz? Evet ( ) Hayır( )

16- Bugüne kadar bir uzmandan psikolojik destek aldınız mı? Evet ( ) Hayır( )

17- Daha önce diyet uyguladınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

Hayır" şıkkını işaretlediyseniz 19. Soruya geçiniz)

18- Doğru beslenme bilgilerine eriştiğinizde davranışlarınız değişir mi?

( ) Her zaman ( ) Sık sık ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman

19- Düzenli egzersiz yapar mısınız? ( ) Evet ( ) Hayır

20- Şu anki kilonuzdan memnun musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Emin Değilim

21- Beslenme düzeninize ne kadar dikkat edersiniz?

( ) Çok Dikkat Ederim ( ) Normal düzeyde ( ) Biraz dikkat ederim ( ) Hiç dikkat etmem

22- Yiyeceğinizi önceden planlar mısınız?

( ) Evet ( ) Hayır

23- Alınan gıdaların doğal olmasına özen gösterir misiniz?

( ) Evet ( ) Hayır

24- Yemeği genellikle nasıl yersiniz?

( ) Yalnız yerim ( ) Arkadaşlarımla yerim ( ) Ailemle yerim

25- Kendinizi nasıl görüyorsunuz?

Çok zayıf ( )

Zayıf ( )

Normal kilolu ( )

Kilolu ( )

Çok kilolu ( )

(Lütfen **26- 28** numaralı sorularını 0-36 aylık çocuğunuzu düşünerek cevaplayınız.)

26- Bebeğinizi şu anda emziriyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( ) Hem mama veriyorum hem emziriyorum ( )

27-Bebeğinizin doğum şekli nedir?

Normal doğum ( ) Sezaryen ( )

28- Gebeliğiniz planlı bir gebelik miydi?

Evet ( ) Hayır ( )

EK 3

Ortoreksiya Nervoza Ölçeği- 11

	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
1- Son üç ay içerisinde tükettiğiniz besinleri düşünmek endişelenmenize neden oldu mu?	1	2	3	4
2- Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?	1	2	3	4
3- Yiyeceklerinizin sağlıklı olması sizin için lezzetinden daha mı önemlidir?	4	3	2	1
4- Daha sağlıklı besinlere daha fazla para harcar mısınız?	1	2	3	4
5- Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?	1	2	3	4
6- Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?	4	3	2	1
7- Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?	1	2	3	4
8- Sağlıklı beslenmek yaşam tarzınızı değiştirir mi? (dışarıda yeme, arkadaşlarla yemek gibi)	1	2	3	4
9- Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4
10- Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hisseder misiniz?	2	4	3	1
11- Süpermarketlerde sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4

EK 4

Yeme Tutumu Testi Kısa Formu (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.

B. Bölümü: Aşağıda yer alan her bir ifade için size uygun gelen bir şıkkı 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 yemeği durduramadığımı hissettiğimiz 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 hissederim.						
21. Yiyecekle ilgili düşünceler çok fazla zamanımı alır.						
22. Tatlı yedikten sonra rahatsız hissederim.						
23. Diyet yaparım.						
24. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
25. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						
26. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						

EK 5

Beck Depresyon Envanteri

1 (0)Üzgün ve sıkıntılı değilim.

(1)Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

(2)Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

(3)O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2 (0)Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

(1)Gelecek için karamsarım.

(2)Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.

(3)Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3 (0)Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

(1)Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.

(2)Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

(3)Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4 (0)Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

(1)Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.

(2)Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

(3)Her şeyden sıkılıyorum.

5 (0)Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.

(1)Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

(2)Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

(3)Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6 (0)Kendimden memnunum.

(1)Kendimden pek memnun değilim.

(2)Kendime kızgınım.

(3)Kendimden nefrete ediyorum.

7 (0)Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

(1)Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.

(2)Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.

(3)Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.

8 (0)Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1)Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2)Kendimi öldürmek isterdim.
(3)Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9 (0)İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1)Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2)Çoğu zaman ağlıyorum.
(3)Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10 (0)Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1)Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2)Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3)Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum.

11 (0)Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1)Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2)Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3)Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

12 (0)Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum
(1)Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2)Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3)Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13 (0)Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1)Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2)Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3)Kendimi çok çirkin buluyorum.

14 (0)Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1)Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2)Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3)Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15 (0)Uykum her zamanki gibi.

(1)Eskisi gibi uyuyamıyorum.

(2)Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.

(3)Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16 (0)Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

(1)Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.

(2)Her şey beni yoruyor.

(3)Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17 (0)İştahım her zamanki gibi.

(1)Eskisinden daha iştahsızım.

(2)İştahım çok azaldı.

(3)Hiçbir şey yiyemiyorum.

18 (0)Son zamanlarda zayıflamadım.

(1)Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.

(2)Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.

(3)Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19 (0)Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.

(1)Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2)Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3)Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20 (0)Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1)Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2)Cinsel isteğim çok azaldı.

(3)Hiç cinsel istek duymuyorum.

21 (0)Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

(1)Yaptıklarımdan dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.

(2)Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3)Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

EK 6

Beck Anksiyete Ölçeği

İsim:_____Tarih:……..

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki **bugün dahil son bir haftadır** sizi nekadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

		Hiç	**Hafif Düzeyde** *Beni pek etkilemedi*	**Orta Düzeyde** *Hoş değildi ama katlandım*	**Ciddi Düzeyde** *Dayanmakta çok zorlandım*
1	Bedeninizin herhangibir yerinde uyuşma veya karıncalanma	⓪	①	②	③
2	Sıcak/ ateş basmaları	⓪	①	②	③
3	Bacaklarda halsizlik, titreme	⓪	①	②	③
4	Gevşeyememe	⓪	①	②	③
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu	⓪	①	②	③
6	Başdönmesi veya sersemlik	⓪	①	②	③
7	Kalp çarpıntısı	⓪	①	②	③
8	Dengenizi kaybedeceğiniz duygusu	⓪	①	②	③
9	Dehşete kapılma	⓪	①	②	③
10	Sinirlilik	⓪	①	②	③
11	Boğuluyormuş gibi olma hissi	⓪	①	②	③
12	Ellerde titreme	⓪	①	②	③
13	Titreklik	⓪	①	②	③
14	Kontrolü kaybetme duygusu	⓪	①	②	③
15	Nefes almada güçlük	⓪	①	②	③
16	Ölüm korkusu	⓪	①	②	③

17	Korkuya kapılma	⓪	①	②	③
18	Midede hazımsızlık veya rahatsızlık hissi	⓪	①	②	③
19	Baygınlık	⓪	①	②	③
20	Yüzün kızarması	⓪	①	②	③
21	Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	⓪	①	②	③

EK 7

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

Aşağıda insanların duygularını kontrol etmekte kullandıkları bazı yöntemler verilmiştir. Lütfen her durumu dikkatlice okuyunuz ve her birinin sizin için ne kadar doğru olduğunu içtenlikle değerlendiriniz. Değerlendirmenizi uygun cevap önündeki yuvarlak üzerine çarpı (X) koyarak işaretleyiniz.

1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.				
○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.				
○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.				
○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman
4. Ne hissettiğim konusunda net bir fikrim vardır.				
○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.				
○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman
6. Ne hissettiğime dikkat ederim.				
○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.				
○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman
8. Ne hissettiğimi önemserim.				
○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.				
○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman
10. Kendimi kötü hissettiğimde, bu duygularımı kabul ederim.				
○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman
11. Kendimi kötü hissettiğimde, böyle hissettiğim için kendime kızarım.				
○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman
12. Kendimi kötü hissettiğimde, böyle hissettiğim için utanırım.				
○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman
13. Kendimi kötü hissettiğimde, işlerimi yapmakta zorlanırım.				
○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman

14. Kendimi kötü hissettiğimde, kontrolümü kaybederim.
○ Neredeyse Hiçbir zaman ○Bazen ○ Yaklaşık Yarı yarıya ○ Çoğu zaman ○ Neredeyse Her zaman

15. Kendimi kötü hissettiğimde, uzun süre böyle kalacağıma inanırım.
○ Neredeyse Hiçbir zaman ○Bazen ○ Yaklaşık Yarı yarıya ○ Çoğu zaman ○ Neredeyse Her zaman

16. Kendimi kötü hissettiğimde, sonuç olarak yoğun depresif duygular içinde olacağıma inanırım.
○ Neredeyse Hiçbir zaman ○Bazen ○ Yaklaşık Yarı yarıya ○ Çoğu zaman ○ Neredeyse Her zaman

17. Kendimi kötü hissettiğimde, duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.
○ Neredeyse Hiçbir zaman ○Bazen ○ Yaklaşık Yarı yarıya ○ Çoğu zaman ○ Neredeyse Her zaman

18. Kendimi kötü hissettiğimde, başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.
○ Neredeyse Hiçbir zaman ○Bazen ○ Yaklaşık Yarı yarıya ○ Çoğu zaman ○ Neredeyse Her zaman

19. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimi kontrolden çıkmış hissederim.
○ Neredeyse Hiçbir zaman ○Bazen ○ Yaklaşık Yarı yarıya ○ Çoğu zaman ○ Neredeyse Her zaman

20. Kendimi kötü hissettiğimde, halen işlerimi sürdürebilirim.
○ Neredeyse Hiçbir zaman ○Bazen ○ Yaklaşık Yarı yarıya ○ Çoğu zaman ○ Neredeyse Her zaman

21. Kendimi kötü hissettiğimde, bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.
○ Neredeyse Hiçbir zaman ○Bazen ○ Yaklaşık Yarı yarıya ○ Çoğu zaman ○ Neredeyse Her zaman

22. Kendimi kötü hissettiğimde, eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.
○ Neredeyse Hiçbir zaman ○Bazen ○ Yaklaşık Yarı yarıya ○ Çoğu zaman ○ Neredeyse Her zaman

23. Kendimi kötü hissettiğimde, zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.
○ Neredeyse Hiçbir zaman ○Bazen ○ Yaklaşık Yarı yarıya ○ Çoğu zaman ○ Neredeyse Her zaman

24. Kendimi kötü hissettiğimde, davranışlarımı kontrol altında tutabileceğimi hissederim.
○ Neredeyse Hiçbir zaman ○Bazen ○ Yaklaşık Yarı yarıya ○ Çoğu zaman ○ Neredeyse Her zaman

25. Kendimi kötü hissettiğimde, böyle hissettiğim için suçluluk duyarım.
○ Neredeyse Hiçbir zaman ○Bazen ○ Yaklaşık Yarı yarıya ○ Çoğu zaman ○ Neredeyse Her zaman

26. Kendimi kötü hissettiğimde, konsantre olmakta zorlanırım.
○ Neredeyse Hiçbir zaman ○Bazen ○ Yaklaşık Yarı yarıya ○ Çoğu zaman ○ Neredeyse Her zaman

27. Kendimi kötü hissettiğimde, davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.

○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman

28. Kendimi kötü hissettiğimde, daha iyi hissetmem için yapacağım hiç bir şey olmadığına inanırım.

○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman

29. Kendimi kötü hissettiğimde, böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.

○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman

30. Kendimi kötü hissettiğimde, kendim için çok fazla endişelenmeye başlarım.

○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman

31. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimi bu duyguya bırakmaktan başka yapabileceğim birşey olmadığına inanırım.

○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman

32. Kendimi kötü hissettiğimde, davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.

○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman

33. Kendimi kötü hissettiğimde, başka bir şey düşünmekte zorlanırım.

○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman

34. Kendimi kötü hissettiğimde, duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.

○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman

35. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimi daha iyi hissetmem uzun zaman alır.

○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman

36. Kendimi kötü hissettiğimde, duygularım dayanılmaz olur.

○ Neredeyse Hiçbir zaman	○Bazen	○ Yaklaşık Yarı yarıya	○ Çoğu zaman	○ Neredeyse Her zaman

EK 8

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

( ) Çok Doğru ( ) Doğru ( )Yanlış ( ) Çok Yanlış

2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

( ) Çok Doğru ( ) Doğru ( )Yanlış ( ) Çok Yanlış

3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

( ) Çok Doğru ( ) Doğru ( )Yanlış ( ) Çok Yanlış

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.

( ) Çok Doğru ( ) Doğru ( )Yanlış ( ) Çok Yanlış

5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.

( ) Çok Doğru ( ) Doğru ( )Yanlış ( ) Çok Yanlış

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

( ) Çok Doğru ( ) Doğru ( )Yanlış ( ) Çok Yanlış

7. Genel olarak kendimden memnunum.

( ) Çok Doğru ( ) Doğru ( )Yanlış ( ) Çok Yanlış

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

( ) Çok Doğru ( ) Doğru ( )Yanlış ( ) Çok Yanlış

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.

( ) Çok Doğru ( ) Doğru ( )Yanlış ( ) Çok Yanlış

10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.

( ) Çok Doğru ( ) Doğru ( )Yanlış ( ) Çok Yanlış