

T.C.
ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ORTOREKSİYA NERVOZA VE ERKEN DÖNEM UYUM BOZUCU ŞEMALAR
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Şeyma MAVİ

OCAK 2023

ANTALYA

T.C.
ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ORTOREKSİYA NERVOZA VE ERKEN DÖNEM UYUM BOZUCU ŞEMALAR
ARASINDAKİ İLİŞKİNİNİN İNCELENMESİ

Şeyma MAVİ

OCAK 2023

ANTALYA

T.C.
ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

ORTOREKSİYA NERVOZA VE ERKEN DÖNEM UYUM BOZUCU ŞEMALAR
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Şeyma MAVİ

PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI tezi olarak 18/ 01/2023 tarihinde jüri tarafından (oybirliği /
oyçokluğu ile) kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan HERDİ (Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Cumhur AVCİL

Dr. Hatice Yıldız BURKOVİK

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. İbrahim Sani MERT

Tez Teslim Tarihi: / /2023

BEYAN

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Ortoreksiya Nervoza ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı bu çalışmanın hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, bu çalışmanın herhangi bir kısmının başka bir akademik çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

21 / 12 / 2022

Şeyma MAVİ

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	v
TABLO LİSTESİ	vi
EKLER LİSTESİ	vii
GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
1.1.1. Araştırma Hipotezleri	3
1.2. Araştırmanın Önemi	3
KURAMSAL ÇERÇEVE	2
2.1. Ortoreksiya Nervoza	2
2.1.1. Tanımı	2
2.1.2. Etiyolojisi	4
2.1.3. Önerilen Tanı Kriterleri	4
2.1.4. Risk Faktörleri	5
2.1.5. Ortoreksiya Nervoza Prevalansı ve Yapılan Çalışmalar	6
2.1.6. Tedavi	7
2.2. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar	8
2.2.1. Şema Kavramı	8
2.2.2. Şema Terapi	8
2.2.3. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Sınıflandırılması	9
2.2.4. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalara İlişkin Çalışmalar	14
2.3. Ortoreksiya Nervoza'nın Sınıflandırılması	15
2.3.1. Yeme Bozuklukları	17
2.3.1.1. Anoreksiya Nervoza	18
2.3.1.2. Bulimia Nervoza	19
2.3.2. Yeme Bozuklukları ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar	19
2.3.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk	20
2.3.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar	20
YÖNTEM	2
3.1. Araştırmanın Modeli	2
3.2. Evren ve Örneklem	2
3.3. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	2

3.4. Veri Toplama Araçları-----	2
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu -----	3
3.4.2. ORTO-11 Ölçeği -----	3
3.4.3. Young Şema Ölçeği Kısa Formu – 3 (YŞÖ-KF3) -----	4
3.5. Verilerin Toplanması -----	4
3.5.1. İstatistiksel Analiz -----	5
3.5.1.1. Normallik Analizi -----	5
3.6. Etik Kurul -----	6
BULGULAR -----	7
4.1. Sosyodemografik Değişkenlere Ait Betimsel İstatistikler -----	7
4.2. ORTO-11 ve YŞÖKF-3 Şema Boyutları Puanlarına İlişkin Betimsel İstatistikler ----	8
4.3. Sosyodemografik Değişkenler Bakımından ORTO-11 ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarının Karşılaştırılması-----	9
4.4. Yaş ve Beden Kitle İndeksi Değişkenlerinin Ortorektik Eğilim Değişkeni ve Şema Boyutları Puanları ile Korelasyon Analizi -----	20
4.5. Ortorektik Eğilim ile Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi-----	20
4.6. Sosyodemografik Değişkenler ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarının Ortorektik Eğilimi Yordayıcı Analizi -----	62
4.7. Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarının Ortorektik Eğilimi Yordayıcı Analizi -----	62
TARTIŞMA -----	64
5.1. Ortoreksiya Nervoza Eğilimi ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarının Sosyodemografik Değişkenler ile İncelenmesi -----	64
5.1.1. Cinsiyet Değişkeni ile Ortorektik Eğilim ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarına Dair Bulguların Değerlendirilmesi -----	64
5.1.2. Yaş Değişkeni ile Ortorektik Eğilim ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarına Dair Bulguların Değerlendirilmesi -----	65
5.1.3. Eğitim Düzeyi Değişkeni ile Ortorektik Eğilim ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarına Dair Bulguların Değerlendirilmesi -----	66
5.1.4. Beden Kitle İndeksi Değişkeni ile Ortorektik Eğilim ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarına Dair Bulguların Değerlendirilmesi -----	67
5.1.5. Kilo Memnuniyeti Değişkeni ile Ortorektik Eğilim ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarına Dair Bulguların Değerlendirilmesi -----	67
5.1.6. Egzersiz Sıklığı Değişkeni ile Ortorektik Eğilim ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarına Dair Bulguların Değerlendirilmesi -----	68
5.1.7. Beslenme Biçimi Değişkeni ile Ortorektik Eğilim ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarına Dair Bulguların Değerlendirilmesi -----	69

5.1.8. Kronik Rahatsızlık Değişkeni ile Ortorektik Eğilim ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarına Dair Bulguların Değerlendirilmesi -----	69
5.2. Ortoreksiya Nervoza ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şeymalar -----	70
5.3. Ortoreksiya Nervoza'nın Sınıflandırılması-----	73
5.3.1. Şema Boyutları Açısından Obsesif Kompulsif Bozukluğun ve Araştırma Bulgularının Karşılaştırılması -----	74
5.3.2. Şema Boyutları Açısından Yeme Bozukluklarının ve Araştırma Bulgularının Karşılaştırılması -----	75
5.4. Sınırlılıklar ve Öneriler -----	76
KAYNAKÇA-----	78
EK-1: DSM-V'E GÖRE BESLENME VE YEME BOZUKLUKLARI TANI KRİTERLERİ -----	92
EK-2: DSM-V'E GÖRE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANI KRİTERLERİ ---	94
EK-3: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU -----	95
EK-4: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU -----	96
EK-5: ORTO – 11 ÖLÇEĞİ-----	98
EK-6: YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ – KISA FORM 3 -----	99
EK-7: ETİK KURUL ONAYI -----	102

ÖZET

ORTOREKSİYA NERVOZA VE ERKEN DÖNEM UYUM BOZUCU ŞEMALAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Şeyma MAVİ

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan HERDİ

Ocak 2023; 102 sayfa

Bu çalışmada erken dönem uyum bozucu şemalar ile Ortoreksiya Nervoza arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın amacı doğrultusunda erken dönem uyum bozucu şemaların ortorektik eğilimi ne ölçüde yordadığı tespit edilmiştir. Çalışmanın örneklemini 18-65 yaş aralığındaki 510 yetişkin birey oluşturmaktadır. Çalışmanın ölçüm araçları olarak Sosyodemografik Bilgi Formu, Ortoreksiya Nervoza Ölçeği (ORTO-11) ve Young Şema Formu Kısa Form – 3 (YŞÖKF-3) kullanılmıştır. Veriler tek yönlü varyans analizi (ANOVA), bağımsız örneklem t- testi, Pearson korelasyon analizi ve regresyon analizi üzerinden incelenmiştir.

Yürütülen analizler sonucunda, ortorektik eğilimin erken dönem uyum bozucu şema boyutları arasından karamsarlık, sosyal izolasyon, duyguları bastırma, onay arayıcılık, cezalandırılma, tehditler ve hastalıklara karşı dayanıksızlık, yüksek standartlar, ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim şema boyutları ile negatif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak, ortorektik eğilim ile boy, beslenme biçimi, kilo memnuniyeti ve egzersiz sıklığı sosyodemografik değişkenleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmanın amacı doğrultusunda yürütülen regresyon analizi sonucu iki model oluşturulmuştur. İlk modelde yaş, boy, kilo memnuniyeti, egzersiz sıklığı, onay arayıcılık, karamsarlık, terk edilme ve yüksek standartlar ile varyansın %14,8'ini açıkladığı görülmüştür. Erken dönem uyum bozucu şemaların ortorektik eğilimi yordama düzeyi için kurulan modelde ise yüksek standartlar ve onay arayıcılık şemalarının varyansın %5'ini yordadığı tespit edilmiştir. Çalışma içerisinde Ortoreksiya Nervoza'nın tanısız sınıflandırılmasına dair tartışmaya şema perspektifinden ele alınarak yer verilmiştir. Çalışmanın bulguları ilgili literatür çerçevesinde tartışılmış ve araştırmanın katkıları belirtilmiştir.

ANAHTAR KELİMELER: erken dönem uyum bozucu şemalar, obsesif kompulsif bozukluk. ortoreksiya nervoza, ortorektik eğilim, şema terapi, yeme bozuklukları.

JÜRİ: Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan HERDİ

Dr. Öğr. Üyesi Cumhuriyet AVCİL

Dr. Hatice Yıldız BURKOVİK

ABSTRACT

INVESTIGATING THE RELATIONSHIP BETWEEN ORTHOREXIA NERVOSA AND EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS

Şeyma MAVİ

MSc Thesis in Psychology

Supervisor: Asst. Prof. Dr. Oğuzhan HERDİ

January, 2023: 102 pages

The main purpose of the present study is to examine the relationship between orthorexia nervosa and early maladaptive schemas. In accordance with the purpose of the study, it was aimed to determine to what extent early maladaptive schemas (EMS) predicted the orthorexic tendency. The samples of the study consists of 510 adult individuals between the ages of 18-65. Within the framework of the research hypotheses, several scales and test were applied to the participants following: Sociodemographic Information Form, Orthorexia Nervosa Scale (ORTO-11) and Young Schema Questionnaire Short Form – 3 were used as measurement tools. Analysis of Variance (ANOVA), independent samples t-test, Pearson's correlation analysis and linear regression analysis were applied in the analysis of data. The statistically significant negative correlations were observed between the orthorexic tendency and schemas such as negativity/pessimism, social isolation, emotional inhibition, approval-seeking, punitiveness, unrelenting standards/hypercriticalness, vulnerability to harm or illness and insufficient self-control/self-discipline schemas. In addition to the aforementioned findings, the orthorexic tendency was found to be correlated with the sociodemographic variables such as height, weight satisfaction, dietary patterns and the frequency of exercise. As the results of the linear regression analysis, two models were built. The first model consisted of age, height, weight satisfaction, the frequency of exercise, abandonment, pessimism, approval-seeking and unrelenting standards schemas; explaining the 14,8% of the variance. The second model built with the EMSs and orthorexia nervosa only consisted of unrelenting standards and approval seeking schemas, predicting the 4.1% of the variance. The discussion on the diagnostic classification of orthorexia nervosa, which may belong on the eating disorder or obsessive-compulsive spectrum, from the schema perspective was included. The findings of the study were discussed within the scope of the relevant literature.

KEYWORDS: early maladaptive schemas, eating disorders, obsessive-compulsive disorder orthorexia nervosa, orthorexic tendency.

COMMITTEE: Asst. Prof. Dr. Oğuzhan HERDİ

Asst. Prof. Dr. Cumhuri AVÇİL

Dr. Hatice Yıldız BURKOVİK

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

Simgeler

S.S.	: Standart sapma
N	: Toplam sayı
p	: Anlamlılık düzeyi
r	: Korelasyon katsayısı
β	: Regresyon katsayısı

Kısaltmalar

AN	: Anoreksiya Nervoza
BN	: Bulimia Nervoza
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
ON	: Ortoreksiya Nervoza
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
ORTO-11	: Ortoreksiya Nervoza Ölçeği
YB	: Yeme Bozukluğu
YŞÖKF-3	: Young Şema Ölçeği – Kısa Form 3

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Şema alanları ve erken dönem uyum bozucu şemalar	9
Tablo 2. ORTO-11 ve YŞÖKF-3 şema boyutlarının normallik testi sonuçları.....	5
Tablo 3. Örneklemeye ait araştırma değişkenlerinden ORTO-11 ve şema boyutlarının betimsel istatistikler	8
Tablo 4. ORTO-11 puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması	9
Tablo 5. Şema boyutları puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması	9
Tablo 6. ORTO-11 ve şema boyutları puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre karşılaştırılması	10
Tablo 7. ORTO-11 puanlarının egzersiz sıklığı değişkenine göre karşılaştırılması	12
Tablo 8. Şema boyutları puanlarının egzersiz sıklığı değişkenine göre karşılaştırılması ...	12
Tablo 9. ORTO-11 puanlarının kilo memnuniyeti değişkenine göre karşılaştırılması	14
Tablo 10. Şema boyutları puanlarının kilo memnuniyeti değişkenine göre karşılaştırılması	15
Tablo 11. Beslenme biçimi değişkenine göre ORTO-11 ve şema boyutları puanlarının karşılaştırılması	17
Tablo 12. Kronik rahatsızlık değişkenine göre ORTO-11 ve şema boyutları puanlarının karşılaştırılması	18
Tablo 13. Yaş ve BKİ değişkenleri ile ORTO-11 ve şema boyutları puanları Pearson korelasyon analizi.....	60
Tablo 14. ORTO-11 ve şema boyutları Pearson korelasyon analizi	61
Tablo 15. Erken dönem uyum bozucu şemaların ve sosyodemografik değişkenlerin ortorektik eğilim üzerindeki yordayıcı etkisinin regresyon analizi.....	62
Tablo 16. Erken dönem uyum bozucu şemaların ortorektik eğilim üzerindeki yordayıcı etkisinin regresyon analizi.....	62

EKLER LİSTESİ

EK 1. DSM-V'e Yeme Bozuklukları ile Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Kriterleri

EK 2. Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK 3.Sosyodemografik Bilgi Formu

EK 4. ORTO-11 Ölçeği

EK 5. Young Şema Ölçeği – Kısa Form 3

EK 6. Etik Kurul Onayı

BÖLÜM I

GİRİŞ

Sağlık ile diyet arasındaki ilişki üzerine yapılan tartışmalar oldukça yaygındır. Son zamanlarda sağlıksız olduğu düşünülen gıdalardan kaçınmaya, fiziksel ve zihinsel sağlığa faydası olduğu bilinen beslenme davranışlarının benimsenmesine yönelik farkındalık artış göstermektedir (Brytek-Matera, 2017). Dünya Sağlık Örgütü (2002) sağlıklı bir yaşam sürdürmek ve pek çok hastalığı önlemek adına tüketilen tuz, şeker ve yağ miktarını azaltmayı, günlük meyve ve sebze tüketimini arttırmayı ve egzersiz yapmayı tavsiye etmektedir. Kaliteli ve sağlıklı gıdalar ile beslenmek psikolojik bir bulgu olarak yordanmasa da gıda seçimine olan ilgi ve endişenin zaman içinde artış göstermesi, bazı bireylerde obsesyon seviyelerine ulaşabilmektedir (Brytek-Matera, 2017). Tüketilecek gıdanın kalitesi ve saflığı ile ilişkili takıntı bireylerin gündelik rutinlerinde aksamalara, sosyal ilişkilerinde bozulmalara, duygu durumlarının olumsuz etkilenmesine ve hatta sosyal izolasyona sebep olabilmektedir (Dunn ve Bratman, 2016). Son dönemde ifade edilen bu durumu tanımlamak adına yeni bir ruhsal tablo öne sürülmüştür: Ortoreksiya Nervoza. Bu tablo, bireyin günlük yaşamında işlevselliğini ve hayat kalitesini etkileyen biçimde sağlıklı beslenme takıntısı geliştirmesi durumunu ifade etmektedir.

Güncel olarak ruhsal bozuklukların sınıflandırılmasında evrensel olarak kabul edilen Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı – 5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM] – 5*) ve Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması – 10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [ICD] -10*) içerisinde yer almayan Ortoreksiya Nervoza (ON), araştırmalarda ve klinik ortamda gün geçtikçe ilgi görmektedir (Lopes vd., 2020). Ortoreksiya Nervoza'nın henüz net tanımı ve tanı kriterleri belirli değildir; dolayısıyla bozukluğa ilişkin etiyoloji, epidemiyoloji ve komorbiditesine ilişkin yapılan çalışmaların artırılması gerekmektedir (Dell'Osso vd., 2018). Bunun yanı sıra ON'nin semptomlar açısından benzerlik gösterdiği Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) veyahut yeme bozukluğu (YB) gibi evrensel olarak tanınan psikiyatrik bozuklukların spektrumlarında yer alan bir rahatsızlık olup olmadığı konusunda bir fikir birliğine de varılamamıştır (Brytek-Matera, 2014). Ortoreksiya Nervoza'dan mustarip bireylerin gıdaların içeriğine ve kalitesine olan takıntısı ile OKB'nin klinik görünümü ortak öğeler barındırır da (Arusoğlu vd., 2008; Bağcı Bosi vd., 2007) literatürdeki güncel çalışmalar tipik yeme bozuklukları, özellikle Anoreksiya Nervoza, ile örtüşen semptomlar göstermesi sebebiyle YB içerisinde değerlendirilmesi gerektiği görüşündedir (Barthels ve ark., 2021; Brytek-Matera, 2012; Brytek-Matera ve ark., 2017; Walker-Swanton vd., 2020).

Henüz ON, ICD-10 ve DSM-V içerisinde yer almasa da araştırmacıların önerdiği tanı kriterlerinden biri ON'dan mustarip bireylerin zayıflama amacı bulunmadan sağlıklı bir bedene sahip olabilmek için tükettikleri gıdalara abartılı bir dikkat etme eğilimidir. (Dunn ve Bratman, 2016; Domingues ve Carmo, 2020; Varga vd., 2013). Ancak ON'dan mustarip bireylerin beslenmelerine odaklanmalarının ardında örtük bir anormal yeme üzerinde kontrol sağlama ve olumsuz beden imgeleri ile başa çıkma dürtüsünün bulunduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (Barnes ve Caltabiano, 2017; Barthels vd., 2017) Organik ve temiz

içerikli bir beslenmeye sahip olma motivasyonunun beden ve görünüş kaygılarına zemin hazırladığından ve kilo kontrolü davranışlarını beslediğinden bahsedilmektedir. Başka bir deyiş ile bireyin kilo alımına yönelik kaygıları ile beden imgesine atfettiği değer ilişkisinin ON semptomları ile paralellik gösterdiğini bildiren çalışmalar mevcuttur (Barnes ve Caltabiano, 2017; Barthels vd., 2017; Segura-Garcia vd., 2015).

Diğer bir yandan sağlıklı beslenmeye yönelik ilginin psikiyatrik bir tanı gerektirmeden varlığı sağlıklı ortoreksiya olarak tanımlanmaktadır (Barthels vd., 2019a). İşlevsellikte bozulma olmaksızın bireyin sosyal ilişkilerini etkilemeyecek düzeyde seyreden sağlıklı beslenmeye olan ilgisi kişinin yaşam kalitesini arttırmaktadır (Barrada ve Roncero, 2018). Ancak organik ve temiz içerikli beslenme isteğinin sağlıklı bir takıntıya dönüşerek kişinin işlevselliğini etkileyen bir durum olmasına zemin hazırlayan etkenleri anlamak, tanının aydınlatılması açısından önemli görülmektedir. Bu konuda da erken dönem uyumsuz şemaların incelenmesi bizlere katkı sağlayabilir.

Evrensel olarak nitelendirilen temel duygusal ihtiyaçların karşılanmaması ile oluşan erken dönem uyum bozucu şemaların zaman içinde gelişmesi, beraberinde işlevsiz davranış örüntülerini getirmektedir (Young vd., 2003). Kişilik bozuklukları tedavisi için Young (1999) tarafından geliştirilen Şema Terapi'nin, temelinde çocukluk döneminde gelişen şema düzeyindeki inançların olduğu düşünülen YB ve OKB gibi psikopatolojilerin tedavisinde de etkili olduğu bilinmektedir (Basile vd., 2017; Luppino vd., 2018; Sheffield vd., 2009; Waller vd., 2007) Literatüre bakıldığında Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış kişilerin sosyal izolasyon, yüksek standartlar, tehditlere karşı dayanıksızlık ve kusurluluk şemalarından yüksek puan alarak karşılaştırıldıkları grup ile farklılaştıkları görülmektedir (Atalay, 2008; Karahan, 2006; Kızılağaç ve Cerit, 2019; Khosravani vd., 2019; Kwak ve Lee, 2015; Tenore vd., 2018). Bunun yanı sıra YB tanılı kişilerin kopukluk ve reddedilme, zedelenmiş özerklik, zedelenmiş sınırlar ve aşırı uyarılma şema boyutlarında sağlıklı bireylere kıyasla daha yüksek puan aldıkları bildirilmiştir (Dingemans vd., 2006; Kutlu, 2009; Meyer, 2001; Waler, 2000).

Aktarılan bilgiler doğrultusunda bireyin, ortorektik eğilim olarak değerlendirilen, sağlıklı gıdaya yönelik takıntı ve endişeli bir tutum geliştirerek sağlıklı gıdadan kaçınması ile erken dönemde geliştirdiği uyumsuz şemaları arasında bir ilişki olup olmadığı merak edilmiş; literatür taraması yapıldığında buna ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır. ON sınıflandırmasında ilişkili olduğu tartışılan OKB ve YB ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların, ortorektik bireylerde görülebilecek erken dönem uyumsuz şemaları araştırırken ışık tutması beklenmektedir. Bu çalışmanın bireylerin geliştirdiği erken dönem uyum bozucu şemalar ile ortorektik eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi ile ON'nın başlatıcı ve sürdürücü etkenlerine dair derinlik kazanılmasına yardım edeceği öngörülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı bireylerin Ortoreksiya Nervoza eğilimleri ile erken dönem uyum bozucu şemaları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Çalışmanın bir diğer amacı ise ortorektik eğilimler ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu

bağlamda incelenen ilgili literatür ışığında Ortoreksiya Nervoza tablosunun sınıflandırılmasına ilişkin bir değerlendirilme yapılması da çalışmanın amaçları arasında yer almaktadır.

1.1.1. Araştırma Hipotezleri

Çalışmanın amacı doğrultusunda belirlenmiş hipotezler (H) aşağıda yer almaktadır: Mevcut araştırmanın hipotezleri:

H1: ORTO-11 puanları ile Young Şema Ölçeği Kısa Form – 3 (YŞÖ-KF3) şema boyutu puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı olarak bir ilişki vardır.

H1a: ORTO-11 puanları ile yüksek standartlar/aşırı eleştirelilik şema boyutu puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

H1b: ORTO-11 puanları ile sosyal izolasyon şema boyutu puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

H1c: ORTO-11 puanları ile tehditler ve hastalıklar karşısında dayanıksızlık şema boyutu puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

H1d: ORTO-11 puanları ile yetersiz öz denetim/ayrıcılık şema boyutu puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

H1e: ORTO-11 puanları ile onay arayıcılık şema boyutu puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

H1f: ORTO-11 puanları ile cezalandırıcılık şeması şema boyutu puanları negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

H1g: ORTO-11 puanları ile başarısızlık şema boyutu puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

H2: Katılımcıların cinsiyetleri ile ORTO-11 puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H3: Katılımcıların beden kitle indeksleri ile ORTO-11 puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H4: Katılımcıların kilo memnuniyetleri ile ORTO-11 puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H5: Egzersiz değişkeni ile ORTO-11 puanları ile arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

1.2. Araştırmanın Önemi

Ortoreksiya Nervoza (ON), henüz klinik olarak kabul edilen bir tanı kategorisi değildir ve DSM-V'te ve ICD-10 tanı kılavuzlarında bulunmamaktadır. Bu bağlamda literatürde yeni yer almaya başlayan bir tablodur. Alanyazın incelendiğinde ON'nın varlığını saptamaya ve bireylerin eğilimini yordamaya yönelik çalışmalar mevcut olsa da şema perspektifinden ele alarak bu kavramı inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ortorektik eğilim ile şema boyutlarının arasındaki ilişkinin incelenmesinin hedeflendiği bu araştırma, araştırma değişkenleri ve amacı açısından benzersiz olması ile önemli görülmektedir. Çalışmanın bir diğer amacı ise Ortoreksiya Nervoza eğiliminin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, egzersiz, kilo memnuniyeti ve kronik hastalık varlığı açısından incelenmesidir. OKB ve YB gibi psikopatolojilerin kökeninde yattığı düşünülen şema düzeyindeki inançların, gelecekte

yapılması olası olan ON temelindeki faktörleri araştıran çalışmaları teşvik edeceği dūřünölmektedir.

Bilindiği kadarı ile yerli veya yabancı literatürde henüz çalışılmayan bu ikili ilişkinin araştırılmasının yalnızca teorik olarak değil, klinik anlamda da fayda sağlaması beklenmektedir. Klinik süreçte sağlıklı yeme takıntısı değerlendirilirken tanıya dair iç görü edinmek konusunda klinisyenlere katkıda bulunması öngörölmektedir.

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Ortoreksiya Nervoza

2.1.1. Tanımı

İlk olarak 1997 yılında Bratman tarafından kullanılan Ortoreksiya Nervoza kavramı, Latince doğru ve uygun anlamına gelen *orthos* ile açlık ve iştah anlamını taşıyan *orexia* kelimelerinin birleştirilmesiyle oluşturulmuştur ve “doğru iştah” anlamına gelmektedir. Ortoreksiya Nervoza (ON), organik ve sağlıklı olarak nitelendirilen yiyeceklerin seçimi ile karakterize olan, bireyin normal yaşamını etkileyen doğru beslenme takıntısıdır (Bartrina, 2007). Ortoreksiya Nervoza, gıda içerikli konulara aşırı odaklanma sonucu bozulmuş yeme ve beslenme tutumları ile kısıtlayıcı diyet, yiyeceklerden alınan hazda alma, mükemmeliyetçilik ve bu durumlara eşlikçi anksiyete, kontrol ihtiyacı, yemek hazırlıklarına ilişkin ritüeller ve bu durumlarda katı bir tutum sergileme ile varlığını gösterir (Bartrina, 2007; Brytek-Matera, 2012; Chaki vd., 2013; Fidan vd., 2010; Koven ve Senbonmatsu, 2013; Varga vd., 2014; Catalina Zamora vd., 2005). Sağlığı optimal düzeye ulaştırma arzusu ile başlangıç gösteren ON, kısıtlayıcı ve katı bir beslenme biçimi ile devam eder ve sağlıklı olarak etiketlenen yiyeceklerden kaçınma ile belirgin bir takıntıya dönüşür (Brytek-Matera, 2012).

Kısıtlı gıda alımı nedeniyle kilo kaybı yaşamalarına karşın, ortorektik eğilim görülen bireylerde kilo kaybına yönelik açık bir istek veya çaba bulunmaz (Dunn ve Bratman, 2016). Bunun yanı sıra görünüşe aşırı önem atfetme ve kilo almaya yönelik kaygı duymanın Ortoreksiya Nervoza ile ilişkisi olabileceğini öne süren çalışmalar da mevcuttur (Barnes ve Caltabiano, 2017; Bóna vd., 2019; Tremelling vd., 2017). Kilo alınmasına ilişkin kaygıların ve zayıflığa yönelik beklentilerin, toplumsal açıdan daha kabul edilebilir olduğu düşünülen sağlıklı beslenmenin altında örtük olarak var olduğu düşünülmektedir (Brytek-Matera vd., 2018). Asıl olan doğru gıda ile beslenerek sağlıklı beslenme endişesini söndürmektir; fakat bu endişenin yanında vücut ağırlığına yönelik abartılı uğraşların da varlığı tartışılmaktadır (Almeida vd., 2018; DeBois ve Chatfield, 2020).

ON, organik ve koruyucu madde içermeyen “temiz içerikli” gıda ile karakterizedir (Donini vd., 2004). Ortorektik bireyler tüketmeyi planladıkları yiyecekler için besin araştırması yapmak, temin etmek ve tüketime hazırlamak için olağandan fazla zaman harcamaya meyillidirler (Donini vd., 2005; Oberle vd., 2017). ON eğilimi görülen kişilerin yiyecek satın alırken yiyecek ambalajlarında yer alan içindekiler kısmını uzunca bir süre incelediği görülmektedir (Oberle vd., 2017). Organik ve sağlıklı olduğu düşünülen koruyucu, yapay renklendirici veya tatlandırıcı içermeyen, pestisit kalıntılarından arındırılmış, genetiği değiştirilmemiş, sağlıklı yağlar içeren ve şeker, tuz ve diğer bileşenlerde aşırıya kaçmayan yiyecekleri tercih eden ortorektik bireyler, bu kriterler dahilinde olan gıdaları tüketime hazırlarken kullandıkları araç gereçler ve usuller de obsesif ritüellerinin bir parçasıdır.

Ortorektik kişiler için pişirme aşamasında kullanılan tencere ve tavaların alüminyumdan yapılmaması bir obsesyon olarak nitelendirilebilir (Arusoğlu, 2006; Bartrina, 2007; Catalina Zamora, 2005; Donini, 2004; Fidan, 2010). Yemeklerin pişirilme şekli ve malzemelerin temizliği konusunda da kaygıları olan ortorektik bireyler, içeriğini bilmediği veya emin olmadığı gıdaları tüketmeyi tercih etmez; tükettikleri besinin içeriğindeki farklılık veya pişirme yöntemindeki değişikliğe karşı hassasiyetle yaklaşırlar (Catalina Zamora vd., 2005). Bunun doğal bir getirisi olarak da ortorektik bireylerin obsesyon geliştirerek gıdaları çiğ tüketmeye başlayabildikleri gözlemlenmektedir (Donini vd., 2005).

Gıdaları yalnızca çiğ tüketmeyi temel alan çiğ beslenme, paleolitik taş devrindeki gibi işlenmiş gıdalardan uzak, hayvansal gıdalar ile düşük karbonhidrat beslenmeyi öneren paleo diyeti ve karbonhidrat alımının minimuma düşürülerek yağ ağırlıklı beslenmeyi sağlayan ketojenik diyet gibi bazı beslenme çeşitleri ve zaman zaman arındırıcı görevi gördüğüne inanılan detokslar kısıtlayıcı beslenme tiplerine örnek olarak ortorektik bireylerin “temiz ve katkısız” beslenme hedefleri ile paralellik gösterir. Son yıllarda arttığı belirtilen bu diyet tiplerinin önemli vitamin ve mineral eksikliklerine sebep olabileceği bilinmektedir (Bardone-Cone vd., 2012; Fries ve Coyle, 1993; Valera vd.; 2014).

Rahatsızlık veren durum sağlıklı gıda tüketiminden ziyade, bu durumun bir takıntıya dönüşmesidir. Bu saplantı uğruna birey gündelik rutinlerinden vazgeçer, sosyal ilişkileri ve duygudurumu olumsuz yönde etkilenir (Brytek-Matera, 2012). Bireyler, yiyecek alımları üzerinde kontrol sağlamayı benlik saygısı ve kendini gerçekleştirme arzuları ile eşleştirmiştir (Segura-Garcia, 2015). Organik ve temiz içerikli besinleri tüketerek ve sağlıklı olmayı hedefleyerek üstünlüğe ulaşmayı arzularlar (Koven, 2015). Sosyal çevresinde ahlaki açıdan üstün bir tavır takınır ve yakın çevresinin de beslenmeleri üzerinde kontrol sağlamaya çabalarlar (Varga vd., 2013). Mathieu (2005) çalışmasında ortorektik eğilim gösteren bireylerin yiyeceklerini yanlarında taşıdığı, yemek içeren sosyal etkinliklere dahi yiyeceklerini getirdiği sonucuna ulaşmıştır. ON’dan mustarip bireyler kısıtlayıcı ve temiz içerikli gıdalardan oluşan diyetlerinin ahlaki olarak üstün bir tutum olduğunu düşünerek gurur duyarlar (Ramacciotti vd., 2011).

Ortoreksiya Nervoza’nın başlatıcı ve sürdürücü etkenleri konusunda pek çok farklı husustan bahsetmek olasıdır. Kişinin kendisine uygun olmayan bir beslenme biçimini beslenme uzmanı yönlendirmesi ile takip etmesi başlatıcı olabilmekle birlikte, kişinin özel bir diyet gerektiren rahatsızlığı da duruma katkıda bulunabildiği bilinmektedir. Sosyal medya kullanımı ile yeme bozuklukları ve beden algısı arasındaki ilişkiyi temel alan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda ortorektik eğilim geliştirme konusunda da sosyal medyanın rol oynayabileceğini ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (Canbaz ve Özsöz, 2020; Ergin, 2014; Kazkondu, 2010; Turner ve Lefevre, 2017). Araştırmacıların güncel olarak çalışmalar yürüttüğü Ortoreksiya Nervoza için henüz evrensel olarak kabul görmüş bir tanım ve tanı kriterleri yer almamaktadır. Tanılama sürecinde ise Ortoreksiya Nervoza Testi (ORTO-15) ile Yeme Tutum Testi (YTT)’nin yanı sıra Beck Depresyon Ölçeği gibi testler de kullanılabilir (Arusoğlu, 2006).

2.1.2. Etiyolojisi

Literatürde Ortoreksiya Nervoza'nın ortaya çıkmasına neden olabilecek faktörler üzerine çeşitli araştırmalar mevcuttur. ON ile ilgili yapılan çalışmalarda incelenen demografik değişkenlerden cinsiyet, yaş, vücut kitle indeksi ve eğitim düzeyi Ortoreksiya Nervoza etiyojisinde etkili değişkenler olarak belirlenmiştir. Sosyal medya ile gündeme gelerek toplum içerisinde yaygınlaşan diyet listeleri ve bazı besin gruplarının tüketimini kısıtlayıcı beslenme tipleri, bireylerin kendi sağlıkları açısından uygunluklarını saptamadan takip etmelerine yol açabilmektedir. Paleo, çığ, beslenme, Atkins diyeti, Ketojenik beslenme gibi kısıtlayıcı diyetlerin de ortorektik eğilimi tahmin ettiği düşünülmektedir (Donini vd., 2004).

Karbonhidrat tüketimi, serotonin salgılanımını desteklemektedir; düşük seviyelerdeki serotonin açlık hissini, yüksek serotonin ise tokluk hissini tetiklemektedir (Wurtman ve Wurtman, 1988). Bununla birlikte serotonin üretimi ile kaygı, obsesif kompulsif eğilim ve öfkenin ters orantılı olduğu bilinmektedir (Baumgarten ve Grozdanovic, 1998). Serotonin yollarının (5-HT) yeme bozukluklarının bir kategorisi olan Anoreksiya Nervoza ve Bulimia Nervoza'da ortak görülen duygu ve beslenme davranışlarının düzenlenmesine katkıda bulunduğu, bozuklukların patogenez ve patofizyolojisinde rol oynadığı bilinmektedir (Bailer ve Kaye, 2010).

2.1.3. Önerilen Tanı Kriterleri

Güncel olarak henüz DSM-V ve ICD-10 tanı sınıflandırma sistemlerinde yer almayan ve evrensel olarak kabul gören bir tanım veya tanı kriterine sahip olmayan Ortoreksiya Nervoza için çalışmacılar, ortorektik eğilim geliştiren ve risk grubunda olabilecek bireyleri belirleyebilmek ve tedavi süreçlerini yürütebilmek adına birtakım tanı kriterleri önermişlerdir (Bratman ve Knight, 2000; Brytek-Matera, 2014; Moroze vd., 2015). Bireyin fiziksel ve mental sağlığını koruyabilmek adına sağlıklı olarak etiketlediği besinlerden kaçınması, bu gıdaların tüketimine yönelik yoğun bir kaygı ve suçluluk duygusunun eşlik etmesi ile yalnızca organik ve temiz içerikli olduğu düşünülen gıdaların tüketimi, hazırlığı ve bu süreçte olağandan fazla miktarlarda para ve zaman gibi kaynakların harcanması önerilen tanı kriterlerini özetlemektedir. Bunun yanı sıra başkalarının beslenme alışkanlıkları ve yeme tutumlarının yetersiz olduğuna inanarak kendi beslenme biçimini üstün tutmak; yeme örüntüsü sebebiyle bireyin günlük ve sosyal hayattaki işlevselliğinde düşüş, sosyal ilişkilerde bozulma da önerilen tanı kriterlerindedir (Bratman ve Knight, 2000; Brytek-Matera, 2014; Moroze vd., 2015).

Bahsi geçen tanı kriterlerinden farklılaşarak semptomları "A grubu" ve "B grubu" olmak üzere iki ölçüt altında toplayan Dunn ve Bratman (2016), ortorektik bireylerin beslenme biçimlerine getirdikleri kısıtlamaların artışı ile kilo kaybının ilişkisi üzerinde durmuştur. Yeme bozukluğu tanısı almış kişilerden farklı olarak, ortorektik eğilim gösteren bireylerde kilo verme arzusunun açık bir şekilde görülmediğini veya sağlıklı beslenme motivasyonunun altında örtük bir arzu olarak var olabileceğini gözlemlemiştir. Dunn ve Bratman (2016) bireyin optimum sağlık düzeyine ulaşabilmek adına sağlıklı olarak

etiketlediği gıdalardan oluşturduğu kısıtlayıcı bir diyeti takip etmesi, buna dair yoğun bir kompulsif zihinsel uğraşının varlığı, belirlenmiş diyet sınırları dışına çıkıldığı durumlarda bireyin kaygı ve suçluluğuna eşlik eden fiziksel rahatsızlık, stres ve hastalanmaya dair korkunun varlığı A grubuna dahil olan ölçütler arasındadır. B grubu ölçütleri ise benimsenen kısıtlayıcı diyet sonucu aşırı miktarda kilo kaybı, A grubu ölçütlerine ikincil olarak gelişen sosyal ve diğer alanlarda işlevsellikte bozulma, kişinin beslenmeye abartılı bir önem atfederek beden algısını ve imajını eşleştirmesi olarak belirlenmiştir.

Gelecekte Ortoreksiya Nervoza'nın DSM-V'te yer alması halinde hangi tanı grubuna dahil edeceği konusunda tartışmalar yapılmaktadır. "Tanımlanamayan Diğer Yeme Bozuklukları" sınıfına dahil edilmesi gerektiğini savunan çalışmalar ile "Obsesif Kompulsif Bozukluklar" adı altında yer almasını savunan çalışmaların haricinde yeni bir tanı grubu olarak ele alınmasının uygun olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (Brytek-Matera, 2012; Costa vd., 2017; Mathieu, 2005).

Her sağlıklı beslenen ve beslenmesinde bazı gıdaları kısıtlayarak sağlığını korumayı hedef edinen kişi, ortorektik olarak değerlendirilemez veya Ortoreksiya Nervoza tanısı alamaz (Bratman ve Knight, 2000). Tanı varlığına işaret eden ölçütler ise bireyin yaşamında birkaç haftadan ziyade 6 ay gibi uzun bir vadede gözlemlenmesi, sağlıklı beslenme gayesinin yaşam stresi yaratması, bireyin bu stres ile başa çıkma ve duygu durumunu düzenleyebilmek adına günün belli bir kısmını yiyecekleri düşünerek geçiriyor olması ve bu kriterlere ikincil olarak günlük yaşamında işlevselliğinin düşmesidir (Bratman, 2005; Varga vd., 2013). Ayrıca Ortoreksiya Nervoza eğilimi gösteren kişinin üstünlük ve beslenme konusunda mükemmellik seviyesine ulaşabilmesi adına beslenmelerine getirdikleri kısıtlamanın giderek artması ve bunun getirisi olarak fizyolojik semptomların gözlemlenmesi de tanı kriteri önerilerindedir (Varga vd., 2013)

2.1.4. Risk Faktörleri

Literatürde Ortoreksiya Nervoza için risk faktörlerini inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır. Ortorektik eğilim geliştirmeye yatkınlığın genetik, biyolojik, çevresel ve psikolojik birçok faktöre dayalı olabileceği söylenmektedir. Alanyazında beslenme uzmanları, spor ve sanat mensupları, tıp doktorları gibi meslek gruplarının incelenen diğer kesimlerden daha çok etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır (Eriksson vd., 2008; Kinzl vd., 2008; Strand, 2004).

Yapılan başka bir çalışmada ise toplum tarafından kabul gören standart güzellik ve beden algısının zayıflığa yönelik oluşunun, sosyal medyada sağlıklı beslenmeye ve zayıflamaya dair özendirici paylaşımları arttırabileceği ve bu durumun Ortoreksiya Nervoza'ya zemin hazırlayarak başlatıcı bir etken olabileceği sonucuna varılmıştır. Sağlıklı beslenen birey toplum tarafından yüceltilmektedir (Arusoğlu, 2006; Üstündağ, 2020). Bunlara ek olarak literatür incelendiğinde ortorektik eğilimi beslenmeye ilişkin bilişlerin içeriği, sosyal faktörler ve cinsiyet gibi değişkenler ile inceleyen çalışmalara sıklıkla rastlanmıştır. Ancak erken dönem uyum bozucu şemaların bileşenlerinden olduğu bilinen çocukluk yaşantılarına ve ebeveyn tutumlarına yer veren çalışmalar oldukça azdır. Bu hususta Çelen'in (2022) yaptığı çalışmada ebeveynlerin otoriter bir tutum benimsemesi ile

ortorektik eğilim arasında anlamlı bir ilişki tespit edildiği bilinmektedir. Literatür incelendiğinde ise ulusal ve uluslararası yayınlarda ortorektik eğilim ile erken dönem uyum bozucu şemaları araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

2.1.5. Ortoreksiya Nervoza Prevalansı ve Yapılan Çalışmalar

Kesin bir tanımı ve tanı ölçütlerinin bulunmaması sebebiyle genel popülasyonda prevalansına ilişkin kesin bir orandan bahsedilmesi olası değildir. Temsili bir topluluk örneği bulunmamakla birlikte Donini ve arkadaşları (2004) ise İtalya'daki prevalansını %6.9 olarak, Dunn ve arkadaşları (2016) ise genel popülasyonun %1'inden daha az olduğunu raporlamıştır. Bağcı Bosi ve arkadaşlarının (2007) ORTO-15 testi kullanarak Türkiye'de yürütmüş olduğu çalışmada ise katılımcıların ortorektik eğilimlerinin %45.5 olduğu bildirilmiştir. Ramacciotti ve arkadaşları (2011) ise genel popülasyon içerisinde Ortoreksiya Nervoza yaygınlığını %57.6 olarak rapor etmişlerdir.

Ortoreksiya Nervoza ile beden kitle endeksi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını öne süren çalışmalar mevcuttur (Arusoğlu, 2006; Oberle ve Lipschuetz, 2018; Poyraz d., 2015; Varga vd., 2014). Bununla birlikte beden kitle indeksinin pozitif yönde anlamlı bir ilişkisini saptayan çalışmalar da alan yazında yer almaktadır (Asarkaya, 2019; Depa vd., 2019). Yeme bozuklukları ile ON'nın komorbidite incelemelerine bakıldığında ise Bulimia Nervoza ve Anoreksiya Nervoza tanılu iyileşen hastalarda ON yaygınlığı %58 olarak bildirilmiştir (Segura-Garcia, 2015). Bir başka çalışmada ise Anoreksiya Nervoza ve Bulimia Nervoza hastaları arasındaki ON prevalansı %40 olarak bulunmuştur (Barthels vd., 2017).

Bu çalışmaların yanı sıra bazı meslek gruplarındaki ON yaygınlığını araştıran çalışmalar da yürütülmüştür. Türkiye'deki performans sanatçıları içerisinde ON yaygınlığının %56.4 ve opera sanatçıları arasında %81.8 olduğu bildirilmiştir (Aksoydan ve Çamcı, 2009). ORTO-11 kullanılarak tıp öğrencileri arasında yürütülen başka bir çalışmada ise ortorektik eğilim oranı %43.6 olarak bulunmuştur (Fidan vd., 2010). Türkiye'de yapılan çalışmalarda ON yaygınlığı üniversite öğrencilerinde %59.8; hemşirelik öğrencilerinde %45.3; tıp öğrencilerinde %43.6; doktorlarda %45.5; beslenme uzmanlarında %41.9 olarak bildirilmiştir (Arslantaş vd., 2017; Asil ve Sürücüoğlu, 2015; Bağcı Bosi vd., 2007; Fidan vd., 2010; Şanlıer vd., 2016). Avrupa'da yapılan çalışmalarda ise yaygınlığın İtalyan üniversite öğrencileri arasında %34.9; Yunanistan'da beslenme ve diyetetik öğrencileri içerisinde %68.2; Portekiz'de spor salonu üyesi bulunan bireylerde %51.8 ve İspanya'da yoga eğitmenleri ve uygulayıcıları içerisinde %86 oranında olduğu bildirilmiştir (Almeida vd., 2018; Dell'Osso vd., 2018; Grammatikopoulou vd., 2018; Valera vd., 2014). İncelenen literatür içerisinde sağlık ve tıp alanında eğitim almış olmanın ortorektik eğilim açısından hazırlayıcı bir faktör olarak nitelendirilebileceğini öne süren çalışmaların yanı sıra eğitim ve ortorektik eğilim arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığını tespit eden çalışmalar da mevcuttur (Almeida vd., 2018; Plichta ve Jezewska-Zychowicz, 2019).

Araştırmacılar egzersiz sıklığı ile Ortoreksiya Nervoza ilişkisini de incelemişlerdir. Bu bağlamda sağlıklı beslenme takıntısının ardında örtük bir beden ağırlığına yönelik kontrol arzusu ve beden memnuniyetsizliğinin varlığı araştırılmıştır. Zayıf olma arzusu ve beden

memnuniyetsizliğinin ortorektik eğilim ile doğru orantılı bir ilişkisi bulunduğunu tespit eden çalışmalar mevcuttur (Barthels vd., 2020; Bóna vd., 2019; Parra-Fernandez vd., 2018). Düzenli olarak antrenman yapan bireylerin antrenman sürelerinin ortorektik eğilimleri ile doğru orantılı anlamlı bir ilişkide olduğunu tespit eden çalışmalar yapılmıştır (Eriksson vd., 2008; Segura-Garcia vd., 2012; Varga vd., 2014; Valera vd., 2014). White ve arkadaşları (2020) genç erkeklerde kas kütlesini arttırmaya ilişkin girişimde bulunmanın ortorektik eğilim ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Alanyazın incelendiğinde ortorektik eğilim gösteren kişilerin vücutlarındaki yağ oranlarını daha düşük algılama eğiliminde olduğunu, var olan kas kütlelerinin yetersiz olduğuna ilişkin inançlarının bulunduğunu ve bu durumun antrenman sıklığını arttırdığını öne süren çalışmalar yapılmıştır. (DeBois ve Chatfield, 2020; Duran vd., 2020; Oberle ve Lipschuetz, 2018)

Alan yazında özel bir beslenme biçimini benimsemek ile ortorektik eğilim arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar da yapılmıştır. Diyetlerinde hayvansal gıdaya yer veren bireylere kıyasla vejetaryen beslenme tipi gibi kısıtlayıcı beslenme tipini benimseyen bireylerin ortorektik eğilime daha yatkın olduğu tespit edilmiştir. Etik gerekçelerle hayvansal gıdaların tüketilmesini reddeden vegan beslenmeyi benimseyen bireylerin de vejetaryen beslenme tipi beslenen bireylere benzer bir ortorektik eğilim gösterdiği saptanmıştır (Barthels vd., 2019a; Barthels vd., 2019b; Brytek-Matera vd., 2019)

Cinsiyet ile ortorektik eğilim arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, iki değişken arasındaki ilişki üzerine ortak bir görüş bildirmemektedir. Alanyazında cinsiyet ile ortorektik eğilim üzerinde anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildiren çalışmalara rastlanmaktadır (Brytek-Matera vd., 2015a; Brytek-Matera vd., 2017). Kadınların erkeklere nispeten patolojik bir sağlıklı beslenme örüntüsü gösterdiğini belirten çalışmalara karşın (Arusoğlu vd., 2008; Şanlıer vd., 2016), erkeklerin kadınlara nispeten daha yüksek bir ortorektik eğilim gösterdiğini belirten çalışmalar bulunmaktadır (Donini vd., 2004; Fidan vd., 2010),

Yaş ile Ortoreksiya Nervosa eğilimi arasındaki ilişkide ise, cinsiyete benzer bir şekilde, ortak bir görüş sağlanamamıştır. Yaşın, ortorektik eğilimi yordamada istatistiksel olarak anlamlı bir değişken olmadığını tespit eden çalışmalara (Barthels vd., 2020; Valera vd., 2014) karşın çalışmalarında yaşa anlamlı bir değişken olarak yer veren çalışmalara alan yazında rastlanmaktadır. Yaş ile ortorektik eğiliminin doğru orantılı olarak arttığını bildiren (Asarkaya, 2019) araştırmanın aksine gençlerin ortorektik eğilime daha yatkın olduğunu rapor eden çalışmalar bulunmaktadır (Almeida vd., 2018; Dell’Osso vd., 2016).

2.1.6. Tedavi

Ortoreksiya Nervosa tedavi yöntemlerine ilişkin kesin bir bilgi mevcut değildir. Ortoreksiya Nervosa’nın klinik görünümü, değerlendirmesi ve semptomlarına ilişkin kanıt değeri yüksek çalışmaların literatürde yer almasının tanıya ilişkin bilgiyi arttırması ve bu doğrultuda uygun müdahale, tedavi yaklaşımı ve yöntemlerinin belirlenebilmesi beklenmektedir. Henüz alan yazında tedaviye ilişkin bir çalışma bulunmasa da ON’yı yordamada etkili olduğu düşünülen risk faktörleri, semptomlar ve semptomların getirisi olan bozulmalar göz önüne alındığında Brytek-Matera (2012) Bilişsel Davranışçı Terapi’nin

(BDT) ve psikofarmakolojik tedavinin etkili olabileceğini bildirmiştir. Koven ve Abry (2015) ise patolojiye ikincil gelişen metabolik komplikasyonlar nedeniyle bazı vakalarda yatışlı tedavinin düşünülebileceğini önermiştir. Bratman (2000) ise doyma hazzı ile tokluk sınırının farkındalığıyla beslenmeyi temel alan sezgisel beslenmenin öğretilmesinin ve tedavi süreci içerisinde planlanan beslenme etkinliklerine sosyal desteğin de dahil edilmesinin faydalı olacağını bildirmiştir.

2.2. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar

2.2.1. Şema Kavramı

Bireyin çocukluktan itibaren kendisi, çevresi ve dünyaya dair bilişlerini şekillendiren ve olumlu/ uyumlu ya da olumsuz/uyumsuz olarak sınıflandırılan şemalar, bilişsel kuramın çekirdeğinde yer almaktadır (Beck, 1967). Temel bakım veren ile birey arasındaki etkileşimle oluşmaya başlayan şemalar, kişinin yaşantıları ile şekillenen ve değişime dirençli olarak kalıplaşan yapılardır (Riskind ve Alloy, 2006). Bireyin hayat boyu tekrar eden bir örüntüde yıkıcı duygu ve bilişleri olarak tanımlanan uyumsuz şemalar ise kişinin bilişsel çarpıtmaları ile dünyaya, çevresine ve kendisine dair olumsuz algıları olarak tanımlanmaktadır (Schmidt vd., 1999). Bireyin yetişkinlik döneminde kuracağı kişilerarası ilişkiler ve stres kaynağı olarak nitelendirilebilecek olaylar ile aktif hale gelen uyumsuz şemalar, kişinin deneyimlerini olumsuz olarak yordamasına ve benliğini olumsuz değerlendirmesine sebebiyet verir. Bu katı ve değişime direnç gösteren yapı, duygudurum bozuklukları gibi psikolojik sorunların başlatıcı ve sürdürücü etmenleri arasında yer alır (Beck vd., 1979)

2.2.2. Şema Terapi

Duygudurum, anksiyete, cinsel, yeme, somatoform ve madde kullanım bozuklukları gibi daha önceden Eksen I olarak tarif edilen grup içerisinde yer alan bozukluklarının tedavisinde önemli ölçüde iyileşme sağlayan Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), ortalama 20 seans kadar kısa süreli ve bireyin semptomlarını azaltmaya, bireye problem çözme ve sosyal beceriler kazandırmaya odaklanan bir yaklaşımdır (Young vd., 2003). İyileşme oranlarının oldukça yüksek, %60'ın üzerinde (Barlow, 2001), olduğu bildirilen BDT'nin 1 yıl içindeki relaps oranlarının %30 olduğu (Young vd., 2001) göz önünde bulundurulduğunda, bazı danışanların tedavisinde başarısız olduğu yargısına varılmıştır (Young vd., 2003). Geleneksel BDT'nin tedavi etmede başarısız olabildiği Eksen I sınıfındaki bozuklukların temelinde yatan karakterolojik sorunların ve kişilik bozukluklarının temelinde olumsuz çocukluk yaşantıları sonucu oluşan şemaların olabileceği hipotezini öne süren Young (1999) Şema Terapi'yi Gestalt, nesne ilişkileri, bağlanma, bilişsel davranışçı, konstruktivist ve psikoanalitik ekollerini bir araya getiren eklektik ve sistematik bir model olarak tanımlamıştır (Young vd., 2003).

Danışana göre seans sürelerinin esnekleştiği Şema Terapi geleneksel BDT'yi genişleterek kökeni çocukluk ve ergenlikte oluşmaya başlayan psikolojik problemlere, duygusal tekniklere ve uyumsuz başa çıkma stillerine vurgu yapar. Çekirdek aile dinamikleri, doğuştan getirilen duygusal mizaç ile çocukluk dönemi yaşantıları kişinin erken

dönem uyum bozucu şemalarının bileşenleri olarak nitelendirilir (Young vd., 2003). Yalnızca çocuklukta değil, ergenlik ve yetişkinlik döneminde de deneyimlenen kişilerarası ilişkiler ile toplumsal ve kültürel yaşantılar sonucunda uyum bozucu şemalar gelişebilmektedir. Ancak Young ve arkadaşları (2003), bu şemaların erken dönemde oluşanlara kıyasla dirençli veya yaygın olmadığını belirtmiştir.

2.2.3. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Sınıflandırılması

Şema Terapi modeli, beş farklı şema alanı içerisinde kategorilendirilen toplam 18 tane şemadan oluşmaktadır (Young vd., 2003). Bu modele göre sınıflandırılan 5 temel şema ve bu temel şemaların altında yer alan 18 aşağıda tanımlanmıştır (Temel şema alanları ve erken dönem uyum bozucu şemalar Tablo 1’de gösterilmiştir).

Tablo 1. Şema alanları ve erken dönem uyum bozucu şemalar

Şema Alanları	Kopukluk ve Reddedilme	Zedelenmiş Özerklik ve Performans	Zedelenmiş Sınırlar	Başkaları Yönelimlilik	Aşırı Uyarılma ve Baskılanma
Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar	Terk Edilme/ Düzensizlik	Bağımlılık/ Yetersizlik	Haklılık/ Büyükleme	Boyun Eğicilik	Olumsuzluk/ Karamsarlık
	Güvensizlik	Tehditler ve Hastalıklar	Yetersiz Öz Denetim/	Kendini Feda	Duyguları Baskılama
	Duygusal Yoksunluk	Karşısında Dayanaksızlık	Öz Disiplin	Onay Arayıcılık	Yüksek Standartlar/
	Kusurluluk/ Utanç	İç İç Geçmiş/ Gelişmemiş Benlik			Aşırı Eleştirelilik
Sosyal İzolasyon	Başarısızlık			Cezalandırıcılık	

Kaynak: Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner’s guide. Guilford Press uyarlanmıştır

Şema Alanı 1: Kopukluk ve Reddedilme

Bu alandaki şemaların görüldüğü bireyler, güvenli ve tatmin edici bağlar kurmakta güçlük çekerler. Kendi güvenlik, bakım ve sevgi ihtiyaçlarının tutarlı bir şekilde karşılanmayacağını düşünen kişilerin aile dinamiklerinde istismar (Güvensizlik/Kötüye Kullanma), reddedilme (Kusurluluk/Utanç), dış dünyadan izolasyon (Sosyal İzolasyon), soğuk (Duygusal Yoksunluk) ve tutarsız (Terk Edilme/ Düzensizlik) yapılar görülebilir. Çocukluk çağında travmatik yaşantılara rastlanan bireyler, yetişkinlik dönemlerinde başa çıkma stillerine bağlı olarak kendine zarar verici bir ilişkiden diğerine hızlıca geçme veya tümüyle ilişkilerden kaçınma eğilimindedirler. Young ve arkadaşları (2003), bu şema

alanının kapsadığı bireyleri diğer dört şema alanına kıyasla daha fazla zarar görmüş bireyler olarak tanımlamışlardır.

Kopukluk ve reddedilme şema alanına ait erken dönem uyum bozucu şemalar şunlardır:

Terk Edilme/Düzensizlik: Young ve arkadaşları (2003) bu şemanın görüldüğü bireylerin, kendileri için önemli olan diğerleri ile arasındaki bağı istikrarsız olarak algıladıklarını bildirmişlerdir. Birey, kendisi için önemli gördüğü kişileri duygusal olarak tahmin edilemez görmektedir. Bu kişilerin ihtiyaç duyduklarında yanında olmayacaklarından, kendilerini daha iyisi için bırakacaklarından veya yaşamlarını yitireceklerinden endişelenmektedir.

Güvensizlik/Kötüye Kullanma: Bu şemanın görüldüğü bireylerde eğer diğer insanlara fırsat verilirse, çıkarları doğrultusunda kendilerini kötüye kullanabilecekleri inancı görülür. Başka insanların kendilerini istismar edeceği, canlarını yakıp zarar vereceği, dalga geçeceği, yalan söyleyip aldatabileceği veya manipüle edebileceğini düşünmektedir (Young vd, 2003).

Duygusal Yoksunluk: Bireyin duygusal yakınlık ihtiyacının başkaları tarafından yeterince karşılanmayacağı beklentisi, duygusal yoksunluk şemasının bulunduğu bireylerde görülmektedir. Young ve arkadaşları (2003) tarafından 3 şekilde görülebileceği belirtilmiştir: sevgi ve ilgi eksikliği olarak tanımlanan bakım yoksunluğu, dinleme ve anlama eksikliği olarak nitelendirilen empati yoksunluğu ve güç ya da rehberlik eden birinin yoksunluğu olarak belirtilen korunma yoksunluğu.

Kusurluluk/Utanç: Young ve arkadaşları (2003) bu şemaya sahip bireylerin kendilerini kusurlu, değersiz, kötü, aşağılık görmekte olduğunu bildirmişlerdir. Bu şemanın görüldüğü bireyler eğer kendilerini açık ederlerse başkalarının onu sevmeyeceğini düşünmektedirler. Birey bencillik, agresif dürtüler, kabul edilemez cinsel arzular gibi paylaşılmadığı takdirde fark edilmeyecek örtük kusurlar ile; çekici olmayan fiziksel görüntü, sosyal uyumsuzluk gibi dışarıdan algılanabilecek açık kusurlarından dolayı utanç duyabilmektedir. Bu şemaya sahip kişiler kusurlarından dolayı eleştirilme, suçlanma, dışlanma veya reddedilme ihtimallerine karşı aşırı duyarlılık geliştirirler (Rafaeli vd., 2011).

Sosyal İzolasyon: Bu şemaya sahip bireyler, kendilerini aile dışında kalan sosyal dünyaya ait hissetmez ve/veya diğer insanlardan farklı olduklarını düşünürler; bu nedenle kendilerini dış dünyadan izole ederler (Rafaeli vd., 2011).

Şema Alanı 2: Zedelenmiş Özerklik ve Performans

Bu şema alanındaki şemaların görüldüğü bireyler aşırı korumacı ebeveynlerinden kendilerini ayırtırmakta ve bireysel olarak özerk hareket etme, karar verme ve performans gösterme gibi kabiliyetlerde güçlük çekmektedirler (Young vd., 2003; Young ve Klosko, 1994/2012). Çekirdek aile kökeni genelde iç içe geçmiş, çocuğun yeterlilik gelişimini desteklememiş ve dış dünyada tek başlarına yetkinlikle hayatlarını yönetebilmeleri adına

yeterince desteklememiş ebeveynlerden oluşmaktadır. Bu bireyler amaç ve hedefe yönelik davranış sergilemekte oldukça zorlanırlar, kimliklerini keşfetmekte ve hayatta kalma becerileri geliştirmekte güçlük çekerler. Yetişkinlik dönemlerinde çocuklukta gibi diğerlerinin yönlendirme ve desteğine ihtiyaç duyarlar (Rafaeli vd., 2011).

Zedelenmiş Özerklik ve Performans şema alanına ait erken dönem uyum bozucu şemalar tanımlanmıştır:

Bağımlılık/Yetersizlik: Başkalarının desteği olmaksızın doğru karar verme, yeni görevleri üstlenme, öz bakımını karşılama ve günlük problemleri çözme gibi gündelik sorumluluklarını yerine getirmekte yetersiz kalacağı inancı, bu şemanın bulunduğu bireylerde hakimdir (Young ve Klosko, 1994/2012). Bu kişiler destek göremediklerinde kendini başarısız ve çaresiz hisseder; çekingen ve savunmasız bir tutum geliştirebilirler (Rafaeli vd., 2011).

Tehditler ve Hastalıklar Karşısında Dayanıksızlık: Bu şemaya sahip kişiler, her an baş edemeyecekleri bir felakete karşı karşıya kalacaklarına inanmaktadırlar. Kalp krizi, AIDS gibi tıbbi rahatsızlıklar; delirmek, duygusal olarak kontrolü kaybetmek gibi duygusal felaketler ve asansör düşmesi, cinayete kurban gitme, uçak kazası, çığ düşmesi gibi dış dünya felaketlerinin bir veya birden fazlasının olma ihtimalinden korkan bireyler kaçınmacı bir tutum sergileyebilirler (Young ve Klosko, 1994/2012).

İç İçe Geçmiş/Gelişmemiş Benlik: Kendi bireysellik, özerklik ve normal sosyal gelişimleri pahasına kendileri için önemli olan diğer insanlar, genellikle ebeveynler, ile duygusal olarak aşırı harmanlanmış bir yakınlık kuran birey, bu kişilerden en az bir tanesinin desteği olmadığı takdirde hayatta kalamayacağına inanır (Young ve Klosko, 1994/2012; Young vd., 2003). Hayatta bir yönelimi olmama ve boşluk hissi, kimlik eksikliği ve hatta varoluşu sorgulama bu şemaya sahip bireylerde görülebilir (Rafaeli vd., 2011).

Başarısızlık: Okul, kariyer, spor gibi başarı gösterebileceği alanlarda akranlarına kıyasla daha yetersiz ve başarısız olacağına dair inançları olan bu şemanın görüldüğü bireyler, kendilerinin yetenezsiz, düşük statülü, başkalarından daha başarısız ve akılsız olduğunu düşünmektedir (Rafaeli vd., 2011).

Şema Alanı 3: Zedelenmiş Sınırlar

Bu şema alanına dahil olan bireyler ilişkilerde yeterli sınırları geliştirmekte, başkalarının haklarına saygı duymakta ve başkaları ile iş birliği yapmakta zorlanırlar. Sözlerinde durmakta, uzun vadeli hedefler koymakta ve bu hedefleri gerçekleştirmekte güçlük çekerler. Tipik aile bireyleri aşırı hoşgörülü ve yönlendirmesi olmayan, uygun disiplin ve sınırlar ile yüzleşmekten ziyade üstünlük kurma hissine sahiptirler (Young ve Klosko, 1994/2014). Erken dönem çocukluklarında kurallara uymakta problem yaratan, uyumsuz, öz denetimsiz ve otoriteyi dikkate almakta güçlük çeken bireylerdir. Yetişkinlikte ise dürtüsel, bencil ve kısa vadeli hazlar peşinde koşan bireyler haline gelirler (Young vd, 2003).

Bu şema alanı aşağıdaki iki şemayı kapsamaktadır:

Haklılık/Üstünlük: Bu şemaya sahip kişiler, diğer insanlardan daha üstün olduğuna inanmakta; kendileri için özel hak ve ayrıcalıkların varlığını savunmakta ve başkaları için konulan kuralların kendileri için geçerli olmadığını düşünmektedirler. Bireyler isteklerinin gerçekliğini, mantığını veya yapılabirliğini sorgulamaksızın istediklerini gerçekleştirmekte veya istediklerine sahip olmakta ısrarcı davranırlar ve empati duyguları yeterince gelişmemiştir (Young ve Klosko, 1994/2014). Güç veya kontrolü elde edebilmek adına başarılı, ünlü, zengin gibi sıfatlara sahip olmaya aşırı odaklanmış bireyler zaman zaman aşırı rekabetçi, domine edici, manipülatif ve kontrolcü davranabilirler (Young vd., 2003).

Yetersiz Öz Denetim/ Öz Disiplin: Bu şemaya sahip bireyleri Young ve arkadaşları (2003) hedeflerine ulaşırken duygu ve dürtülerini düzenlemede sıkıntı çeken ve istekleri üzerinde yetersiz öz denetim gösteren bireyler olarak tanımlamıştır. Yüzleşme, sorumluluk alma ve acı gibi durumlardan kendi istekleri, amaçları ve sorumlukları pahasına kaçınırlar (Young ve Klosko, 1994/2014).

Şema Alanı 4: Başkaları Yönelimlilik

Bu şema alanındaki şemalara sahip kişiler kendilerinden önce başkalarının ihtiyaçlarına, isteklerine ve duygularına karşı hassasiyet gösterirler. Kendi ihtiyaçlarını diğerlerinden daha geri planda tutan kişi bu sayede kabul görme, duygusal bağı sürdürme ve reddedilmekten kaçınma gibi sonuçlar elde ettiğini düşünür (Young ve Klosko, 1994/2014). Tipik aile üyeleri koşullu sevgi sunarlar: çocuklar ailelerinin ilgi, sevgi ve onayını kazanmak için kendi istek ve arzularını baskılamışlardır (Young, 2003). Bazı ailelerde ebeveynlerin duygusal ihtiyaç ve istekleri ile sosyal statüleri çocukların istek ve duygularından daha öncelikli tutulmuştur. Erişkinlik döneminde dışsal yönlendirme ile hayatını idame ettiren birey, sosyal ilişkilerini güvende tutabilmek adına odağını kendisi yerine karşı tarafta tutar (Young, 2003).

Bu şema alanının üç adet erken dönem uyum bozucu şema kapsamaktadır:

Boyun Eğicilik: Tepki görmemek, öfke ile karşılaşmamak ya da terk edilmemek adına kontrolü karşıdakine devreden bireyler, karşıdakinin istek ve ihtiyaçlarına boyun eğer (Young, 2003; Young ve Klosko, 1994/2014). Bu şemaya sahip kişiler kendi fikir, istek, duygu ve ihtiyaçlarını geçerli görmez veya başkaları için önemli olmadığını düşünürler. Genellikle birikmiş öfke, uyumsuz semptomlar (pasif agresif tavırlar, öfke patlamaları, psikosomatik belirtiler, duygusal geri çekilme, taşkınlık ve madde kullanımı) görülmesine yol açar (Young ve Klosko, 1994/2014).

Kendini Fedâ: Young ve Klosko'ya göre (1994/2014) günlük olaylarda başkalarının ihtiyaçlarını kendi zevkleri ve rahatları pahasına gidermeye odaklanan Kendini Fedâ şemasına sahip kişiler, başkalarının acı çekmesini engellemek, bencil hissetmekten kaçınmak veya aralarındaki bağı devam ettirebilmek için kendilerinden ödün verirler. Genellikle

başkalarının acılarına aşırı duyarlılıkla yaklaşırlar ve zaman zaman kendi ihtiyaçlarının yeterli düzeyde karşılanmadığını düşünür ve bakımını üstlendiği kişilere karşı kırgınlık duyarlar (Rafaeli vd., 2011).

Onay Arayıcılık: Bu şemaya sahip kişiler diğerlerinin onayı, dikkati ve ilgisine aşırı önem atfeder ve kendi benliklerini diğerlerinden gelen kabul doğrultusunda geliştirirler. Öz saygıları başkalarının tepkilerine göre şekillenir; başkalarının onayını, hayranlığını veya dikkatini kazanabilmek adına statü, görünüş, zenginlik ve/veya başarı ile aşırı meşguliyet görülebilir (Young ve Klosko, 1994). Genellikle otantik olmayan ve kendilerini tatmin etmeyen kararlar alırlar ve reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık gösterirler (Rafaeli vd., 2011).

Şema Alanı 5: Aşırı Uyarılma ve Baskılama

Bu alandaki şemalar, bireylerin kendi spontane duygularını, dürtülerini ve kararlarını baskılamalarıyla ilişkilidir. Bireyler performans ve etik davranış ile ilişkili içselleştirilmiş katı kural ve yüksek beklentilerini kendi mutlulukları, rahatlıkları, ifade özgürlükleri, yakın bağları veya sağlıkları pahasına karşılamaya çalışmaktadırlar (Young ve Klosko, 1994). Aile üyeleri genelde katı, baskıcı, mükemmeliyetçi bireylerdir. Çocukluk çağında uygun performans göstermediklerinde, görevleri yerine getirmedikleri, kurallara uymadıkları zamanlarda oyun oynamalarına izin verilmemesi gibi cezalandırıcı bir tutumla karşılaşmışlardır (Young ve Klosko 1994). Bu bireylerde tetikte ve dikkatli olmadıkları her an bir problem yaşanabileceği ve her şeyin kötüye gidebileceği düşüncesi hakimdir.

Bu alana dahil edilen dört adet uyum bozucu şema bulunmaktadır:

Olumsuzluk/Karamsarlık: Hayatın (ölüm, acı, kayıp, hayal kırıklığı, çatışma, suçluluk, kırgınlık, çözülmemiş problemler, potansiyel hatalar, ihanet, yanlış giden işler gibi) olumsuz yönlerine ısrarcı bir odaklanma görülen bu şemaya sahip bireyler, hayatın olumlu veya optimist yönlerini minimize etme eğilimi gösterirler (Young ve Klosko, 1994). Genellikle kariyer, finansal ve kişilerarası durumlarda işlerin düzeltilemeyecek kadar yanlış gidebileceğine ve her şeyin dağılacağına yönelik abartılı bir beklenti söz konusudur. Olumsuz sonuçları abarttıkları için iflas, kayıp, alay edilme, kötü bir duruma düşme gibi hatalar yapmaya yönelik aşırı bir korku, kaygı, kararsızlık ve şikâyet etme ile karakterizedir (Rafaeli vd., 2011).

Duyguları Baskılama: Dürtü ve duyguları üzerinde kontrolü kaybetme, eleştiriden kaçınma, diğerleri tarafından onay görmeme, utanç gibi durumlardan kaçınmak adına spontane hareketler, duygular ve iletişimi engelleme eğiliminde olan bu bireyler çevresi tarafından soğuk, donuk veya sıkılgan olarak değerlendirilebilirler (Young ve Klosko, 1994; Young ve Klosko, 1994/2003). Öfke ve agresifliği baskılama, (mutluluk, neşe, cinsel arzu, oyun gibi) olumlu duyguları baskılama, kırılma ve kendi duygu ve ihtiyaçların ifadesinde baskılama ve son olarak da duyguları değersizleştirerek rasyonelliğe aşırı vurgu yapma ortak ve sıkça görülen alanlardır (Young vd., 2003)

Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştirelilik: Young ve Klosko (1994) bu şemaya sahip bireyleri, olumsuz bir eleştiri ve değerlendirme ile karşılaşmamak adına davranış ve performanslarına koydukları içselleştirilmiş yüksek standartları yerine getirmek için çaba sarf ederler. Kendilerine ve diğerlerine yönelik aşırı eleştirel bir tutum sergileyen bireyler yavaşlamakta zorlanırlar ve üzerlerinde bir baskı hissederler (Rafaeli vd., 2011). Rahatlama, zevk alma, sağlık, özgüven, başarı duygusu ve tatmin edici ilişkiler kurmak konusunda zorluk çekerler. Bu şema; detaylara aşırı önem atfetme olarak bilinen mükemmeliyetçilik, katı kurallar (etik, kültürel ve/veya dini öğeler ile ilişkili), verimlilik ve zaman ile aşırı uğraş olmak üzere üç alanda belirgindir (Young ve Klosko, 1994).

Cezalandırıcılık: Bu şemanın varlığında bireyler hata yapmaları durumunda mümkün olduğunca sert bir şekilde ceza almaları gerektiğine inanırlar. Kendilerine ve diğerlerine karşı öfkeli, toleransı düşük, cezalandırıcı ve sabırsız olma gibi eğilimlere sahip bireyler, beklenti veya standartları karşılanmadığında bu tutumları sergilerler (Young vd, 2003). Kendi ve başkalarının hatalarını affetmekte güçlük çeken birey, bu sebeple duygular ile empati kurmaktan kaçınır ve insanların kusurlu olduklarını kabul etmekte zorluk çeker (Young ve Klosko, 1994; Young vd., 2003).

Baş çıkma mekanizmaları ise erken dönem yaşantılar sonucu ortaya çıkan bu 18 şema ile baş edebilmek amacıyla geliştirilmiştir (Young vd., 2003). Bireyler istenmeyen duyguları deneyimlemekten kendilerini şu üç başlıkta kategorilendirilen mekanizmalar ile korumaktadırlar: aşırı telafi, kaçınma ve teslimiyet. Bireyin var olan şemasının tam anlamıyla zıttı doğruyuşaşasına davranarak, ilişki kurarak ve kararlar vererek istenmeyen duygular ile savaşıması durumunda kullandığı mekanizma aşırı telafi olarak adlandırılır. Kaçınma ise bireyin şemaların varlığı reddederek, olmamış gibi hareket ederek başa çıkması ile karakterizedir. Şemaya uyum sağlama ve kabullenme ise teslim olma mekanizmasının aktif olduğunu ifade etmektedir (Young vd., 2003).

2.2.4. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalara İlişkin Çalışmalar

Young (1999) pek çok psikopatolojinin başlatıcı ve sürdürücü etkenleri arasında erken dönem uyum bozucu şemaların bulunduğunu ve bireyin kişiliğini ve kişiler arası ilişkilerini etkileyebilecek olası sorunların temelinde bulunduğunu bildirmiştir. Şema modeli perspektifinden erken dönem uyum bozucu şemaların psikopatolojiler ile ilişkisini, kökenlerini ve özelliklerini inceleyerek literatüre katkıda bulunan çalışmalar mevcuttur.

Araştırmacılar tarafından ON ile benzerlik gösterdiği düşünülen psikopatolojiler ile erken dönem uyum bozucu şemaların ilişkisi bu araştırmanın ilerleyen bölümlerinde ayrı başlıklar halinde ele alınmış; ON ile erken dönem uyum bozucu şemalar arasında korelasyonu şema boyutlarını ele alarak inceleyen bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Çalışmanın amacı doğrultusunda ON eğilimi ile erken dönem uyum bozucu şemalar arasındaki ilişki ilerleyen başlıklarda incelenmiştir. Bu başlıkta klinik anlamda tanılanmamış bireylerin oluşturduğu gruplar ile yapılmış çalışmalar yer almaktadır.

Turner ve arkadaşları (2005) tanı almamış ancak yeme bozukluğu belirtileri gösteren genç kızlar tarafından oluşturulan örnekleme, yeme tutum puanları açısından iki gruba ayırmıştır. Yeme tutum ölçeğinden yüksek puan alarak bozulmuş yeme davranışı gösteren grubun duygusal yoksunluk, terk edilme, boyun eğcilik ile yetersiz Öz Denetim şemalarından diğer gruba kıyasla daha yüksek puan aldığı bildirilmiştir. Bunu yanı sıra obezite ile mücadele eden bireyler üzerinden yürütülen bir çalışmada duygusal yoksunluk, güvensizlik, iç içe geçme/ gelişmemiş benlik, başarısızlık ve yetersiz öz denetim şemaları ile katılımcıların yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır (Bidadian vd., 2011)

Tanı almamış bir örneklem ile gerçekleştirilen ve depresyon şiddeti ile arasındaki korelasyonu saptamayı hedefleyen çalışmalarda ise depresyon düzeyinin kusurluluk/utanç ve bağımlılık şemaları ile terk edilme, güvensizlik ve sosyal izolasyon şemaları ile pozitif yönlü korelasyon gösterdiği bildirilmiştir (Harris ve Curtin, 2002; Schmidt vd., 1995). Yine tanı almamış başka bir örneklem ile gerçekleştirilen çalışmada kronik ağrı şikâyet ile tehditler karşısında dayanıksızlık, yetersizlik/bağımlılık ve karamsarlık şema puanları arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir (Saariaho vd., 2009).

2.3. Ortoreksiya Nervoza'nın Sınıflandırılması

Ortoreksiya Nervoza'nın sınıflandırılması konusunda literatür taraması yapıldığında araştırmacılar arasında bir fikir birliğine varılamadığı görülmüştür. Bu hususta araştırmacılar ON tanısının Yeme Bozuklukları (YB) altında veya Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) adı altında yer alması gerektiği konusunda ayrışmaktadır (Brytek-Matera, 2012; Costa vd., 2017; Mathieu, 2005).

Araştırmacıların bir kısmı Ortoreksiya Nervoza'nın evrensel olarak Yeme Bozuklukları grubu altında yer alması gerektiğini savunmaktadır. Yeme bozukluklarında görülen belirli yiyecekleri kısıtlayıcı beslenme, kaygılı kişilik, kontrol dürtüsü, yiyecek hazırlıklarında ritüelleşerek ahşap ve seramik gibi belirli malzemeleri tercih etme ve mükemmeliyetçilik özellikleri ile Ortoreksiya Nervoza özellikleri benzerlik göstermektedir (Bartrina, 2007; Brytek-Matera, 2012; Fidan vd., 2010; Varga vd., 2014). Yemek yeme haz verici bir aktivite olmaktan ziyade, öz saygı gelişimi ve kontrol hissi için bir araç niteliğindedir (Segura-Garcia, 2015). Anoreksiya Nervoza'da görülen beslenme davranışının kişinin yaşamının merkezi haline gelmesi, kişinin günlük işlerini ve sosyal ilişkilerini beslenme odaklı düzenlemesi, yasaklı yiyeceklerin varlığı ve bu yiyeceklerden kaçınması, bireyin beslenme biçimi ile yaşamı üzerinde kontrol sağladığı hissi, benimsediği beslenme biçiminin en üstün ve erdemli olduğu inancı ON ile benzerlik göstermektedir (Brytek-Matera, 2014; Segura-Garcia, 2015).

Bulimia Nervoza ve Anoreksiya Nervoza'nın başlıca belirtilerinden olan vücut ağırlığını azaltmaya yönelik istek, ortorektik eğilim gösteren bireylerde örtük olarak bulunabilir veya hiç görülmeyebilir (Mathieu, 2005). Anoreksiya Nervoza'da yiyeceğin miktarı önemli iken ortorektik bireyler için yiyeceğin kalitesi önemlidir. Bulimia ve Anoreksiya Nervoza'da olan katı diyetlerin ihlalinin getirdiği suçluluk duygusu, ortorektik

bireylerde sağlıklı yiyecek tüketimi sonrası görülmektedir. (Bartrina, 2007). Diyet yapmaktan ziyade kısıtlanmış diyet listelerine uymadıklarında hissedilen suçluluk duygusu ve kendi değerine ilişkin bilişlerde olumsuzluk, YB’nda görülen biliş-beden değeri imgesi ilişkisine paralellik göstermektedir. Yasaklı yiyeceklerin tüketimi sonrası kişinin kendini cezalandırması veya telafi edici davranışlarda bulunması ise her iki tabloda da görülebilmektedir (Koven ve Abry, 2015). Sağlıklı besin seçimleri bilinçli bir seçimden ziyade ‘sağlıksız’ gıdaya ilişkin kaygıları yatıştırmak adına yapılır. Günün önemli bir vaktini en organik ve temiz gıda seçimini yapmak için araştırma yapmak, besinleri düşünerek geçirmek ve yiyecek tercihi yapmanın zaman geçtikçe zorlaşması YB’nu hatırlatan öğelerdir (Bratman, 2000).

Bazı araştırmacılar yeme bozukluğunun kalıntısı olarak veya yeme bozukluklarına öncül olarak ortorektik eğilimin görülebileceğinden bahsetmektedir (Klopp vd., 2003; Kummer vd., 2008). ON ile YB arasındaki sınırların belirgin olmadığını ve YB’na öncül veya ikincil gelişebileceğini ya da birlikte görülebileceğini ifade eden çalışmalar mevcuttur. YB tanısı alan bireylerle yapılan çalışmalarda katılımcıların etik gerekçelerle vegan, vejetaryen beslenme gibi besin gruplarını kısıtlayıcı diyet biçimlerini benimsemelerinin ardında örtük bir yiyecek kaçınması bulunabileceği bildirilmiştir (Bardone-Cone vd., 2012; Klopp vd., 2003). Bu düzlemde, ON’yı YB altında sınıflandırmaktan ziyade YB için risk faktörü olarak belirlenmesi önerilmiştir (Mac Evilly, 2001; Dellava vd., 2011). Gıda seçiminde sağlıklı olana yönelmenin örtük bir biçimde yeme miktarını kontrol etme isteğini beslediğini ve uygun önleyici girişimlerde bulunulmadığında YB ile sonuçlanabileceğini yordayan çalışmalar mevcuttur (Dellava vd., 2011; Segura-Garcia, 2015).

Çalışmacıların bir kısmı ise ON tablosunun OKB’ye benzerlik göstermesi sebebiyle bu başlık altında yer alması gerektiğini savunmaktadır. Ortoreksiya Nervoza, organik ve temiz gıdalar ile beslenmeye olan patolojik takıntı olarak açıklanmaktadır (Fidan vd., 2010). Sağlıklı olma arzusu ile başlayan ve bireyin sağlıklı yiyeceklere ilişkin bilişleri ile belirgin meşguliyetine dönüşen bu takıntı, OKB semptomlarına benzerlik göstermektedir (Brytek-Matera, 2012). Bireyler organik, temiz ve katkısız gıdaya ulaşma çabalarında, ‘sağlıklı’ olarak etiketledikleri gıda harici bir besin tüketiminde yoğun bir endişe ve stres yaşamaktadırlar. Günlük yaşamda beslenme ve sağlık ile ilişkili intrüsif düşüncelerin varlığı, gıdanın kalitesi ve içeriği konusunda endişe duyma, yiyeceklerin hazırlığında ritüelleşme, kontrol arzusu, yiyecek listesi harici bir gıda alımında suçluluğun telafisi olarak kendini cezalandırma ve mükemmellikçilik OKB semptomları ile paralellik gösteren ortorektik eğilime sahip bireylerdeki semptomlardır (Bratman ve Knight, 2000; Kinzl vd., 2006; Dell’Osso vd., 2018; Mathieu, 2015).

Kişinin ‘sağlıklı’ olarak nitelendirdiği temiz içerikli ve organik yiyeceklerin haricinde bir gıdanın varlığı veya tüketimine dair oluşan kaygısı, yiyecek hazırlığında kullanılan materyalin üretim maddesi ve kaygıyı yönetebilmek adına ritüelleşmiş, kompulsiyona benzer davranışlar geliştirmeleri OKB ile benzerlik göstermektedir (Brytek-Matera, 2015; Donini vd., 2004). Ritüelleşmiş yemek hazırlıkları ve yeme biçimleri dışında bir durumun varlığında, kişi başına kötü bir şey geleceğine ve felaketle karşılaşacağına inanarak tehdit altında olduğunu düşünmektedir (Altman ve Shankman, 2009).

Hem ON'de hem de OKB'de görülen bireyin kendine katı kurallar koyması, bu kurallara bağlı kalmaya çalışırken aşırı vakit harcamasına sebep olmakta ve diğer uğraşları için kısıtlı bir vaktinin kalması sebebiyle kişinin gündelik yaşamının normal seyrini engelleyerek işlevselliğini düşürmektedir (Donini vd, 2004). Ancak OKB ile benzer olarak görülen bu intrusif düşünceler içerik bakımından farklılaşmakta ve YB ile benzeşmektedir. Ego-sintonik düşünce olarak adlandırılan kişinin düşünce ve davranışlarının, ego ihtiyaçlarına paralel olarak tutarlı ve kabul edilebilir olması ve buna uygun duygular hissetmesi, tıpkı YB'nda görüldüğü gibi ON tablosunda da görülmektedir. Buna kıyasla OKB'deki düşünce içeriği ego-distonik, bireyin düşünce ve davranışlarının kendi değer ve inançları ile uyumlu olmaması ve bunun içsel huzursuzluğa neden olması, olarak algılanmaktadır (Koven ve Abry, 2015; Koven ve Senbonmatsu, 2013).

Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Yeme Bozukluklarında görülen ortak semptom kişinin algıladığı bir tehdit uyarını ve bu uyarana yönelik repetitif ve intrusif düşüncelerin varlığıdır. Bu düşüncelerin bir getirisi olan olumsuz duygu ve durum ile başa çıkmak için kişi bazı davranış örüntüleri geliştirir. Hem OKB hem de YB'nda görülen bu obsesyonel kaygı besin planlaması ve yemek hazırlığına ilişkin ritüellere sebep olabilmektedir (Brytek-Matera, 2012). OKB'de bu ritüeller tamamlanamadığında karşılaşılan sonucun felaket olacağı düşüncesi bulunurken; yeme bozukluklarında ise kişi besin üzerinde kontrolünü sağlayamadığında veya yemek hazırlığı ritüellerini tamamlayamadığında bedenine biçtiği değere ilişkin olumsuz, uygunsuz bilişler ile karşılaşmaktadır (Altman ve Shankman, 2009; Bartrina, 2007). Hem YB hem de OKB ile ON'nın benzerlik gösteren öğeleri mükemmeliyetçilik, kaygı, bilişsel katılık, işlevselliğe düşüş ve zayıf dış gözlem olarak belirlenmiştir (Koven ve Abry, 2015).

2.3.1. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD-11) ve DSM-V'te altı ana beslenme ve bozukluğa ayrılmaktadır: Anoreksiya Nervoza, Bulimia Nervoza, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Kaçınan-Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu, Pika ve Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). DSM-V'te alt tiplerin niteleyicileri, şiddet göstergeleri ve remisyon tanımları da yer almaktadır. Bu bozukluklardan Anoreksiya Nervoza ve Bulimia Nervoza'ya, Ortoreksiya Nervoza ile benzerlik ve farklılık göstermesi nedeniyle yer verilmiştir.

Yeme bozuklukları besin tüketimi, beden şekli ve kilo ile ilişkili bilişler ile belirgin meşguliyet haline eşlik eden aşırı egzersiz, ilaç kullanımı, kısıtlayıcı diyetler, tıknama ve çıkarma gibi telafi davranışlar ile karakterize olan rahatsızlıklardır (Bould vd., 2017; Fairburn vd., 1993). Bu rahatsızlıktan mustarip bireyler beden şekilleri, kiloları veya yeme davranışları ile ilişkili endişeleri sonucu birtakım uyumsuz yeme tutumu ve davranışları geliştirirler. Bu uyumsuz davranış ve tutumlar ile beden, kilo ve yemek ile ilişkili endişelerin şiddeti ise yeme bozukluğu psikopatolojisine zemin hazırlamaktadır. Sürdürücü etkenler arasında ise bireyin aşırı kontrol etme dürtüsü, duygu durumunda bozulmalar ve hasta tarafından olumlu kabul edilen bozukluğa ikincil gelişen ağırlık kontrolü bulunmaktadır

(Agras vd., 2000; Fairburn vd., 1993; Goldbloom vd., 1997; Nolek-Hoeksema, 2004). Cinsiyete göre bozuk yeme davranışları ve bireyin odaklandığı bilişler de farklılık göstermektedir. Kadınların kilo verme üzerine yoğunlaşan endişeleri, erkeklerde kas kütlelerine odaklanabilmektedir (Marcus, 2009). Yeme bozuklukları psiko-sosyal işlevselliği ve fiziksel sağlığı önemli ölçüde tehdit etmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Yeme bozuklukları, bireyin öz iradesinden bağımsız bir şekilde zaman içinde geliştirmiş olduğu ve normal olarak kabul ettiği sağlıksız beslenme kalıpları olarak tanımlanabilir (Fairburn vd., 1999). Bazı durumlarda normalde tüketilen miktardan daha fazla veya daha az miktarlarda besin tüketmek normal olarak kabul edilebilirken, yeme bozukluğuna sahip bireylerde bu durum, bir zorlanmaya dönüşerek sağlıksız yeme davranışları gelişimine sebebiyet vermektedir. Uygunsuz yeme davranışlarına bireyin kendi beden imajına, kilosuna ve bunlar ile ilişkilendirdiği öz değerine dair bilişleri de eşlik etmektedir (Fairburn vd., 1993).

Anoreksiya Nervosa ve Bulimia Nervosa çoğunlukla genç kadınlarda görülmektedir; tanı almış bireylerin ise yalnızca %10'luk kısmının genç erkeklerden oluştuğunu bildiren araştırmalar mevcuttur. Tıkınırcasına Yeme Sendromu ise genç yetişkinlik veya ergenlik dönemlerinde başlamakta olup diğer yeme bozukluklarının aksine erkeklerde daha yaygın görülür (Marcus, 2009). Bireyde madde kullanım öyküsünün bulunması, Majör Depresyon, Anksiyete gibi psikiyatrik tanılar ile komorbiditenin varlığı (Hilbert, 2019) yeme bozukluğu prognozuna ilişkin gelişen uzun vadeli komplikasyonlara neden olabilmektedir (Gibson vd., 2019). Anoreksiya Nervosa tanılı kişilerde hastalığın getirisi olan fiziksel zayıflık, bireylerin sosyal çevresi ile olan etkileşimlerini ve günlük hayat aktivitelerine katılımını etkilemektedir (Wade, 2019). Okul, iş ve sosyal etkinliklerden kaçınma, bozukluğun tedavi süreci ve bozukluğa eşlik edebilecek komplikasyonların bir sonucu olarak sosyal faaliyetlere katılamama psiko-sosyal işlevselliğinin düşüşüne zemin hazırlamaktadır (Wade, 2019).

2.3.1.1. Anoreksiya Nervosa

Anoreksiya Nervosa (AN), besin alımında ciddi kısıtlama ile belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığına sahip olmaya eşlik eden yoğun kilo alma korkusu ile karakterize bir psikolojik rahatsızlıktır. Anoreksiya Nervosa tanılı bireyler şişmanlamaktan ve kilo almaktan çok korkar; vücut ağırlıklarının belirgin bir şekilde düşük olmasına rağmen kilo almayı zorlaştıracak aşırı egzersiz, kusma ve diüretik kullanımı gibi davranışlarda bulunmaya devam ederler. Bireyin kendini değerlendirirken vücut ağırlık ve biçimine aşırı önem yüklemesi, vücut algısına ilişkin düşüncelerinde bozulmalar gibi bilişsel bozulmalara rastlanır (Davison ve Neale, 2004). Anoreksiya Nervosa tanısı almış kişilerin beden kitle indeksi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen minimum seviye 18'den daha düşüktür ve hastalığın ağırlık derecesi buna göre şekillenir. Kilo kaybının kısıtlı diyet, oruç veya aşırı egzersiz ile gerçekleştiği kısıtlayıcı tip, tekrarlayan tıkınırcasına yeme ve çıkarma davranışları bulunan tıkınırcasına yeme/çıkarma tipi alt tipler olarak DSM-V'te bildirilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

DSM-V'e göre Anoreksiya Nervosa'ya ait tanı kriterleri Ek 1'de verilmiştir.

2.3.1.2. Bulimia Nervosa

Bulimia Nervosa (BN), tıknırcasına yemek yeme ve sonrasında kusma, aşırı egzersiz, oruç veya laksatif ve diüretiklerle telafi davranışları ile karakterize bir yeme bozukluğudur. Kişi tıknırcasına yeme epizodu sırasında aldığı ekstra kaloriden kilo almayı engellemek adına uygunsuz bir şekilde kurtulmaya çalışır (Butcher vd., 2013). Bu tıknırcasına yeme epizotları tekrarlayan biçimde, kişinin çoğu insanın benzer bir sürede yiyebileceğinden daha fazla miktarda kontrol duygusunu kaybederek yemek yemesi olarak tanımlanabilir. Yeme nöbetlerinde kişi şeker ve karbonhidrat değerleri bakımından yüksek besinler tercih eder ve bu yiyecekleri oldukça hızlı tüketerek kontrol duygusunu kaybettiğini ifade eder (Butcher vd., 2013). Sonrasında kişi suçluluk hissederek kendini zorla kusturabilir, laksatif ve diüretik gibi ilaçları kullanabilir ve aşırı egzersiz yaparak veya kendini aç bırakarak kilo almayı engellemek adına uygunsuz telafi edici davranışlarda bulunur. Bahsedilen aşırı yeme ve telafi etme davranışı 3 ay boyunca haftada en az bir kere görülmektedir (Amerika Psikiyatri Birliği, 2013).

Bulimia Nervosa'da kişinin kendine ilişkin bilişleri ve değerlendirmesi vücut şekline ve ağırlığından aşırı derecede etkilenmektedir. Anoreksiya Nervosa'dan en belirgin farkı hastanın vücut ağırlığıdır. Hastanın beden kitle indeks değerleri normal ve hafif şişman kiloda bulunabilir (Butcher vd., 2013).

DSM-V'e göre Bulimia Nervosa'ya ait tanı kriterleri Ek 1'de verilmiştir.

2.3.2. Yeme Bozuklukları ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar

Literatürde yeme bozukluğu ile erken dönem uyum bozucu şemalar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar mevcuttur. Yeme bozukluğundan mustarip bireyler ile sağlıklı bireylerde var olan şemaları kıyaslayan bir çalışmada, tanı almış grubun yüksek puan aldığı şema boyutları kopukluk ve reddedilme, zedelenmiş özerklik ve performans, zedelenmiş sınırlar ile aşırı uyarılma olarak belirlenmiştir (Dingemans vd., 2006). Başka bir çalışmada AN ile BN tanılı grup, sağlıklı grup ile kıyaslanmış ve AN tanılı grupta haklılık/büyükleme şeması puanlarının BN tanılı gruba göre daha yüksek çıktığı görülmüştür (Leung vd., 1999).

Bulimia Nervosa tanılı kişilerin erken dönem uyum bozucu şemalarının incelendiği bir çalışmada kusurluluk/utanç, duyguları bastırma, başarısızlık ve yetersiz öz denetim şema puanlarının anlamlı ölçüde yüksek olduğu bildirilmiş; buna paralel bir diğer çalışmada da BN tanılı kişilerin kusurluluk/utanç şema puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (Meyer, 2001; Waller, 2000).

Türkiye'de yapılan ulusal araştırmalar incelendiğinde ise bireylerin yeme tutum bozukluğunun varlığı incelenmiş ve bu kişilerde yüksek standartlar, tehditlere karşı dayanıksızlık, yetersiz öz denetim ve güvensizlik/kötüye kullanım şema puanları istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Batur, 2004). Obeziteden mustarip bireyler

üzerinde yapılmış bir çalışmada ise obez bireylerin kopukluk ve reddedilme, başkaları yönelimlilik ve zedelenmiş otonomi şema alanlarındaki şema puanlarında obez olmayan diğer gruba kıyasla daha yüksek puan elde edildiği sonucuna varılmıştır (Kutlu, 2009).

2.3.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), kaygı veya belirgin sıkıntıya sebep olan intrusif düşünceler olarak tanımlanan obsesyonlar, ritüel haline gelen davranış olarak tanımlanmış kompulsiyonlar ve bireyin belirgin sıkıntı düzeyini azaltmak adına aşırı kaçınma davranışına dayalı bir bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Kişi girici düşünce ve imgelere aldirmamaya çalışır veya zorlantıyı yerine getirerek sıkıntıyı gidermeye çalışmaktadır (Abramovitz ve Jacoby, 2015). Temizlik, bulaş ve zarar verme gibi bir tema etrafında toplanan obsesyon ve kompulsiyonlar, kısır bir döngü izleyerek kişinin vaktinin büyük bir bölümünü alır ve bireyin sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmalara yol açmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Birey hissettiği sıkıntı düzeyini ritüellerini gerçekleştirerek veya kaçınma davranışları ile anlık olarak azaltsa da uzun vadede ritüellerini yerine getiremediğinde gerçekleşmesinden korktuğu veya endişelendiği senaryoların gerçek sonuçları ile karşılaşmaması sebebiyle semptomlar sürmektedir (Bloch vd, 2008).

Obsesyonlar girici, tekrarlayıcı ve istemsizce zihinde beliren, belirgin bir kaygıya neden olan düşünceler, imgeler ve dürtülerdir. Kapıyı kapatmak, fişi çekmek gibi günlük yaşama dair eylemlere ilişkin şüpheler, eşyaları kaybetme, başkasına zarar verme, kirlenme veya bir felaketin sorumluluğunu üstlenme gibi çeşitli temalarda obsesyonlar belirebilir (Abramowitz ve Jacoby, 2015). Kompulsiyonlar ise bireyin obsesyonları kaynaklı yaşadığı endişeyi gidermeye, azaltmaya ya da önleme ilişkin tekrarlayıcı davranışlar veya dua etmek gibi zihinsel eylemlerdir. Kompulsiyonların engellenmesi veya bastırılması ile kişinin anksiyete düzeyi kötüleşmektedir (Blakey vd., 2017). İçerik olarak tekrarlı veya sayılı şekilde el yıkamak, kapının kilitlendiğini tekrarlı şekilde kontrol etmek, zihinden tekrarlı şekilde dualar okumak gibi çok çeşitlidir (Abramowitz vd., 2003).

DSM-V'e göre Obsesif Kompulsif Bozukluk'a ait tanı kriterleri Ek 2'de verilmiştir.

2.3.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar

Literatürde OKB ile erken dönem uyum bozucu şemaların arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar mevcuttur. Khosravani ve arkadaşları (2019) OKB tanısı almış kişilerin haklılık/büyükleme, yetersiz özdenetim ile güvensizlik şemaları haricinde kalan şemalardan daha yüksek puan aldıklarını bildirmişlerdir. Psikiyatrik tanı grupları ile OKB karşılaştırması yapan çeşitli çalışmalar incelendiğinde Panik Bozukluğu tanısı alan kişilere kıyasla OKB tanılı kişilerde kusurluluk/utanç ve sosyal izolasyon şeması puanlarının daha yüksek olduğu; Şizofreni, OKB ve Bipolar Bozukluk tanısı almış kişiler ile sağlıklı grubun kıyaslanmasında ise tanı gruplarının tüm şemalardan sağlıklı gruba kıyasla yüksek puan aldığı; Anksiyete Bozuklukları tanı grubu ile OKB tanı grubu incelendiğinde kusurluluk, kötüye kullanılma/güvensizlik ve duygusal yoksunluk şema puanlarının OKB tanı grubunda daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Khosravani vd., 2019; Kwak ve Lee, 2015; Yoosefi vd.,

2016). Yeme bozuklukları ile OKB kıyaslandığında ise OKB tanılı kişilerin diğer gruba kıyasla bağımlılık, tehditlere karşı dayanıksızlık, terk edilme ve yetersiz özdenetim şemalarından daha yüksek puan aldıkları rapor edilmiştir (Voderholzer vd., 2014).

Literatürde psikiyatrik tanı grupları ile karşılaştırmaların yapıldığı çalışmaların yanı sıra sağlıklı veya tanı almamış gruplar ile OKB tanısı almış, semptom gösteren grupların kıyaslandığı çalışmalara da rastlanmaktadır. Tanı almamış sağlıklı grup ile OKB tanılı kişiler kıyaslandığında OKB tanılı bireylerin yüksek puan aldığı şemalar kusurluluk, sosyal izolasyon ve başarısızlık şemaları olarak bildirilmiştir. Obsesif Kompulsif semptomların şiddeti ile erken dönem uyum bozucu şemaların ilişkisi incelenmiş ve tehditlere karşı dayanıksızlık, duyguları bastırma, yüksek standartlar, sosyal izolasyon, güvensizlik ve terk edilme şemalarının semptom yoğunluğu ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. (Kim vd., 2014; Tenore vd., 2018).

Ülkemizde Kızılağaç ve Cerit (2019) tarafında yürütülmüş çalışmada ise OKB tanısı almış bireylerde kendini feda, sosyal izolasyon, duygusal yoksunluk, yetersiz öz denetim, kusurluluk, cezalandırıcılık, başarısızlık ve iç içe geçmiş/ gelişmemiş benlik şemalarında anlamlı sonuç elde edilmiştir. Karahan (2006) ise çalışmasında OKB tanılı grupta kontrol grubuna kıyasla tehditlere karşı dayanıksızlık, sosyal izolasyon ve karamsarlık şemalarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Atalay ve arkadaşları (2008) çalışmasında boyun eğicilik, onay arayıcılık, yüksek standartlar, tehditler karşısında dayanıksızlık, başarısızlık ve sosyal izolasyon şema puanlarının OKB tanılı grupta sağlıklı gruba kıyasla daha yüksek olduğunu rapor etmiştir.

BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölümde örnekleme oluşturan katılımcılar hakkında genel bilgi, veri toplama yöntemi, veri toplama esnasında kullanılan ölçek ve formlar, elde edilen verilerin analizine ilişkin detaylı bilgiler yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, Ortoreksiya Nervoza ile erken dönem uyum bozucu şemalar arasındaki ilişkinin incelendiği nicel korelasyonel bir araştırmadır ve anket araştırmaları modeli ile yapılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden, Türkiye’de yaşayan, 18-65 yaş aralığında yetişkin bireyler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Bu evren üzerinden rastgele örnekleme yöntemi ile ulaşılan 408 kadın ve 102 erkek olmak üzere toplam 510 yetişkin birey araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında bir çevrimiçi anket platformu üzerinden oluşturulmuş çevrimiçi anketin bağlantı linki, araştırmacının sosyal medya hesapları ve sosyal mesajlaşma uygulamaları üzerinden yapılan duyuru ile katılımcılara ulaştırılmıştır. Çalışmanın dışlama kriteri olarak 18 yaşının altında ve 65 yaşının üstünde olmak belirlenmiştir. Bu doğrultuda veri toplama sürecinin tamamlanmasının ardından, 18 yaşının altında olduğunu bildiren 11 katılımcı araştırmadan çıkarılmıştır. 510 katılımcıya ait araştırma formları analize alınmıştır.

Çalışmada dışlama kriteri olarak belirlenen yaş aralıklarının dışında bulunmanın haricinde herhangi bir kriter belirlenmemiştir. Sağlıklı beslenme örüntüsünün demografik özelliklerden bağımsız olarak her yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyinde görülebilecek bir durum olması gerekçe olarak görülmüştür. ON’ya zemin hazırladığı düşünülen fiziksel rahatsızlığın varlığı, araştırma amacı düşünüldüğünde, dışlama kriteri olarak belirlenmemiştir.

3.3. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkeni araştırma katılımcılarının gösterdiği ortorektik eğilimi saptayan ORTO-11 puanları olarak belirlenmiştir. Bağımlı değişkenler ise sosyodemografik değişkenler ve araştırma katılımcılarının erken dönem uyum bozucu şema boyutu puanlarıdır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Katılımcılara Sosyodemografik Bilgi Formu, Young Şema Ölçeği- Kısa Formu 3 (YŞÖ-KF3) ve ORTO-11 sunulmuştur.

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Çalışma kapsamında örneklemin sosyodemografik özelliklerini değerlendirebilmek adına oluşturulan bu formda katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, boy, kilo, egzersiz düzeyi, psikiyatrik ve fiziksel hastalık öyküsü, ilaç tedavileri, kilo memnuniyeti, beslenme biçimleri hakkında bilgi veren genel demografik sorular yer almaktadır.

Çalışmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formu kapsamında katılımcılardan toplanan boy ve kilolarına ilişkin veriler katılımcıların Beden Kitle İndeksi hesaplamasında kullanılmıştır. Katılımcıların vücut ağırlıklarının boy uzunluklarının karesine bölünmesi ile hesaplanan Beden Kitle İndeksi hesaplamasında kullanılmıştır. Beden kitle indeksi 18.0 ve altı zayıf; 18.0 ve 24.9 aralığı normal; 24.9 ve 30.0 aralığı kilolu ve 30.0 ve üzeri obez olarak kategorilendirilmiştir (CDC, 2022).

ON tablosunda var olduğu düşünülen fiziksel sağlığı daha iyi hale getirme arzusunu ölçmek adına katılımcının haftalık egzersiz miktarına ilişkin bir soru eklenmiştir. Burada kullanılan sorular Almeida ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında oluşturduğu gruplar alınarak kategorize edilmiştir. Kilo memnuniyeti ve beslenme biçimi soruları çalışmacı tarafından oluşturulmuştur.

3.4.2. ORTO-11 Ölçeği

Henüz evrensel olarak geçerli kabul edilen bir tanımlı veya tanı kriterleri bulunmayan Ortoreksiya Nervoza kavramını ilk tanımlayan kişi olan Bratman, Amerikan toplumundaki yaygınlığını ölçebilmek adına Bratman's Orthorexia Test olarak bilinen 10 soruluk, "evet" ve "hayır" olarak değerlendirilen bir ölçek geliştirmiştir (2000). Daha sonrasında Ortoreksiya Nervoza için tanı kriterleri oluşturabilmek ve İtalya popülasyonundaki yaygınlığını tespit edebilmek adına Donini ve arkadaşları, Bratman'ın oluşturduğu ölçeği baz alarak bazı soruları çıkartarak veya yeniden ifade ederek 2004 yılında ORTO-15 ölçeğini oluşturmuşlardır. Sağlık fanatikleri olarak adlandırılan ortorektik eğilimin yüksek olduğu grup, 525 katılımcı üzerinden oluşturulan dağılımın ucunda yer alan %25'lik bölümdeki kişiler olarak belirlenmiştir.

Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucunda, istatistiksel gücü yeterli bulunmayan 4 madde ölçekten çıkarılmış ve ölçeğin 11 soruluk versiyonu oluşturulmuştur (Arusoğlu, 2006). Ölçek; "her zaman", "sık sık", "bazen" ve "asla" olmak üzere 4'lü Likert tipinde derecelendirilmektedir. Ölçekte ortorektik eğilimi yordadığı düşünülen cevaplar "1" puan, normal yeme davranışına ait olduğu düşünülen cevaplar ise "4" puan almaktadır. Ters puanlanan tek madde 6. madde olarak belirlenmiştir ve ölçekten alınabilecek en düşük puan 11, en yüksek puan 44'tür. Ölçekten düşük puan alınması ortorektik eğilimin varlığını bildirmektedir. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .62 olarak hesaplanan 11 maddelik ölçekte 3 faktör elde edilmiş; maddelerin çoğunluğunun ilk faktöre yüklenmesi sonucu ölçeğin tek faktörlü bir yapı halinde ele alınması uygun görülmüştür. Araştırma kapsamında yapılan iç tutarlılık analizleri sonucu Cronbach alfa katsayısı .67 olarak hesaplanmıştır.

3.4.3. Young Şema Ölçeği Kısa Formu – 3 (YŞÖ-KF3)

Erken dönem uyum bozucu şemaların değerlendirilmesi amacıyla katılımcının öz bildirimine dayalı olarak geliştirilen Young Şema Ölçeği'nin ilk versiyonu 205 soru ve 16 şemadan oluşmaktadır. Yapılan çalışmalar sonucu geliştirilen kısa form ise 18 erken dönem uyum bozucu şemadan ve 5 şema alanından oluşmaktadır. Toplamda 90 madde içeren kısa form, 6'lı Likert tipi ile (1= Benim için tamamıyla yanlış, 3= Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla, 6= Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) derecelendirilmektedir (Young ve arkadaşları, 2003). Welburn ve arkadaşları (2002), ölçekte bulunan alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayılarının .76 ila .93 arasında değiştiğini bildirmiştir.

Çalışmada kullanılan ölçek Soygüt ve arkadaşları (2009) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Young Şema Ölçeği Kısa Formu Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucunda, ölçeğin beş alan ve 14 şema boyutuna sahip olduğu belirlenmiştir. Bu ölçekte beş şema alanı olarak 'Zedelenmiş Otonomi, Kopukluk/Reddedilme, Yüksek Standartlar, Zedelenmiş Sınırlar ve Diğerleri Yönelimlilik' belirlenmiştir. Dahil edilen şemalar ise "duygusal yoksunluk, başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, onay arayıcılık, iç içe geçme/ bağımlılık, ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim, kendini feda, terk edilme, cezalandırma, kusurluluk, tehditler karşısında dayanıksızlık ve yüksek standartlar" şemalarıdır. Ölçeğin Türkçe versiyonunun Cronbach alfa katsayısı .95 olarak hesaplanmış; alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayısının .63-.80 arasında değiştiği, şema alanlarının ise .53-.81 olarak hesaplandığı bildirilmiştir (Soygüt ve ark, 2009). Araştırma kapsamında yapılan iç tutarlılık analizleri sonucu Cronbach alfa katsayısı .96 olarak hesaplanmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın uygulanabileceğine dair Antalya Bilim Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alınması sonrasında anket çalışması, rastgele ulaşılan 18 ile 65 yaş arası katılımcılara bir çevrimiçi anket platformu üzerinden uygulanmıştır. Uygulamanın ilk sayfasında "Bilgilendirilmiş Onam Formu" yer almakta olup katılımcılar tarafından onaylanması istenmiştir. Bu formda bireylerin katılımının gönüllülük esasına dayandığı bilgisi verilmiştir; kimliklerinin tamamen belirsiz kalacağına ve kimlik belirtecek herhangi bir bilgi istenmediğine, elde edilen cevapların gizli tutulacağına ve araştırmadan istedikleri zaman herhangi bir yaptırım olmaksızın ayrılacaklarına dair bilgiler yer almıştır. Araştırmaya katılımın yaklaşık 10 dakika sürdüğü bilgisi ve çalışmadan herhangi bir aşamada ayrılmak istemeleri durumunda cevaplarının kayıt olmayacağı bilgisi yazılı olarak verilmiştir. Katılımcılar sayfanın sonunda yer alan "Okudum, anladım ve çalışmaya katılmayı kabul ediyorum" kutucuğunu işaretledikleri takdirde anket sorularını cevaplayabilmişlerdir. Ayrıca form, veri kaybını engellemek adına, katılımcıların bir soruyu işaretlemeyen diğer soruya geçmesine izin verilmeyecek şekilde oluşturulmuştur.

3.5.1. İstatistiksel Analiz

Araştırma verileri IBM SPSS 25 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Örneklemden elde edilen verilerin kontrol edilerek hatalı veri girişleri düzenlenmiş; eksik veriler çıkartılmıştır. ORTO-11 ölçeğinde yer alan ters kodlanan maddeler düzenlenmiştir. Ölçeklerin güvenirlik analizinde Cronbach's alpha iç tutarlılık katsayısı kullanılmıştır.

Sosyodemografik Bilgi Formu aracılığı ile elde edilen verilerin tanımlanması amacı ile frekans analizi yöntemi kullanılmıştır. Verilerin normallik dağılım testleri için Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmış olup değişkenlerin normal dağılım göstermediğinin tespit edilmesinin ardından basıklık ve çarpıklık değerleri referans alınarak parametrik testlerden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenleri olarak belirlenen ortorektik eğilim, erken dönem uyum bozucu şema boyutları ve sosyodemografik değişkenlerin karşılaştırmaları için ikiden fazla bağımsız grup bulunduğu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA); ikili bağımsız gruplarda ise Bağımsız Örneklem t Testi uygulanmıştır. ANOVA testi için varyans homojenliği için Levene testi, grup farklılıkları için ise varyans homojenliğinin sağlandığı durumlarda ($p \geq .05$) Tukey HSD, sağlanmadığı durumlar için ise Tamhane testi kullanılmıştır. Ölçeklerin toplam puan ve alt boyutlarının katılımcılardaki korelasyonunu incelemek adına Pearson Korelasyon Analizi, ilişkili saptanan araştırma değişkenlerinin değerlendirilmesi adına doğrusal regresyon analizi yürütülmüştür. Tüm test sonuçları .05 anlamlılık düzeyinde değerlendirmeye alınmıştır.

3.5.1.1. Normallik Analizi

Elde edilen verilerin normallik varsayımını değerlendirmek için Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmış ve elde edilen bulgulardaki değerler incelendiğinde sonuçların normal dağılmadığı tespit edilmiştir ($p < .05$). Basıklık ve çarpıklık değerlerinin -1.5 ile +1.5 arasında bulunması durumunda normallik varsayımının karşılandığı söylenmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2014). Normal dağılım göstermeyen puanların basıklık (skewness) ve çarpıklık (kurtosis) değerlerinin normallik varsayımını karşılaması sebebiyle ORTO-11 ölçeği ve YŞÖKF-3 ölçeği şema boyutları puanlarına ait verilerin normal dağıldığı kabul edilerek parametrik testlerden yararlanılmasına karar verilmiştir.

Tablo 2. ORTO-11 ve YŞÖKF-3 şema boyutlarının normallik testi sonuçları

	Kolmogorov- Smirnov				Skewness	Kurtosis
	x	ss	K-Smirnov z	p		
ORTO-11	26.87	4.65	.075	.000	-.381	-.109
Duygusal Yoksunluk	1.30	1.22	.143	.000	.920	.178
Başarısızlık	2.46	1.27	.138	.000	.971	.178
Karamsarlık	2.88	1.31	.091	.000	.488	-.594

Sosyal İzolasyon	2.92	1.21	.089	.000	.414	-.704
Duygu Bastırma	2.62	1.20	.099	.000	.568	-.342
Onay Arayıcılık	3.64	1.13	.056	.001	-.087	-.670
İç İçe Geçme	2.12	1.00	.131	.000	1.016	.660
Kendini Feda	3.08	1.21	.094	.000	.394	-.626
Terk Edilme	2.14	1.12	.153	.000	1.109	.677
Cezalandırılma	3.31	1.07	.055	.001	.155	-.364
Kusurluluk	1.99	1.12	.188	.000	1.308	1.012
Tehdide Dayanıksızlık	2.77	1.22	.084	.000	.488	-.511
Yüksek Standartlar	3.00	1.30	.107	.000	.383	-.724
Ayrıcalıklık	3.54	1.02	.043	.023	-.075	-.398

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

3.6. Etik Kurul

Çalışma için gerekli etik kurul onayı Antalya Bilim Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu'ndan alınmıştır. (Ek-6)

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde, çalışmanın amacı doğrultusunda katılımcılardan elde edilen verilerin demografik ve klinik değişkenler ile karşılaştırılması ve çalışmada incelenen değişkenler olan erken dönem uyum bozucu şemalar ile ON arasındaki korelasyon incelenmiştir.

4.1. Sosyodemografik Değişkenlere Ait Betimsel İstatistikler

Araştırmaya katılan katılımcıların %80.0'i (n=408) kadın, %20.0'si (n=102) erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 26.75 ± 7.98 'dir. Araştırmaya katılan kişilerin %80'i (n=408) 18-30 yaş aralığında, %15.1'i (n=77) 31-45 ve kalan %4.9'u (n=25) 46-65 yaş aralığındadır. Eğitim düzeyi değişkenine göre ise katılımcıların %34.5'u (n=176) 12 yıl ve altı eğitim gördüğünü, geri kalan %65.5'u (n=334) ise 12 yıldan fazla eğitim gördüğünü bildirmiştir.

Kadın katılımcıların boy ortalaması santimetre cinsinden 164.70 ± 5.59 ve erkek katılımcıların boy ortalaması 178.75 ± 6.72 olarak hesaplanmıştır. Kadın katılımcıların vücut ağırlıkları ortalaması kilogram cinsinden 64.58 ± 14.94 olarak, erkek katılımcıların vücut ağırlıkları kilogram cinsinden 77.57 ± 13.38 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların BKİ değerleri SPSS v.25 aracılığı ile hesaplanmıştır. Katılımcıların ortalama BKİ değeri 23.85 ± 4.90 'dır. Katılımcıların %11.2'sinin (n=57) zayıf, %55.3'ünün (n=282) normal, %22.5'inin (n=115) kilolu ve 11.6'sının (n=56) obez grubunda bulunduğu belirlenmiştir.

Katılımcılara ağırlıklarından memnun olup olmadığı sorulduğunda katılımcıların %68.2 (n=348) oranının kilosundan memnun olmadığı ve %31.8 (n=162) oranının kilosundan memnun olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kilosundan memnun olmayan katılımcıların %11.8'i daha kilolu (n=41), %88.2'si (n=307) daha zayıf olmak istediğini bildirmiştir.

Egzersiz yapıp yapmadığı sorulduğunda katılımcıların %43.5'i (n=222) hiçbir zaman yapmadığını, haftada en fazla 3 gün, %29.4'ü haftada en fazla 3 gün yaptığını (n=150) ve %27.1'i (n=138) haftada 3 günden fazla egzersiz yaptığını bildirmiştir. Beslenme biçimleri sorusuna ise katılımcıların %91.2'si (n=465) özel bir beslenme biçimi olmadığı, %8.8'i (n=45) özel bir beslenme biçimi takip ettiğini bildirmiştir. Beslenme biçimlerinden en fazla gözlenen biçim vejetaryen beslenme (n=20) iken şekeri elimine ederek düşük kalorili (n=13), glutensiz (n=9) ve vegan (n=3) beslenme biçimini benimsediklerini belirten katılımcılar da mevcuttur.

Katılımcıların %11.6'sının (n=59) psikolojik veya psikiyatrik destek aldığını, geri kalan %88.4'ünün (n=451) destek almadığını bildirdiği; psikiyatrik tanı alıp almadığı sorusuna ise %22.2'sinin (n=113) 'Evet', %77.8'inin (n=397) 'Hayır' cevabı verdiği bilgisine ulaşılmıştır. Katılımcılar arasında en sık gözlenen psikiyatrik rahatsızlık anksiyete bozuklukları (n=39), depresyon (n=22) olarak belirlenmiştir. Katılımcılar içinde 16 kişi

OKB, 4 kişi AN ve 1 kişi BN tanısı aldığını bildirmiştir. Katılımcıların %8.4'ü (n=43) psikiyatrik ilaç kullandığını, %91.6'sı (n=467) psikiyatrik bir ilaç kullanmadığını bildirmiştir. Katılımcıların %82.4'ü (n=420) kronik bir rahatsızlığı bulunmadığını, %17.6'sı (n=90) kronik bir rahatsızlığının bulunduğunu belirtmiştir; katılımcılardan %75.3'ü (n=384) herhangi bir ilaç kullanmadığını, %24.7'si (n=126) ilaç kullandığını bildirmiştir.

4.2. ORTO-11 ve YŞÖKF-3 Şema Boyutları Puanlarına İlişkin Betimsel İstatistikler

Bu kısımda örneklemin Young Şema Ölçeği Kısa Form – 3 ve ORTO-11 ölçekleri puan ortalamalarına yer verilmiştir ve ölçek puanları normal dağılım göstermektedir. Tablo 3'te ORTO-11 ve YŞÖKF-3 şema boyutlarından alınan en yüksek ve en düşük değerler belirtilmiş, puanlara ilişkin ortalama ve standart sapma verilmiştir.

Tablo 3. Örnekleme ait araştırma değişkenlerinden ORTO-11 ve şema boyutlarının betimsel istatistikleri

N=510	Ortalama ± SS	Min	Max
ORTO-11	26.87±4.64	13.00	37.00
Young Şema Ölçeği Kısa Formu-3 Şema Boyutları			
Duygusal Yoksunluk	11.52±6.10	5.00	30.00
Başarısızlık	14.77±7.64	6.00	36.00
Karamsarlık	14.42±6.59	5.00	30.00
Sosyal İzolasyon	20.49±8.49	7.00	42.00
Duygu Bastırma	13.10±6.01	5.00	30.00
Onay Arayıcılık	21.88±6.83	6.00	36.00
İç İçe Geçme	19.12±9.02	9.00	54.00
Kendini Feda	15.44±6.05	5.00	30.00
Terk Edilme	10.73±5.61	5.00	30.00
Cezalandırılma	19.89±6.45	6.00	36.00
Kusurluluk	11.96±6.73	6.00	36.00
Tehditlere Karşı Dayanıksızlık	13.89±6.13	5.00	30.00
Yüksek Standartlar	9.02±3.92	3.00	18.00
Ayrıcalıklılık	24.83±7.20	7.00	42.00

4.3. Sosyodemografik Değişkenler Bakımından ORTO-11 ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarının Karşılaştırılması

Bu kısımda sosyodemografik değişkenlerden cinsiyet, yaş, BKİ, eğitim düzeyi, egzersiz sıklığı ve kilo memnuniyetine göre katılımcıların şema boyutlarından ve ORTO-11 ölçeğinden almış oldukları puanlar bağımsız gruplar t-testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Tablo 4. ORTO-11 puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

	Cinsiyet	Ortalama	SS	t	p
ORTO-11	Erkek	27.53	3.95	1.623	.105
	Kadın	26.70	4.79		

Bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre erkek (27.53 ± 3.95) ve kadın (26.70 ± 4.79) grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t(508)=1.623$, $p=.105$). Buna göre kadın katılımcıların ORTO-11 ölçek puanları erkeklere kıyasla daha düşük olsa da bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

Tablo 5. Şema boyutları puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

Şema Boyutları	Cinsiyet	Ortalama	SS	t	p
Duygusal Yoksunluk	Erkek	12.02	3.95	.928	.354
	Kadın	11.40	4.79		
Başarısızlık	Erkek	13.09	6.16	-2.507	.012*
	Kadın	15.19	6.09		
Karamsarlık	Erkek	13.17	5.90	-2.138	.033*
	Kadın	14.73	6.73		
Sosyal İzolasyon	Erkek	19.57	7.93	-1.217	.224
	Kadın	20.72	8.62		
Duyguları Bastırma	Erkek	13.38	5.61	.515	.607
	Kadın	13.03	6.11		
Onay Arayıcılık	Erkek	21.56	7.07	-.518	.605
	Kadın	21.96	6.78		
İç İç Geçme/ Bağımlılık	Erkek	18.87	9.54	-.314	.754
	Kadın	19.18	8.89		
Kendini Feda	Erkek	15.36	5.90	-1.146	.884

	Kadın	15.46	6.09		
Terk Edilme	Erkek	10.69	5.24	-.079	.937
	Kadın	10.74	5.70		
Cezalandırılma	Erkek	20.82	6.35	1.632	.103
	Kadın	19.65	6.46		
Kusurluluk	Erkek	12.31	6.53	.588	.557
	Kadın	11.87	6.79		
Tehditlere Karşı Dayanıksızlık	Erkek	13.09	5.43	-1.473	.141
	Kadın	14.09	6.29		
Yüksek Standartlar	Erkek	9.63	4.01	1.756	.080
	Kadın	8.87	3.89		
Ayrıcalıklılık	Erkek	25.62	7.48	1.236	.217
	Kadın	24.64	7.12		

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Erken dönem uyum bozucu şema alan puanları bağımsız örneklem t testi kullanılarak cinsiyet grupları açısından karşılaştırılmıştır. Başarısızlık şema boyutunda erkek (13.09 ± 6.86) ve kadın (15.19 ± 7.77) grupları arasında ($t(508)=-2.507$, $p=.012$) ; karamsarlık şema boyutunda erkek (13.17 ± 5.90) ve kadın (14.73 ± 6.73) grupları arasında ($t(508)=-2.138$, $p=.033$) istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre erkek katılımcılar başarısızlık ve karamsarlık şema boyutlarından kadınlara göre daha düşük puan almıştır ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. Diğer şema boyutları puanlarında cinsiyet grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > .05$).

Tablo 6. ORTO-11 ve şema boyutları puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre karşılaştırılması

	Eğitim Düzeyi	Ortalama	SS	t	p
ORTO-11	12 yıl ve altı (N=176)	26.82	4.91	-.152	.880
	12 yıl üstü (N=334)	26.89	4.50		
Duygusal Yoksunluk	12 yıl ve altı	11.85	5.99	.887	.375
	12 yıl üstü	11.35	6.16		
Başarısızlık	12 yıl ve altı	15.76	7.88	2.132	.034*
	12 yıl üstü	14.25	7.47		
Karamsarlık	12 yıl ve altı	15.59	6.86	2.927	.004**

	12 yıl üstü	13.80	6.37		
Sosyal İzolasyon	12 yıl ve altı	21.71	8.08	2.356	.019*
	12 yıl üstü	19.85	8.65		
Duyguları Bastırma	12 yıl ve altı	13.82	6.25	1.973	.049*
	12 yıl üstü	12.72	5.85		
Onay Arayıcılık	12 yıl ve altı	23.28	6.55	3.396	.001*
	12 yıl üstü	21.14	6.87		
İç İçe Geçme/ Bağımlılık	12 yıl ve altı	20.19	9.43	1.960	.051
	12 yıl üstü	18.55	8.80		
Kendini Feda	12 yıl ve altı	15.50	6.31	.159	.874
	12 yıl üstü	15.41	5.92		
Terk Edilme	12 yıl ve altı	11.38	5.98	1.907	.057
	12 yıl üstü	10.39	5.38		
Cezalandırılma	12 yıl ve altı	20.81	6.40	2.362	.019*
	12 yıl üstü	19.40	6.43		
Kusurluluk	12 yıl ve altı	12.97	6.96	2.482	.013*
	12 yıl üstü	11.42	6.55		
Tehditlere Dayanıksızlık	12 yıl ve altı	14.90	5.99	2.701	.007**
	12 yıl üstü	13.36	6.15		
Yüksek Standartlar	12 yıl ve altı	9.30	4.04	1.166	.244
	12 yıl üstü	8.88	3.86		
Ayrıcalıklılık	12 yıl ve altı	25.46	7.48	1.428	.154
	12 yıl üstü	24.50	7.03		

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır. * $p<0,05$, ** $p<0,01$

ORTO-11 puanları bağımsız örneklem t testi kullanılarak eğitim düzeyine göre karşılaştırılmıştır. Bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre 12 yıl ve altı eğitim gören (26.82 ± 4.91) grup ile 12 yıl üstü eğitim gören (26.89 ± 4.50) grupların ORTO-11 puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Buna göre ortorektik eğilimin eğitim düzeyine göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($t(508)=-.152$, $p=.880$).

Şema boyutları puanları, eğitim düzeyi gruplarına göre kıyaslandığında;

Eğitim düzeyi 12 yıl ve altı olan kişilerin; başarısızlık ($t(508)=2.13$, $p<.05$), karamsarlık ($t(508)= 2.92$, $p<.01$), sosyal izolasyon ($t(508)= 2.35$, $p<.05$), duyguları bastırma ($t(508)= 1.97$, $p<.05$), onay arayıcılık ($t(508)=3.39$, $p<.01$), cezalandırılma ($t(508)=2.36$,

$p<.05$), kusurluluk ($t(508)=2.48$, $p<.05$) ve tehditlere karşı dayanıksızlık ($t(508)= 2.70$, $p<.01$) şema boyutlarından 12 yıl üstü eğitim gören gruba kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı görülmektedir. Eğitim düzeyi düşük grubun, bahsi geçen şema boyutlarından eğitim düzeyi yüksek gruba göre daha yüksek puanlar aldığı görülmektedir. Diğer şema boyutlarından katılımcıların aldığı puanlar, istatistiksel açıdan gruplar arası anlamlı düzeyde bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 7. ORTO-11 puanlarının egzersiz sıklığı değişkenine göre karşılaştırılması

	Egzersiz Sıklığı	Ortalama	SS	F	<i>p</i>
ORTO-11	Hiçbir zaman (N=222)	27.82	4.41	15.717	.000**
	Haftada en fazla 3 gün (N=150)	27.09	4.15		
	Haftada 3 günden fazla (N=138)	25.10	5.02		

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır. * $p<0,05$, ** $p<0,01$

Katılımcıların ORTO-11 ölçek ortalama puanı Tek Yönlü Varyans Testi (ANOVA) kullanılarak egzersiz değişkeni gruplarına göre karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre egzersiz sıklığı değişkenine göre istatistiksel açıdan gruplar arası anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($F(2,507)=15.717$, $p=.000$). Levene testi sonucuna göre grup varyanslarının homojen dağıldığı tespit edilmiştir ($p>.05$). Bu doğrultuda hangi grubun anlamlı düzeyde bir diğerinden farklılaştığını tespit etmek adına Bonferroni çoklu karşılaştırma kullanılarak karşılaştırmalar yapılmıştır.

Önceden planlanmış karşılaştırmalar sonucunda hiçbir zaman egzersiz yapmadığını bildiren grubun ortorektik eğilim puanları ile haftada en fazla 3 gün egzersiz yaptığını bildiren grubun puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir ($p=.379$).

Hiçbir zaman egzersiz yapmadığını bildiren grubun ortorektik eğilim puanları ile haftada 3 günden fazla spor yaptığını bildiren grubun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmaktadır ($p=.000$). Hiçbir zaman egzersiz yapmayan grubun ORTO-11 ölçeği ortalama puanı (27.82 ± 4.41), haftada 3 günden fazla spor yapan gruba göre daha yüksektir (25.10 ± 5.02).

Haftada en fazla 3 gün spor yapan grup ile haftada 3 günden fazla spor yapan grubun ortorektik eğilim puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmaktadır ($p=.001$) . Haftada 3 günden fazla spor yaptığını bildiren grubun ORTO-11 ortalama puanının (25.10 ± 5.02), haftada en fazla 3 gün spor yapan gruba göre (27.09 ± 4.15) daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 8. Şema boyutları puanlarının egzersiz sıklığı değişkenine göre karşılaştırılması

Şema Boyutları	Egzersiz Sıklığı	Ortalama	SS	t	p
Duygusal Yoksunluk	Hiçbir zaman (N=222)	11.99	6.21		
	Haftada en fazla 3 gün (N=150)	10.58	5.59		
	Haftada 3 günden fazla (N=138)	11.79	6.39	2.582	.077
Başarısızlık	Hiçbir zaman	15.97	8.35		
	Haftada en fazla 3 gün	14.18	6.20		
	Haftada 3 günden fazla	13.50	7.64	5.184	.006**
Karamsarlık	Hiçbir zaman	15.36	6.87		
	Haftada en fazla 3 gün	13.94	6.21		
	Haftada 3 günden fazla	13.41	6.38	4.347	.013*
Sosyal İzolasyon	Hiçbir zaman	21.06	8.77		
	Haftada en fazla 3 gün	19.5	7.84		
	Haftada 3 günden fazla	20.56	8.71	1.359	.258
Duyguları Bastırma	Hiçbir zaman	13.32	6.59		
	Haftada en fazla 3 gün	12.45	5.15		
	Haftada 3 günden fazla	13.46	5.88	1.281	.279
Onay Arayıcılık	Hiçbir zaman	22.30	7.06		
	Haftada en fazla 3 gün	21.48	6.23		
	Haftada 3 günden fazla	21.64	7.09	.760	.468
İç İçe Geçme	Hiçbir zaman	20.16	9.66		
	Haftada en fazla 3 gün	18.36	7.68		
	Haftada 3 günden fazla	18.27	9.18	2.626	.073
Kendini Feda	Hiçbir zaman	15.66	6.06		
	Haftada en fazla 3 gün	15.41	5.95		
	Haftada 3 günden fazla	15.00	6.16	.512	.600
Terk Edilme	Hiçbir zaman	11.17	5.92		
	Haftada en fazla 3 gün	10.39	5.11		
	Haftada 3 günden fazla	10.40	5.60	1.187	.306
Cezalandırılma	Hiçbir zaman	19.76	6.90		

	Haftada en fazla 3 gün	19.92	5.78		
	Haftada 3 günden fazla	20.05	6.45	.090	.914
Kusurluluk	Hiçbir zaman	12.04	6.55		
	Haftada en fazla 3 gün	11.74	6.27		
	Haftada 3 günden fazla	12.07	7.50	.110	.896
Tehditlere Dayanıksızlık	Hiçbir zaman	14.26	6.73		
	Haftada en fazla 3 gün	13.55	6.43		
	Haftada 3 günden fazla	13.68	5.57	.720	.487
Yüksek Standartlar	Hiçbir zaman	9.02	4.11		
	Haftada en fazla 3 gün	8.64	3.71		
	Haftada 3 günden fazla	9.45	3.83	1.556	.212
Ayrıcalıklılık	Hiçbir zaman	24.95	7.61		
	Haftada en fazla 3 gün	24.46	6.60		
	Haftada 3 günden fazla	25.05	7.18	.292	.747

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Katılımcıların erken dönem uyum bozucu şema boyutları puan ortalamaları egzersiz değişkeni gruplarına göre Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş; Tamhane ve Tukey HSD ile gruplar arası farklılaşmalar incelenmiştir.

Başarısızlık şema boyutu ortalama puanları, egzersiz sıklığına göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir farklılık göstermektedir ($F(2,507)=5.184$, $p < .01$). Levene testi sonucu grup varyanslarının homojen dağılmadığı tespit edilmiştir ($p < .05$). Yapılan Tamhane testi sonuçlarına göre hiçbir zaman spor yapmayan kişilerin karamsarlık şema boyutu ortalama puanı haftada 3 günden fazla spor yapan grubun ortalama puanından anlamlı olarak daha yüksektir. Diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir.

Karamsarlık şema boyutu ortalama puanları, egzersiz sıklığına göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir farklılık göstermektedir ($F(2,507)=4.347$, $p < .05$). Levene testi sonucu grup varyanslarının homojen dağıldığı tespit edilmiştir ($p < .05$). Yapılan Tukey HSD testi sonuçlarına göre, hiçbir zaman spor yapmayan kişilerin karamsarlık şema boyutu ortalama puanı haftada 3 günden fazla spor yapan grubun ortalama puanından anlamlı olarak daha yüksektir. Diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir.

Tablo 9. ORTO-11 puanlarının kilo memnuniyeti değişkenine göre karşılaştırılması

	Kilo Memnuniyeti	Ortalama	SS	t	p
ORTO-11	Kilomdan memnunum (N=162)	27.59	4.38	2.399	.017*
	Kilomdan memnun değilim (N=348)	26.53	4.73		

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır. * $p < 0,05$

Katılımcıların ORTO-11 ölçek puan ortalamaları bağımsız örneklem t testi kullanılarak kilo memnuniyeti değişkeni gruplarına göre karşılaştırılmıştır. Bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre kilosundan memnun olduğunu bildiren grubun ORTO-11 ölçeğinden aldığı puan ortalaması, kilosundan memnun olmadığını bildiren gruba kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir ($t(508)=2.39$, $p=.0017$).

Tablo 10. Şema boyutları puanlarının kilo memnuniyeti değişkenine göre karşılaştırılması

Şema Boyutları	Kilo Memnuniyeti	Ortalama	SS	t	p
Duygusal Yoksunluk	Kilomdan memnunum	10.56	6.00	-2.449	.015*
	Kilomdan memnun değilim	11.97	6.11		
Başarısızlık	Kilomdan memnunum	13.71	6.92	-2.145	.032*
	Kilomdan memnun değilim	15.27	7.91		
Karamsarlık	Kilomdan memnunum	13.46	5.92	-2.247	.025*
	Kilomdan memnun değilim	14.86	6.85		
Sosyal İzolasyon	Kilomdan memnunum	19.01	8.23	-2.692	.007**
	Kilomdan memnun değilim	21.128	8.54		
Duyguları Bastırma	Kilomdan memnunum	12.56	5.90	-1.385	.167
	Kilomdan memnun değilim	13.35	6.05		
Onay Arayıcılık	Kilomdan memnunum	20.72	6.45	-2.630	.009**
	Kilomdan memnun değilim	22.42	6.95		
İç İç Geçme	Kilomdan memnunum	17.65	8.58	-2.523	.012*
	Kilomdan memnun değilim	19.80	9.14		
Kendini Feda	Kilomdan memnunum	14.25	5.55	-3.049	.002*
	Kilomdan memnun değilim	15.99	6.20		
Terk Edilme	Kilomdan memnunum	9.94	5.06	-2.179	.030*
	Kilomdan memnun değilim	11.10	5.81		
Cezalandırılma	Kilomdan memnunum	19.21	5.84	-1.616	.107

	Kilomdan memnun değilim	20.20	6.70		
Kusurluluk	Kilomdan memnunum	11.01	6.16	-2.182	.030*
	Kilomdan memnun değilim	12.40	6.95		
Tehditlere Dayanıksızlık	Kilomdan memnunum	13.17	5.82	-1.824	.069
	Kilomdan memnun değilim	14.23	6.25		
Yüksek Standartlar	Kilomdan memnunum	8.80	3.87	-.882	.378
	Kilomdan memnun değilim	9.13	3.95		
Ayrıcalıklılık	Kilomdan memnunum	24.27	7.48	-1.215	.225
	Kilomdan memnun değilim	25.10	7.06		

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Katılımcıların erken dönem uyum bozucu şema boyutları puan ortalamaları egzersiz değişkeni gruplarına göre bağımsız örneklem t testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre;

Kilolarından memnun olmadığını bildiren kişilerin, kilosundan memnun olan kişilere kıyasla duygusal yoksunluk şema boyutu puan ortalamalarının istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu görülmüştür ($t(508)=-2.44$, $p < .05$).

Kilolarından memnun olmadığını bildiren kişilerin, kilosundan memnun olan kişilere kıyasla başarısızlık şema boyutu puan ortalamalarının istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu görülmüştür ($t(508)=-2.14$, $p < .05$).

Kilolarından memnun olmadığını bildiren kişilerin, kilosundan memnun olan kişilere kıyasla karamsarlık şema boyutu puan ortalamalarının istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu görülmüştür. ($t(508)=-2.247$, $p < .05$).

Kilolarından memnun olmadığını bildiren kişilerin, kilosundan memnun olan kişilere kıyasla sosyal izolasyon şema boyutu puan ortalamalarının istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu görülmüştür. ($t(508)=-2.692$, $p < .01$).

Kilolarından memnun olmadığını bildiren kişilerin, kilosundan memnun olan kişilere kıyasla onay arayıcılık şema boyutu puan ortalamalarının istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu görülmüştür. ($t(508)=-2.630$, $p < .01$).

Kilolarından memnun olmadığını bildiren kişilerin, kilosundan memnun olan kişilere kıyasla iç içe geçme/bağımlılık şema boyutu puan ortalamalarının istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu görülmüştür. ($t(508)=-2.523$, $p < .05$).

Kilolarından memnun olmadığını bildiren kişilerin, kilosundan memnun olan kişilere kıyasla kendini feda şema boyutu puan ortalamalarının istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu görülmüştür. ($t(508)=-3.049, p<.01$).

Kilolarından memnun olmadığını bildiren kişilerin, kilosundan memnun olan kişilere kıyasla terk edilme şema boyutu puan ortalamalarının istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu görülmüştür. ($t(508)=-2.179, p<.05$).

Kilolarından memnun olmadığını bildiren kişilerin, kilosundan memnun olan kişilere kıyasla kusurluluk şema boyutu puan ortalamalarının istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu görülmüştür. ($t(508)=-2.182, p<.05$).

Cezalandırılma, tehditler karşısında dayanıksızlık, yüksek standartlar, ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim şema boyutları puan ortalamaları istatistiksel açıdan gruplar arası anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 11. Beslenme biçimi değişkenine göre ORTO-11 ve şema boyutları puanlarının karşılaştırması

	Beslenme Biçimi	Ortalama	SS	t	p
ORTO-11	Var (N=45)	24.77	5.07	-3.196	.001**
	Yok (N=465)	27.07	4.55		
Duygusal Yoksunluk	Var	12.26	6.78	.850	.396
	Yok	11.45	6.04		
Başarısızlık	Var	15.68	8.82	.838	.402
	Yok	14.58	7.52		
Karamsarlık	Var	16.06	6.97	1.755	.080
	Yok	14.26	6.54		
Sosyal İzolasyon	Var	22.53	10.55	1.382	.174
	Yok	20.29	8.26		
Duyguları Bastırma	Var	14.46	6.61	1.590	.113
	Yok	12.97	5.94		
Onay Arayıcılık	Var	22.71	7.18	.851	.395
	Yok	21.80	6.80		
İç İç Geçme	Var	21.55	10.91	1.590	.118
	Yok	18.88	8.79		
Kendini Feda	Var	14.88	6.09		

	Yok	15.49	6.05	-.641	.522
Terk Edilme	Var	12.15	6.05		
	Yok	10.59	5.55	1.782	.075
Cezalandırılma	Var	20.88	7.17		
	Yok	19.79	6.38	1.085	.278
Kusurluluk	Var	13.86	7.92		
	Yok	11.77	6.58	1.992	.047*
Tehditlere Dayanaksızlık	Var	15.77	7.19		
	Yok	13.71	6.00	1.861	.069
Yüksek Standartlar	Var	9.22	4.34		
	Yok	9.00	3.89	.348	.728
Ayrıcalıklılık	Var	24.93	6.89		
	Yok	24.83	7.23	.092	.927

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır. * $p<0,05$, ** $p<0,01$

Katılımcıların ORTO-11 ölçek puan ortalamaları bağımsız örneklem t testi kullanılarak beslenme biçimi değişkeni gruplarına göre karşılaştırılmıştır. Bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre vegan, vejetaryen beslenme gibi özel bir beslenme biçiminin bulunduğunu belirten grubun ORTO-11 ölçeğinden aldığı puan ortalaması, özel herhangi bir beslenme biçiminin olmadığını bildiren gruba kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşüktür ($t(508)=3.196$, $p=.001$).

Şema boyutlarından yalnızca kusurluluk şema boyutu puan ortalamalarında gruplar arası anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($t(508)=1.992$, $p<.05$). Özel bir beslenme biçiminin olduğunu bildiren grubun kusurluluk şema boyutu ortalama puanı, diğer gruba kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde yüksektir.

Tablo 12. Kronik rahatsızlık değişkenine göre ORTO-11 ve şema boyutları puanlarının karşılaştırması

	Kronik Rahatsızlık	Ortalama	SS	t	p
ORTO-11	Var (N=90)	26.63	4.35		
	Yok (N=420)	26.92	4.70	-.538	.591
Duygusal Yoksunluk	Var	12.33	6.65		
	Yok	11.35	5.97	1.381	.168
Başarısızlık	Var	14.94	8.34		

	Yok	14.74	7.49	.230	.819
Karamsarlık	Var	14.18	6.61		
	Yok	14.47	6.60	-.368	.713
Sosyal İzolasyon	Var	20.50	8.94		
	Yok	20.49	8.41	.007	.994
Duyguları Bastırma	Var	13.08	6.10		
	Yok	13.11	6.00	-.033	.974
Onay Arayıcılık	Var	21.20	7.28		
	Yok	22.02	6.73	-1.043	.297
İç İçe Geçme	Var	28.54	9.09		
	Yok	19.24	9.01	-.671	.503
Kendini Feda	Var	16.41	6.32		
	Yok	15.23	5.98	1.678	.094
Terk Edilme	Var	10.77	5.15		
	Yok	10.72	5.71	.079	.937
Cezalandırılma	Var	19.75	7.54		
	Yok	19.92	6.20	-.195	.825
Kusurluluk	Var	12.52	7.97		
	Yok	11.84	6.44	.868	.386
Tehditlere Dayanaksızlık	Var	13.91	5.85		
	Yok	13.89	6.20	.022	.982
Yüksek Standartlar	Var	8.57	3.63		
	Yok	9.12	3.98	-1.197	.232
Ayrıcalıklılık	Var	24.20	7.76		
	Yok	24.97	7.07	-.928	.384

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Katılımcıların ORTO-11 ölçek puan ortalamaları bağımsız örneklem t testi kullanılarak kronik rahatsızlık değişkeni gruplarına göre karşılaştırılmıştır. Bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre kronik rahatsızlık varlığı ile ortorektik eğilim puanları karşılaştırıldığında gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($t(508)=3.196$, $p=.001$).

Şema boyutları ortalama puanları ile kronik rahatsızlık değişkeni karşılaştırıldığında gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

4.4. Yaş ve Beden Kitle İndeksi Değişkenlerinin Ortorektik Eğilim Değişkeni ve Şema Boyutları Puanları ile Korelasyon Analizi

ORTO-11 ölçeğinden alınan puanlar ile erken dönem uyum bozucu şema boyutlarının yaş ve BKİ faktörleri ile arasındaki ilişkiyi anlamak adına Pearson korelasyon analizi yapılmış, elde edilen çıktılar Tablo 8’de sunulmuştur. Sonuçlar incelendiğinde;

Yaş ve ORTO-11 ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($r = -.058$, $p > .05$). Erken dönem uyum bozucu şema boyutlarından duygusal yoksunluk, iç içe geçme/bağımlılık ve kendini feda şema boyutları ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde herhangi bir ilişki bulunamamıştır.

Yaş ile başarısızlık ($r = -.23$, $p = .000$), karamsarlık ($r = -.22$, $p = .00$), sosyal izolasyon ($r = -.17$, $p = .000$), duygu bastırma ($r = -.12$, $p < .01$), onay arayıcılık ($r = -.22$, $p = .000$), iç içe geçme/bağımlılık ($r = -.28$, $p = .000$), terk edilme ($r = -.20$, $p = .000$), cezalandırılma ($r = -.089$, $p < .05$), kusurluluk ($r = -.18$, $p = .000$), tehditlere karşı dayanıksızlık ($r = -.17$, $p = .000$), yüksek standartlar ($r = -.12$, $p < .01$) ve ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim ($r = -.23$, $p = .000$) şema boyutlarında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür.

Beden kitle indeksi ile ORTO-11 ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Şema boyutları ile beden kitle indeksi arasındaki ilişki incelendiğinde ise kendini feda şema boyutu ($r = .13$, $p < .01$) ile kusurluluk şema boyutu ($r = .11$, $p < .05$) arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diğer şema boyutları ile beden kitle indeksi arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde herhangi bir ilişki saptanamamıştır.

4.5. Ortorektik Eğilim ile Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Erken dönem uyum bozucu şema boyutları ile ortorektik eğilim arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Bulgular Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 14’te sunulan korelasyon katsayılarına göre ORTO-11 puanları şema boyutlarından karamsarlık ile negatif yönlü ($r = -.17$, $p < .01$), sosyal izolasyon ile negatif yönlü ($r = -.15$, $p < .01$), duyguları bastırma ile negatif yönlü ($r = -.09$, $p < .05$), onay arayıcılık ile negatif yönlü ($r = -.19$, $p < .01$), cezalandırılma ile negatif yönlü ($r = -.17$, $p < .01$), tehditlere karşı dayanıksızlık ile negatif yönlü ($r = -.17$, $p < .01$), yüksek standartlar ile negatif yönlü ($r = -.17$, $p < .01$) ve ayrıcalıklılık ile negatif yönlü ($r = -.11$, $p < .01$) ve istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Erken dönem uyum bozucu şema boyutlarından duygusal yoksunluk, başarısızlık, iç içe geçme, kendini feda, terk edilme ve kusurluluk ile istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir ilişki bulunamamıştır.

Ortorektik eğilim ile erken dönem uyum bozucu şema boyutları arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde, değişkenler içinde en güçlü ilişki gösteren şema boyutunun onay arayıcılık olduğu belirlenmiştir. Ancak bu ilişkinin istatistiksel açıdan zayıf düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Buna göre onay arayıcılık şema boyutu puanları yükseldikçe ORTO-11 puanları düşmektedir. Bunu takiben yüksek standartlar şema boyutu ile ortorektik eğilimin şema boyutları arasında en güçlü ikinci, ancak istatistiksel açıdan zayıf düzeyde ilişki gösterdiği tespit edilmiştir.

Özetle, şema boyutlarından alınan ortalama puanlar ile ORTO-11 ölçek ortalama puanı arasındaki ilişki negatif yönlüdür. ORTO-11 ölçeğinden alınan puanlar azaldıkça erken dönem uyumsuz şema boyutlarından alınan puanlar yükselmektedir. Bu durumun nedeni, ORTO-11 ölçeğinden alınan düşük puanların aratan ortorektik eğilimi ifade etmesidir.

Tablo 13. Yaş ve BKİ değişkenleri ile ORTO-11 ve şema boyutları puanları Pearson korelasyon analizi

	ORTO	DY	B	K	Sİ	DB	OA	İİG	KF	C	Ku	TD	YS	A
Yaş	-.058	-.057	-.228**	-.219**	-.172**	-.118	-.293	-.179**	-.032	-.202**	-.089*	-.177**	-.170**	-.122**
BKİ	-.024	.067	.017	.035	.061	.046	-.021	.062	.126**	.055	.013	.110*	.017	-.036

NOT: DY: Duygusal Yoksunluk, B: Başarısızlık, K: Karamsarlık, Sİ: Sosyal İzolasyon, DB: Duyguları Bastırma, OA: Onay Arayıcılık, İİG: İç İç Geçme, KF: Kendini Feda, C: Cezalandırılma, Ku: Kusurluluk, TD: Tehditlere Karşı Dayanısızlık, YS: Yüksek Standartlar, A: Ayrıcalıklılık, *: İstatistiksel olarak anlamlıdır. * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Tablo 14. ORTO-11 ve şema boyutları Pearson korelasyon analizi

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1.ORTO-11	–														
2.Duygusal Yoksunluk	-.069	–													
3.Başarısızlık	-.057	.519**	–												
4.Karamsarlık	-.167**	.472**	.568**	–											
5.Sosyal İzolasyon	-.151**	.687**	.593**	.636**	–										
6.Duyguları Bastırma	-.091*	.536**	.485**	.458**	.649**	–									
7.Onay Arayıcılık	-.186**	.366**	.462**	.497**	.552**	.380**	–								
8.İç İçe Geçme	-.057	.589**	.719**	.587**	.623**	.522**	.437**	–							
9.Kendini Feda	-.064	.433**	.400**	.453**	.510**	.333**	.438**	.469**	–						
10. Terk Edilme	-.055	.500**	.591**	.632**	.652**	.433**	.536**	.663**	.512**	–					
11. Cezalandırılma	-.171**	.389**	.438**	.572**	.552**	.506**	.550**	.435**	.518**	.465**	–				
12. Kusurluluk	-.075	.638**	.714**	.573**	.690**	.583**	.433**	.687**	.415**	.685**	.486**	–			
13.Tehditlere Karşı Dayanısızlık	-.168**	.496**	.544**	.701**	.679**	.490**	.555**	.592**	.419**	.616**	.566**	.564**	–		
14.Yüksek Standartlar	-.173**	.261**	.120**	.286**	.319**	.377**	.455**	.200**	.243**	.286**	.374**	.267**	.306**	–	
15.Ayrıcalıklılık	-.110*	.361**	.313**	.298**	.438**	.357**	.471**	.295**	.335**	.251**	.327**	.269**	.347**	.327**	–

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

4.6. Sosyodemografik Değişkenler ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarının Ortorektik Eğilimi Yordayıcı Analizi

Değişkenler arasındaki korelasyon katsayılarının çoklu doğrusallık sorununa sebep olması muhtemel değerlerde bulunmadığının tespit edilmesinin ardından tüm değişkenler regresyon analizine dahil edilmiştir. Çoklu doğrusallık sorununu engellemek adına regresyon analizinde adımsal (stepwise) yönteminden yararlanılmasına karar verilmiştir.

Tablo 15. Erken dönem uyum bozucu şemaların ve sosyodemografik değişkenlerin ortorektik eğilim üzerindeki yordayıcı etkisinin regresyon analizi

Model		B	SH	β	t	p
1	Onay Arayıcılık	-.110	.037	.037	-2.970	.003**
	Egzersiz	-1.541	.236	-.275	-6.527	.000**
	Kilo Memnuniyeti	.767	.220	.146	3.482	.001**
	Yaş	-.065	-.065	.112	-2.606	.009**
	Karamsarlık	-.149	.039	-.211	-3.837	.000**
	Terk Edilme	.137	.046	.165	2.949	.003**
	Yüksek Standartlar	-.099	.055	-.084	-1.812	.041*

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Analiz çıktıları doğrultusunda sosyodemografik değişkenlerden yaş, cinsiyet, BKİ, eğitim düzeyi, egzersiz ve kilo memnuniyeti çoklu doğrusallık problemine neden olmayacağı belirlendikten sonra modele eklenmiştir. Adımsal yöntem ile yürütülen regresyon analizi sonucunda karamsarlık ($\beta = -.084$, $p < .01$), onay arayıcılık ($\beta = .037$, $p < .01$), yüksek standartlar ($\beta = -.084$, $p < .05$), yaş ($\beta = .112$, $p < .01$), egzersiz sıklığı ($\beta = -.275$, $p < .01$) terk edilme ($\beta = .165$, $p < .01$) ve kilo memnuniyeti ($\beta = .146$, $p < .01$) değişkenlerinin ortorektik eğilimi istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yordadığı saptanmıştır. Bahsi geçen değişkenler ile oluşturulan model, varyansın %14.8'ini açıklamaktadır ($F(5,502)=13,43$, $p=.000$; $r^2=.160$). Egzersiz değişkeni modelde ortorektik eğilimi en çok yordayan değişken olarak belirlenmiştir.

4.7. Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarının Ortorektik Eğilimi Yordayıcı Analizi

Erken dönem uyum bozucu şema boyutlarının ortorektik eğilimi ön görebilmek için adımsal (stepwise) yöntemi kullanılarak yapılan regresyon analiz çıktıları Tablo 16'da bildirilmiştir. Modelde tutulan onay arayıcılık ($\beta = -.135$, $p < .05$), ve yüksek standartlar şema boyutu, varyansın %4.1'ini açıklamaktadır ($F(2,507)=11.762$, $p=.000$; $r^2=.044$).

Tablo 16. Erken dönem uyum bozucu şemaların ortorektik eğilim üzerindeki yordayıcı etkisinin regresyon analizi

Model		B	SH	β	t	p
1	Onay Arayıcılık	-.092	.033	-.135	-2.768	.006**
	Yüksek Standartlar	-.132	.058	-.112	-2.228	.023*

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Organik ve temiz beslenme arzusunu temel alarak gelişen ve bireyin işlevselliğini etkileyen bir takıntı haline dönüşmesi olarak tanımlanan Ortoreksiya Nervoza, son zamanlarda çalışmacıların dikkatini çeken bir konu haline gelmiştir. Henüz evrensel tanı sınıflandırmalarında yer edinmeyen ON'nın başlatıcı, sürdürücü etkenleri ve risk faktörlerinin belirlenebilmesi adına literatürde çalışmalar yapılmıştır. Ancak psikopatolojilerin temelinde yer aldığı düşünülen ve bireyin erken yaşantılarında karşılanmayan duygusal ihtiyaçları sonucunda oluşmaya başlayan erken dönem uyum bozucu şemaların ON ile ilişkisini inceleyen bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Çalışmanın temel amacı, ortorektik eğilimi erken dönem uyum bozucu şemalar bağlamında incelemektir. Araştırma amacı kapsamında yapılan analizlerden elde edilen sonuçların tartışılmasına bu bölüm içerisinde yer verilmiştir.

İlk olarak örneklemin sosyodemografik özellikleri ile araştırmadaki ana değişkenler arasındaki bulgular literatür ışığında ele alınmıştır. Sonrasında ana değişkenlere ve değişkenlerin kendi aralarındaki ilişkilerine ait bulgulara, ilgili literatür çerçevesinde yer verilmiştir. Son olarak, çalışmaya ilişkin sınırlılıklar ve gelecekteki çalışmalar için çeşitli öneriler belirtilmiştir.

5.1. Ortoreksiya Nervoza Eğilimi ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarının Sosyodemografik Değişkenler ile İncelenmesi

Araştırmada katılımcıların gösterdiği ortorektik eğilim, ORTO-11 ölçek puanı ile ölçülmüştür. ORTO-11 ölçeğinden alınan puanlar düştükçe, ortorektik eğilimlerinin artış gösterdiği yorumu yapılmaktadır. Çalışmada ilk olarak katılımcıların ortorektik eğilimleri, sosyodemografik değişkenler üzerinden ele alınmıştır. Cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve BKİ olarak belirlenen katılımcıların kişisel değişkenlerine ek olarak mevcut kronik rahatsızlıkları, egzersiz sıklıkları ve buldukları vücut ağırlığından memnuniyetleri de incelenen sosyodemografik değişkenler arasına eklenmiştir.

5.1.1. Cinsiyet Değişkeni ile Ortorektik Eğilim ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarına Dair Bulguların Değerlendirilmesi

Sağlıklı beslenmeye olan ilgi, kadın ve erkek ayrımı olmaksızın her kesimden insanda görülebilmektedir. Bu çalışmada cinsiyet, araştırma hipotezine uygun olarak, ortorektik eğilim ile anlamlı bir ilişki göstermemektedir. Literatür incelendiğinde de cinsiyet ile ortorektik eğilim arasındaki ilişki konusunda ortak bir görüşe varılamadığı görülmektedir. Kadınların daha fazla ortorektik eğilim gösterdiğini bulgulayan çalışmaların (Arusoğlu vd., 2008; Şanlıer vd., 2016) yanı sıra erkeklerde daha fazla görüldüğü sonucuna ulaşan çalışmalar da mevcuttur (Donini vd., 2004; Fidan vd., 2010). Bu çalışmaya paralel olarak cinsiyetin anlamlı bir değişken olarak bulunmadığı çalışmalar mevcuttur (Almeida vd., 2018;

Barnes ve Caltabiano, 2017; Brytek-Matera vd., 2015a; Brytek-Matera vd., 2017). Literatür ile tutarlı yöndeki bu bilgiler ışığında ON tablosunun ve beraberinde gelen risklerin hem kadın hem de erkeklerde görülebileceği söylenebilir.

Cinsiyet ile erken dönem uyum bozucu şemaların ilişkisi incelendiğinde başarısızlık ve karamsarlık şema boyutunda kadınların erkeklere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Diğer şema boyutları ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. Zedelenmiş otonomi şema alanının alt boyutu olan başarısızlık, kişinin okul, kariyer ve spor gibi başarı beklentisi bulunan boyutlarda akranlarına kıyasla daha yetersiz ve başarısız olacağına dair inançları ile karakterizedir. Yine aynı şema alanında bulunan karamsarlık ise kişinin yaşamın olumsuz yönlerine ısrarcı bir odaklanma göstermesi şeklinde tanımlanmış ve bireyin kariyer, ilişkiler gibi konularda her şeyin yanlış gideceğine dair abartılı bir beklentisi söz konusudur. Olumsuz sonuçların abartılması ise hataya yönelik korku, kaygı ve şikâyeti de beraberinde getirmektedir (Young ve Klosko, 1994).

Kadın ve erkeğe yüklenen toplumsal roller ve cinsiyetler arası yetiştirilme tarzı farklılıkları düşünüldüğünde kız çocuklarının daha katı kurallar ile yetiştirilmesinin başarısızlık şemasının; dış dünyanın tehlikelerinden kaçınması için olumsuz odaklanmasının öğütlenmesinin karamsarlık şemasının gelişmesine neden olduğu düşünülmektedir (Şentürk, 2021; Williams ve Bennett, 1975). Literatür incelendiğinde ise şema alanlarının cinsiyete göre farklılaşmadığını bildiren erkeklerin kadınlara kıyasla zedelemiş otonomi, kopukluk ve reddedilme, başkaları yönelimlilik şema alanlarından daha yüksek puanlar aldığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Özbaş vd., 2012; Yiğit ve Çelik, 2016; Zafiropouloulou, 2014). Elde edilen sonuçlar ile literatür farklılığının, örneklemin cinsiyete göre dağılımında gruplar arasındaki katılımcı sayısının farkının fazla olmasından kaynaklanabileceği ve örneklemin farklılaşmasından dolayı olabileceği düşünülmüştür.

5.1.2. Yaş Değişkeni ile Ortorektik Eğilim ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarına Dair Bulguların Değerlendirilmesi

Yaş ile ortorektik eğilim konusunda da literatürde ortak bir görüş sağlanamamıştır. 18-65 yaş arası kişilerden veri toplanan bu çalışmada, yaş ile ortorektik eğilim arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Çalışma bulgularına paralel olarak yaşın anlamlı bir değişken olarak tespit edilmediği çalışmalar da mevcuttur (Barthels vd., 2020; Valera vd, 2014). Gençlerin ortorektik eğilimlerinin daha yüksek olarak tespit edildiği çalışmaların (Almeida vd., 2018; Dell’Osso vd., 2016) yanında yaş arttıkça ortorektik eğilimin de arttığını bildiren çalışmalar da (Asarkaya, 2019) alan yazında görülmektedir. Bir derleme çalışmasında ise ON’yı konu alan çalışmaların örneklemini daha çok genç yetişkinlerin oluşturduğu; 26-45 yaş aralığında kişilerin diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek ortorektik eğilim gösterdiği bildirilmiştir (McComb ve Mills, 2019). Araştırma sonuçları göz önünde bulundurulduğunda sağlıklı beslenme takıntısı olarak tanımlanan ON’nın her yaştan kişide görülebileceği yorumu yapılmıştır.

Şema boyutları ile yaş arasındaki korelasyon incelendiğinde ise duygusal yoksunluk, duygu bastırma, onay arayıcılık ve kendini feda şema boyutlarında anlamlı bir ilişki

gözlemlenmemiştir. Geriye kalan başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon, iç içe geçme/bağımlılık, cezalandırılma, kusurluluk, tehditler karşısında dayanıksızlık, yüksek standartlar ve ayrıcalıklılık şema boyutları ile negatif yönlü bir ilişki gösterdiği bulunmuştur. Bulgular, yaş arttıkça bahsi geçen şema boyutları puanlarında düşüş gözlemlendiğini ifade etmektedir.

Literatür incelendiğinde yaş ile empati düzeyinin doğru orantılı bir artış gösterdiği ve beraberinde iş birliği becerisi ve diğerlerine duyulan saygının artışı getirdiği tespit edilmiş (Hoffmann, 1977); iç içe geçme/bağımlılık, sosyal izolasyon ve ayrıcalıklılık şema boyutunda görülen azalmayı açıkladığı düşünülmüştür. Yaş ilerledikçe kişinin deneyimlerinin artması ile olumluya odaklanmanın arttığı bilinmektedir (Garnefski ve Kraaij, 2006; Gross, 2001). Dolayısıyla, çalışmada kusurluluk, karamsarlık ve tehditler karşısında dayanıksızlık şema boyutu puanlarının yaş ilerledikçe azalmasının literatürle tutarlı olduğu düşünülmektedir. Bu durum, örneklemin yaş ortalamasının genç olması ve yaş grupları arasındaki katılımcı sayısı farkının yüksek olmasından kaynaklanabilir.

5.1.3. Eğitim Düzeyi Değişkeni ile Ortorektik Eğilim ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarına Dair Bulguların Değerlendirilmesi

Eğitim düzeyi ile ortorektik eğilim arasındaki ilişki konusunda literatürde ortak bir görüş bulunmamaktadır. Tıp ve sağlık alanında eğitim almanın ortorektik eğilim için hazırlayıcı bir faktör olduğunu belirten çalışmaya (Plichta ve Jezewska-Zychowicz, 2019) karşın tıp öğrencisi (Fidan vd., 2010), sanatçı (Aksoydan ve Camci, 2009) ve diyetisyen/beslenme uzmanlarından (Asil ve Sürücüoğlu, 2019) oluşan örnekleme sahip çalışmalarda eğitim ile anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir. Ancak lisans ve üstü bir diplomaya sahip kişilerde ortaokul mezunlarına kıyasla ortorektik eğilimin daha yaygın görüldüğü ve bu ilişkinin orta düzeyde bir etki büyüklüğünün bulunduğunu tespit eden çalışma mevcuttur (Barnes ve Caltabiano, 2017).

Bu çalışmada eğitim düzeyi ile ortorektik eğilim arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Araştırma bulgularına tutarlı olarak eğitim düzeyinin ortorektik eğilim ile ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Almeida vd., 2018). Eğitim ile ON eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmayışını, sağlıklı beslenmeye olan ilginin her eğitim düzeyinden bireyde görülebilecek bir risk faktörü olarak değerlendirmek mümkündür.

Şema boyutlarından başarısızlık karamsarlık, sosyal izolasyon, duygu bastırma, onay arayıcılık, cezalandırılma, kusurluluk ve tehditlere karşı dayanıksızlık şemalarında eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık tespit edilmiş; şema puanları eğitim düzeyi ile negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermiştir. Bulgulara göre en fazla liseye kadar eğitim gördüğünü bildiren kişilerin şema boyutlarından aldığı ortalama puanlarının lisans ve lisansüstü eğitim alan kişilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

5.1.4. Beden Kitle İndeksi Değişkeni ile Ortorektik Eğilim ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarına Dair Bulguların Değerlendirilmesi

Beden kitle indeksi ve ortorektik eğilim arasındaki ilişkiye yönelik literatürdeki görüşlerde birlik sağlanamamıştır. Çalışmada beden kitle indeksinin ortorektik eğilim ile arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tıpkı bu çalışmada elde edilen sonuç gibi anlamlı bir ilişki gözlemlenmeyen çalışmalar çoğunlukta da olsa (Barrada ve Roncero, 2018; Donini vd., 2004; Oberle ve Lipschuetz, 2018; Reynolds, 2018) anlamlı düzeyde bir pozitif bir ilişki olduğunu söyleyen (Depa vd, 2019) ve ters ilişkili olduğunu ifade eden çalışmaların da olduğu bilinmektedir (Dell’Osso vd., 2016).

Mevcut çalışmada, beden kitle indeksi ile şema boyutlarından kendini feda ve kusurluluk şemalarının anlamlı bir ilişki gösterdiği saptanmıştır. Katılımcıların BKİ değerleri arttıkça, kendini feda ve kusurluluk şema puanları da artış göstermiştir. Kandemir (2021) çalışmasında, mevcut çalışma ile tutarlı şekilde, BKİ ile kendini feda şeması arasında gruplar arası anlamlı bir farklılık elde ettiğini bildirmiştir. Kendini feda şemasına sahip bireyler başkalarından kabul görebilmek ve yakınlıklarını sürdürürebilmek adına onların isteklerini, kendi isteklerinin önüne koyarak kendilerinden ödün verirler (Rafaeli vd., 2011).

5.1.5. Kilo Memnuniyeti Değişkeni ile Ortorektik Eğilim ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarına Dair Bulguların Değerlendirilmesi

Ortoreksiya Nervoz’a bireyler ağırlık kontrollerini sağlamaktan ziyade sağlıklı beslenmeye odaklanmakta ve sağlıklı beslenmenin bir getirisi olan kilo kontrolünü sağlamaktadır (Dunn ve Bratman, 2016). Ancak organik ve temiz içerikli beslenme motivasyonunun aslında beden ve görünüş kaygılarına zemin hazırlayarak kilo kontrolü davranışlarını besleyebileceğinden bahsedilmektedir (Barnes ve Caltabiano, 2017; Barthels vd., 2017). Mevcut çalışmada katılımcıların buldukları kilo ile ortorektik eğilimleri arasında bir ilişki tespit edilmemiştir. Bununla birlikte bu çalışmada katılımcılara beden memnuniyetlerine ilişkin soru yöneltilmiş ve ortorektik eğilim ile arasındaki ilişki incelenmiştir. Katılımcıların ilgili soruya vermiş oldukları ‘daha zayıf olmak isterdim’ ve ‘daha kilolu olmak isterdim’ yanıtları ‘kilomdan memnun değilim’ ifadesinde birleştirilerek karşılaştırma için yeterli sayıya ulaşılmıştır.

Kilo memnuniyeti ile ortorektik eğilim arasındaki ilişkinin anlamlı bulunduğu bu çalışmada, kilosundan memnun olduğunu ifade eden katılımcıların ORTO-11 ölçek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bir diğer deyişle, kilosundan memnun olan katılımcıların gösterdiği ortorektik eğilimin, zayıflamak ya da kilo almak isteyen katılımcılara kıyasla daha düşük olduğu söylenebilir. Literatürde, çalışma bulgusu ile aynı doğrultuda olarak kilo memnuniyeti ile ortorektik eğilimin ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar (Almeida vd., 2018; Reynolds, 2018; Tremelling vd., 2017) bulunduğu gibi ilişki tespit etmeyen çalışmalar da mevcuttur (Brytek-Matera vd., 2015b).

5.1.6. Egzersiz Sıklığı Değişkeni ile Ortorektik Eğilim ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarına Dair Bulguların Değerlendirilmesi

Yalnızca sağlıklı beslenme değil, düzenli egzersiz yapmanı fizyolojik sağlık açısından faydalı olduğu bilinmektedir. Ortorektik eğilim ile egzersiz sıklığı arasındaki ilişki bu araştırma kapsamında incelenmiş ve anlamlı düzeyde bir ilişki gösterdiği tespit edilmiştir. Katılımcıların haftalık periyotlarda kaç gün egzersiz yaptığı sorulmuş, verilen cevaplar 3 kategori altında değerlendirilmiştir. Hiçbir zaman egzersiz yapmadığını bildiren katılımcılar 'hiç' kategorisinde, haftada bir ila üç gün arası egzersiz yaptığını bildiren katılımcılar 'orta sıklıkta' kategorisinde, haftada üç günden fazla egzersiz yaptığını bildirenler ise 'yoğun sıklıkta' kategorisinde bulunmaktadır.

Bu çalışmada yoğun sıklıkta egzersiz yapan grubun ORTO-11 ölçek puanları, hiç egzersiz yapmayanlara kıyasla daha düşük bulunmuştur. Bu durum haftada üç günden fazla egzersiz yapan kişilerde, hiç egzersiz yapmayanlara göre ortorektik eğilimin daha yüksek olduğunu ifade etmektedir. Haftada bir ila üç gün arasında egzersiz yaptığını bildiren grup ise haftada üç günden fazla egzersiz yapan gruba kıyasla ORTO-11 ölçeğinden daha yüksek puan almıştır. Bu durumda egzersiz sıklığı ile ortorektik eğilimin lineer bir ilişki gösterdiği; egzersiz sıklığı arttıkça ortorektik eğilimin arttığı söylenebilir.

Literatür incelendiğinde ise araştırma bulguları ile tutarlı yönde pek çok araştırmanın bulunduğu görülmektedir (Brytek-Matera, 2015a; Eriksson vd., 2008; Segura-Garcia vd., 2012; Varga vd., 2014). Ancak bu çalışmaların aksine ON ile egzersiz sıklığı arasında ilişki tespit etmeyen çalışmalar da mevcuttur (Brytek-Matera vd., 2015a, 2015b; Roncero vd., 2017; Strahler vd., 2018) Çalışma bulgularına paralel olarak Almeida ve arkadaşları (2018), ON'nın görüldüğü bireylerin haftada üç ve daha fazla gün egzersiz yapma eğilimi olduğunu bildirmiştir. Bu durumda orta ve yoğun sıklıkta egzersiz yapan bireylerin ON geliştirme riski bulunabileceği ön görülebilir.

Şema boyutları değişkenleri ile sosyodemografik değişkenleri dahil edilerek kurulan regresyon modelinde egzersiz sıklığı değişkeni, varyansı en çok öngören değişken olarak belirlenmiştir. Bu durumda egzersiz ile birlikte diğer şema boyutlarının da anlamlılık kazanarak modele girebildiği; egzersiz yapmanın, çalışma bağlamında, ortorektik eğilimin en önemli yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir. Ortoreksiya Nervoza tablosunda görülen sağlıklı beslenme takıntısı, beraberinde örtük bir beden ağırlığı kontrolü arzusunu ve beden memnuniyetsizliğini getirebilmektedir (Barthels vd., 2020; Bóna vd., 2019; Parra-Fernandez vd., 2018). Yeme bozukluklarında da görülen ağırlığı kontrol etmeye yönelik telafi edici davranışlardan olan aşırı egzersiz, ON'den mustarip bireylerde fiziksel sağlığı koruma amacıyla rasyonalize edilebilir veya sağlıklı olduğu düşünülen gıdaların tüketiminin akabinde bir cezalandırma yöntemi olarak da bulunabilir (Koven ve Abry, 2015).

Erken dönem uyum bozucu şemalardan başarısızlık, karamsarlık, iç içe geçme/bağımlılık şema boyutlarından haftada 3 gün ve daha fazla spor yapan kişilerin aldığı puanlar, diğer gruplara göre anlamlı ölçüde farklılaşmaktadır. Yoğun düzeyde egzersiz yapan kişiler başarısızlık şema boyutundan daha düşük puan almışlardır. Bununla birlikte

ortorektik eğilimlerinin de diğer gruba kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Başarısızlık şema boyutu, kişinin kendini eksik ve yetersiz hissetmesi ve içinde bulunduğu işlerde başarısız olacağına inanmasıyla ilgilidir ve kişi de kendisini başkalarından daha yeteneksiz, düşük statülü, daha başarısız görmesi ile ilişkili bilişler bulunmaktadır (Rafaeli vd., 2011).

5.1.7. Beslenme Biçimi Değişkeni ile Ortorektik Eğilim ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarına Dair Bulguların Değerlendirilmesi

Vegan, vejetaryen, glütensiz beslenme gibi belirli bir beslenme biçiminin benimsenmesi ON'nin başlatıcı ve sürdürücü etkenleri arasında değerlendirilmektedir. Bireyin kendine ve fizyolojik ihtiyaçlarına uygun olmayan bir beslenme biçimini takip etmesi, beslenme uzmanı tarafından yönlendirilmesinin veya özel bir diyet gerektiren rahatsızlığının bulunmasının ortorektik eğilimi yordadığı düşünülmektedir (Brytek-Matera, 2012). Etik gerekçeler ile benimsenen vejetaryen ve vegan beslenme tipi gibi kısıtlayıcı beslenen kişilerin ON eğilimi gösterdiğini bildiren çalışmalar mevcuttur (Barthels vd., 2019; Brytek-Matera vd., 2019). Strahler ve arkadaşları (2018) çalışmasında Akdeniz tipi beslenmenin ON'den mustarip kişilerde daha sık görüldüğünü bildirmiştir. Buna benzer bir çalışmada da doymuş yağ, hayvansal yağ içeren ürünlerin ON eğilimindeki bireyler tarafından daha az tüketildiği tespit edilmiştir (Grammatikopoulou vd., 2018).

Çalışmada özel bir beslenme biçiminin olduğunu ifade eden katılımcı sayısı, olmayanlara kıyasla düşüktür. Beslenme biçimi ile ortorektik eğilim arasında anlamlı düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir; özel bir beslenme biçiminin olduğunu belirten grup ORTO-11 ölçeğinden daha düşük puanlara sahiptir. Buna göre vegan, vejetaryen, glütensiz veya düşük şekerli beslenerek özel bir beslenme biçimi takip eden katılımcılarda, ON eğilimi beslenme biçimi olmayan gruba kıyasla daha fazladır. Kısıtlayıcı beslenme tipi benimsemenin etik veya fizyolojik gerekçeler ile rasyonelize edilmesinin ON'nin prognozunu belirleyici bir faktör olabileceği düşünülmekte, gelecekte kapsamlı bir çalışma yürütülebileceği önerilmektedir.

5.1.8. Kronik Rahatsızlık Değişkeni ile Ortorektik Eğilim ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Boyutlarına Dair Bulguların Değerlendirilmesi

Kişinin sağlıklı gıda tercihleri yapması ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları benimsemesi Dünya Sağlık Örgütü'nün de (2002) desteklediği ve patolojik bir tanı gerektirmeden var olabilen bir durumdur. Ortoreksiya Nervoza'nın fiziksel rahatsızlığa ikincil olarak gelişebileceğini, kişinin optimum sağlık düzeyine ulaşabilmek ve/veya fiziksel sağlığını iyileştirebilmek adına sağlıklı beslenmeye ilgi duyması ile başlayabileceği öne sürülmüştür (Dunn ve Bratman, 2016). Bu bağlamda bireyin kronik rahatsızlığının bulunmasının, ortorektik eğilim ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ancak çalışma bulguları, kronik bir rahatsızlığın varlığının ortorektik eğilim ile ilişkili olmadığını ortaya koymuştur. Bu sonuç, kişinin kronik bir rahatsızlığı bulunmasa dahi sağlıklı beslenmeye ilgi duyabileceğini göstermektedir. Dolayısıyla sağlıklı beslenmeye duyulan ilginin fiziksel bir

rahatsızlığın akabinde ortaya çıkabileceği gibi, fiziksel sağlığı iyileştirmek için beslenme alışkanlıklarında düzenlemeye gidilmesi kararı ile de ortaya çıkabileceği yorumu yapılabilir.

Ölçeğin öz bildirim dayalı olması bireyin kronik rahatsızlığı değerlendirmesinde bazı kısıtlılıklara yol açmıştır. Ancak araştırma amacı göz önünde bulundurulduğunda tanısıl bir görüşmeye ihtiyaç duyulmamaktadır, dolayısıyla çalışma modeli doğrultusunda öz bildirim dayalı ölçeklerin kullanılması uygun bulunmuştur.

5.2. Ortoreksiya Nervoza ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar

Şema Terapi'nin kişilik bozuklukları haricindeki psikopatolojilerde de etkili olduğunun düşünülmeyle fark edilmesiyle erken dönem uyum bozucu şemalar ile DSM-V'te yer alan psikopatolojiler arasındaki ilişkiyi konu edinen çalışmalar alan yazına eklenmeye başlamıştır. Ancak DSM-V'te yer alması olası bir tanı olarak düşünülen Ortoreksiya Nervoza ile erken dönem uyum bozucu şemaların ilişkisini inceleyen bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Bu durumda literatürdeki boşluğu doldurmak adına Ortoreksiya Nervoza'yı karakterize eden özellikler ile erken dönem uyum bozucu şemaların benzer yönleri değerlendirilmiştir.

Şema Terapi perspektifinde şemalar bireyin erken yaşantısında temel bakım vereni ile arasındaki etkileşimle oluşmaya başlar ve zaman ilerledikçe kalıplaşarak dirençli yapılar haline gelir (Riskind ve Alloy, 2006). Uygun şekilde karşılanmayan temel duygusal ihtiyaçlar ile bireyin doğuştan getirdiği mizacın arasındaki ilişkinin erken dönem uyum bozucu şemaların oluşumuna katkı sağladığı düşünülmektedir (Young vd., 2003). Olumsuz yaşantılar, duygular, bilişler ve fiziksel tepkilerden oluşan şemalar, bireyin başa çıkma mekanizmalarında rol oynamaktadır. Psikopatolojilerde de belirleyici rol oynayan kişinin kendine ve çevresine dair inançları da şema düzeyinde yer alabilmektedir (Jenkins vd., 2019). Yetişkinlikte ortaya çıkan beslenme bozukluklarının temelinde erken dönem uyum bozucu şemaların oluşmasında etkisi olduğu düşünülen ebeveyn ve çocuk ilişkisindeki uyumsuz bilişlerin olduğu öne sürülmektedir (Alantar ve Maner, 2008). AN ve BN tanılı hastalar tarafından daha güçlü şekilde tutulan uyum bozucu şemalar, bozulmuş yeme davranışını yordamaktadır (Leung vd., 1999). Bu bilgilerin ışığında, belirli erken dönem uyum bozucu şemalara sahip olmanın ortorektik eğilim üzerinde hazırlayıcı bir etkisinin olabileceği; dolayısıyla bazı şema boyutlarındaki yükselmelerin ortorektik eğilimi yordayıcı faktörlerden biri olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın amaç ve hipotezlerine uygun olarak her bir şema boyutunun ortorektik eğilim ile arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Araştırma sonuçları duygusal yoksunluk, başarısızlık, iç içe geçme, kendini feda, terk edilme ve kusurluluk şema boyutlarında ortorektik eğilim ile anlamlı düzeyde bir ilişki gözlemlenmemiştir. Değişkenler arasında en yüksek ilişkiyi onay arayıcılık şema boyutu göstermiştir.

Onay arayıcılık şema puanları ile ORTO-11 puanları arasında negatif yönlü olduğu tespit edilen anlamlı ilişki, onay arayıcılığın ortorektik eğilim ile birlikte yükselmesi ekinde yorumlanabilir. Bu noktada, araştırma hipotezleri ile tutarlı bir sonuç elde edildiği

söylenbilir. Onay arayıcılık şemasına sahip kişiler için diğerlerinin onayı, dikkati ve ilgisi oldukça önemlidir ve öz benlik gelişimleri diğerlerinden gelen onay doğrultusunda gerçekleşir (Rafaeli vd., 2011). Başkalarının hayranlığını, ilgisini, onayını, dikkatini çekebilmek için kendi istek ve tepkilerini kabul göreceği doğrultuda şekillendiren kişide görünüş, statü veya başarı ile aşırı meşguliyet görülebilir. Kişinin sağlığını optimum düzeye ulaştırmak ve hayat kalitesini arttırmak adına sağlıklı gıda seçimi yapması toplum tarafından kabul gören, desteklenen ve son zamanlarda da buna yönelik farkındalığın artış gösterdiği bir durumdur (Brytek-Matera, 2017). Toplum tarafından onaylanan ‘sağlıklı beslenmenin’, ON’da zamanla takıntı haline gelerek kişinin hayat kalitesini etkilediği bilinmektedir (Dunn ve Bratman, 2016). Başkaları tarafından reddedilmeye aşırı duyarlılığın görüldüğü onay arayıcılık şemasına sahip kişilerin (Young ve Klosko, 1994), onay kazanabilmek adına sağlıklı beslenmeye başlayabileceği ve diğer faktörlerin de uygunluğu ile bunun ON olarak adlandırılan takıntıya dönüşebileceği bu bilgiler ışığında düşünülmektedir; dolayısıyla onay arayıcılık şemasının varlığının ON açısından bir risk faktörü olarak değerlendirilmesi önerilmektedir.

Yüksek standartlar şema puanları ile ORTO-11 arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmuştur. ORTO-11 ölçeğinden alınan düşük puanların ortorektik eğilimin yükselmesi anlamına geldiği göz önünde tutulduğunda kişilerin ortorektik eğilimleri arttıkça yüksek standartlar şemasında da artış gözlemlendiği söylenebilir. Bu durumda araştırma hipotezleri ile tutarlı bir sonuç elde edilmiştir. Başarı, performans ve ahlaki değerlere ilişkin katı kuralların içselleştirilmesi ile karakterize olan ve kişinin mükemmeliyetçi yönde davrandığı şema boyutu (Young vd., 2003), ortorektik eğilimde görülen beslenmedeki kısıtlayıcılık ve içeriğe olan katı tutum ile mükemmeli talep etmesinin (Varga vd., 2013) tutarlı olduğu düşünülmüştür. Ortorektik eğilim gösteren kişi kısıtlayıcı ve katı diyet listeleri ile aslında kendisine kontrolcü yaklaşarak yüksek standartlar belirlemede ve bu standartları karşılayamadığı takdirde suçluluk duygusu hissederek kendine karşı eleştirel bir tavır almaktadır (Varga vd., 2013). Ortorektik bireylerde görülen mükemmeliyetçilik (Brytek-Matera, 2012) de yine Yüksek Standartlar Şeması altında değerlendirilebilecek bir özelliktir.

Cezalandırılma şeması ile ortorektik eğilim puanları negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki göstermektedir. Bu ilişki araştırma hipotezleri ile tutarlı bir sonuç göstermektedir. Kişinin hata yapması durumunda cezalandırılması gerektiğine olan inancı, kendilerine ve başkalarına yönelik hata toleransının düşük olmasına neden olur. İnsanların kusurlu olabileceğini kabul etmekte güçlük çeken bu kişilerde mükemmeliyetçiliğe rastlanması, ortorektik eğilimde görülen katı diyet kuralları (Varga vd., 2014) ve mükemmeliyetçilik (Brytek-Matera, 2012) ile örtüşmektedir. Kişinin sağlıksız olarak etiketlediği bir gıdayı tükettiğinde kendini cezalandırmasının (Kinzl vd., 2006) bu şemanın aktive olmasından ileri gelebileceği düşünülmektedir.

Ortorektik eğilim ile tehditler ve hastalıklar karşısında dayanıksızlık şeması arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş, araştırma hipotezleri ile tutarlı bir sonuç elde edilmiştir. Başka bir deyişle, ortorektik eğilim yükseldikçe kişinin başına kötü bir şey geleceğini ve bu durumla başa çıkamayacağını düşünmesi ile karakterize olan tehditler

ve hastalıklar karşısında dayanıksızlık şeması artış göstermektedir. ON çerçevesinde değerlendirildiğinde, kişinin sağlığını koruma, hastalıklardan korunma gibi motivasyonlarla geliştirdiği sağlıklı beslenme takıntısı, kişinin belirlediği 'sağlıklı' gıdalar harici bir tüketim yapmaktan kaçınması olarak tanımlanmaktadır (Bratman ve Knight, 2000). 'Sağlıklı' gıdalar harici bir tüketimin sonucunun felaket olacağını, hastalanacağını veya zarar göreceğini düşünmesi (Dunn ve Bratman, 2016) tehditler ve hastalıklar karşısında dayanıksızlık şeması ile benzerlik göstermektedir. Bu şema dahilinde kişide kontrolünün dışında olayların gelişebileceğine yönelik kaygısının da bulunduğu ele alınmaktadır (Young vd., 2003). ON tablosunda birey beslenme ve yemek hazırlığı üzerinde kontrol sağlayamadığında kaygılanmaktadır; bazı durumlarda yakın çevresinin de beslenmesi üzerinde kontrol sağlamayı talep edebilmektedir (Varga vd., 2013). Bu şemanın varlığının ON tablosu açısından bir risk faktörü olarak ele alınabileceği düşünülmektedir.

Dışarıda yemek yemek, partiye katılmak, tek başına yemek yemek gibi kişinin beslenmesi üzerinde kontrol sağlayamadığı durum ve ortamlardan kaçınmasıyla sosyal işlevselliğinde düşüşlerin görüldüğü ON'nın (Bratman ve Knight, 2000; Moroze vd., 2015), sosyal izolasyon şemasında görülen diğer insanlardan farklı olduğunu düşünme ve bu nedenle dış dünyadan izole olma (Rafaeli vd., 2011) ile paralellik gösterdiği düşünülmektedir. Araştırma hipotezleri ile tutarlı olarak çalışmada edinilen bulgular sosyal izolasyon şeması yükseldikçe ortorektik eğilimin artış gösterdiğini işaret etmektedir. Sosyal izolasyon şemasının, ortorektik bireylerin sosyal ve günlük işlevselliklerinde meydana gelen düşüslere ikincil olarak yükselebileceği düşünülmektedir.

Olumsuzluk/karamsarlık şeması, kişinin yaşamdaki olumsuzluklara ısrarcı bir odaklanma göstermesi, ortorektik eğilim ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Araştırma hipotezleri arasında bulunmayan bu ilişki, literatür ışığında değerlendirildiğinde şaşırtıcı değildir. Bu şemada kişi hayatın olumlu yönlerini minimize etme eğilimindedirler (Young ve Klosko, 1994). Aşırı uyarılma ve baskılama şema alanın altında yer edinen bu şema, ortorektik eğilim ile anlamlı ilişki gösteren duyguları baskılama, yüksek standartlar ve cezalandırıcılık şeması ile aynı alanda yer almaktadır. Besinlerde organik içerikli ve katkısız olmayan gıdanın varlığında hissedilen kaygı ve kaçınması, beslenme davranışını kişi için haz verici bir aktivite olmaktan çıkarmaktadır (Segura-Garcia, 2015). Kişi, beslenme eyleminden ziyade içeriğine ve kalitesine odaklanmaktadır. Kişinin, istenmeyen veya kontrol edilemeyen bir içeriği tüketmesinin olumsuzlukla sonuçlanacağına dair abartılı bilişleri ve kaygısı (Brytek-Matera, 2012) olumsuzluk şemasının bir çıktısı olabileceği düşünülmektedir.

Ayrıcalıklılık şeması ise ortorektik eğilim gösteren bireylerin kendi beslenme biçimlerinin üstün olduğu, bu şekilde beslenerek erdemli olduklarını varsaymaları ve diğerlerinin beslenmeleri üzerinde kontrol sahibi olmaya çalışmaları ile yorumlanabilir (Varga vd., 2013). Ayrıcalıklılık şemasında kişinin başkalarından daha üstün olduğuna ve ayrıcalıklara sahip olması gerektiğine olan inancı, kontrolcü ve manipülatif tutumlara yol açmaktadır (Young vd., 2003). Bu çalışmada ON eğilimi ile ayrıcalıklılık şeması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmıştır.

Duyguları baskılama şeması ile ortorektik eğilim arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir ve bu bulgu, araştırma hipotezleri arasında bulunmamaktadır. Duyguları baskılama şemasının yüksek olduğu kişiler yalnızca olumsuz değil; olumlu duyguların yanı sıra cinsel arzu, oyun gibi haz verici dürtü ve istekleri de kontrolü kaybetme endişesi ile baskılanmaktadır (Young vd. 2003). Duyguları değersizleştirerek rasyonelliğe aşırı vurgu yapan bu kişiler, başkaları tarafından onay görmeme, utanç duyma, eleştiriden kaçınma gibi muhtemel durumlardan kaçınmaya çalışır. Araştırma hipotezleri arasında bulunmayan bu ilişki, ON'da görülen kontrol duygusunun yiyecekleri sınırlandırarak sağlamaya çalışmak ile (Brytek Matera vd., 2015b) paralel görülmektedir.

Kişinin kendini diğerlerinden daha başarısız hissettiği ve yetersiz olduğuna inancı ile karakterize olan başarısızlık şeması (Rafaeli vd., 2011) ile ortorektik eğilim arasında bir ilişki olabileceği hipotezi kurulsa da bu çalışma kapsamında bir ilişki tespit edilmemiştir. Kişinin beslenmesi üzerine koyduğu katı kuralları erdemli ve üstün bir tutum sergilemek olarak nitelendirmesi ile kendini daha başarılı hissedeceği yorumu üzerine kurulan hipotez, araştırma bulguları sonucunda aralarında bir ilişki tespit edilmemesi nedeni ile reddedilmiştir.

Duygusal yoksunluk, iç içe geçme/bağımlılık, kendini feda, terk edilme ve kusurluluk şemaları ile ortorektik eğilim üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bu çalışma kapsamında bulunmamıştır.

Terk edilme şeması ile ortorektik eğilim arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamasına karşın sosyodemografik değişkenler ile birlikte yürütülen regresyon analizi sonucunda varyansı yordadığı saptanarak modele eklenmiştir. Terk edilme şeması kişinin duygusal bağ kurduğu bireyler tarafından terk edileceği, onları kaybedeceği veya ilişkisinin sonlanacağına dair inancı ile karakterizedir (Young vd., 2003). Terk edilme şemasına sahip bireylerin aileleri tarafından koşullu kabule dayalı bir yapı içerisinde yetiştirilmeleri (Young, 1999), bu çalışmada ON'nın yordayıcısı olarak belirlenen şemalardan onay arayıcılık şemasını yorumlaması sebebiyle modele diğer sosyodemografik değişkenler ile birlikte girdiği düşünülmektedir. Araştırma hipotezi açısından beklenmedik olan bu bulguya ilişkin ilgili literatürde de bir çalışmaya rastlanmamıştır.

5.3. Ortoreksiya Nervoza'nın Sınıflandırılması

Son olarak araştırma bulguları ON'nın ilişkili olduğu tespit edilen şema boyutları ile benzerlik gösterdiği düşünülen YB'nda ve OKB'de görülen şema boyutları açısından ilgili literatür çerçevesinde karşılaştırılmıştır. Bu kısmın, henüz tanı sınıflandırılmalarına dahil edilmemiş ON'nın YB ya da OKB başlığı altında yer alması gerektiğini ya da bağımsız bir tanı grubu oluşturulması gerekliliğini tartışan çalışmaları destekleyici nitelikte olacağı düşünülmektedir.

5.3.1. Şema Boyutları Açısından Obsesif Kompulsif Bozukluğun ve Araştırma Bulgularının Karşılaştırılması

Ortoreksiya Nervoza’da görülen sağlıklı gıdalara ulaşma ve tüketmeye ilişkin intrusif düşüncelerin varlığı, organik ve katkısız olduğu düşünülen gıdalar harici besin tüketiminde bireyin yoğun bir endişeye kapılması, yemek hazırlığına ve tüketime ilişkin davranış kalıpları ve ritüellerinin bulunması gerekçesi ile çalışmacıların bir kısmı ON’nin OKB spektrumunda yer alması gerektiğini savunmaktadır (Gleaves vd., 2013; Koven ve Abry, 2015). Katı beslenme kurallarının dışına çıkıldığında bireylerde görülen endişe ile kompulsiyonların tamamlanamamasının sonuçlarının felaket olacağı düşüncesinde görülen endişenin benzer olduğu düşünülmektedir (Poyraz vd., 2015). Şema perspektifinden değerlendirildiğinde bu durumun tehditler ve hastalıklar karşısında dayanıksızlık ile karamsarlık şemasına benzerlik gösterdiği söylenebilir. Alanyazındaki OKB üzerine yapılmış çalışmalar incelendiğinde de tanı almamış grup ile OKB tanılı grubu karşılaştıran bir çalışmada onay arayıcılık, yüksek standartlar, başarısızlık, sosyal izolasyon ve tehditlere karşı dayanıksızlık şema boyutlarında yükselmeler olduğu görülmüştür (Atalay vd., 2008). Mevcut çalışma bulgularında ON ile ilişkili bulunan şema boyutlarının, Atalay ve arkadaşlarının (2008) OKB’yi incelediği çalışmasında bildirdiği şema boyutları ile tutarlı olduğu görülmüştür.

OKB ile tanı almamış grubu kıyaslayan başka bir çalışmada kusurluluk, sosyal izolasyon ve başarısızlık şemaları (Tenore vd., 2018); Türkiye’de yapılan diğer bir çalışmada ise kendini feda, sosyal izolasyon, duygusal yoksunluk, ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim, kusurluluk, cezalandırıcılık, başarısızlık ve iç iç geçmiş benlik/ bağımlılık boyutlarında anlamlı ölçüde yüksek puanlar görüldüğü bildirilmiştir (Karahan, 2006).

Yeme bozuklukları ile OKB tanılı kişilerin erken dönem uyum bozucu şemalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada OKB tanılı kişilerin bağımlılık/iç içe geçme, tehditlere karşı dayanıksızlık, terk edilme ve ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim şema boyutlarından daha yüksek puan aldığı; YB tanılı grubun ise duyguları baskılama şemasında yüksek puan aldığı bildirilmiştir (Voderholzer vd., 2014). Mevcut çalışmada elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, ON ile terk edilme ve bağımlılık/iç içe geçme şemaları arasında korelasyon tespit edilmese de terk edilme şemasının regresyon analizinde ortoreksiya nervoza varyansını yordayan bir değişken olduğu tespit edilmiştir. OKB ile YB arasında benzer şemaların olabileceği sonucuna ulaşılan çalışmanın bulguları (Voderholzer vd., 2014), mevcut çalışmanın bulguları ile paralellik göstermektedir. ON’da görülen fiziksel rahatsızlığı iyileştirme veya sağlığını optimum düzeye ulaştırarak hastalıklardan korunma ile örtüşen tehditler ve hastalıklara karşı dayanıksızlık şeması OKB’deki obsesyonların içeriği, özellikle bulaş/temizlik obsesyonu ve duyulan kaygıyı gidermek adına yineleyici davranışlar ile örtüşmektedir. Buna ek olarak ON’daki beslenme davranışı ve kalitesi üzerinde kontrol sağlayarak üstünlük duygusu hissetme (Varga vd., 2013), YB’nda görülen yeme üzerinde kontrolü sağlamada zorlanma ile OKB’de kompulsiyonlar üzerinde denetim sağlayamama ayrıcalıklılık/ yetersiz öz denetim şeması ile örtüşmektedir.

Bireyin kendine koyduğu katı kurallar, kurallara bağlı kalmaya çalışırken harcadığı vakit ve diğer işlere kalan kısıtlı zamanın işlevsellikte düşüşe neden olması gibi semptomlar

ON ile OKB'nin benzer niteliklere sahip olduğunu düşündürmektedir (Donini vd., 2004). Şema açısından sosyal izolasyon şemasının aktif hale gelmesini mümkün kılacak bu semptom (Tenore vd., 2018), mevcut çalışmada tespit edilen anlamlı düzeydeki ilişkiyi açıklamaktadır. ON'yı şema çerçevesinde değerlendirdiğimizde, OKB'de görülen şemalar ile benzerlik gösterdiği düşünülmektedir.

5.3.2. Şema Boyutları Açısından Yeme Bozukluklarının ve Araştırma Bulgularının Karşılaştırılması

Literatürdeki YB ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkinin incelendiği çalışma bulguları, bu çalışma kapsamında ilişkili bulunan şema boyutları ile karşılaştırılmıştır. Bu çalışma kapsamında onay arayıcılık, yüksek standartlar, tehditler ve hastalıklar karşısında dayanıksızlık, cezalandırılma, karamsarlık, ayrıcalıklılık, sosyal izolasyon ve duygu bastırma şema puanları ortorektik eğilim ile ilişkili bulunmuştur. Adımsal metot ile geliştirilen doğrusal regresyon modelinde ise çoklu doğrusallık hatasının engellenmesi adına yüksek standartlar ve onay arayıcılık şemalarının ortorektik eğilimi yordayan şemalar olduğu sonucuna varılmıştır. Bu çalışmanın ON'nin sınıflandırılması konusunda literatürdeki tartışmalara yeni bir perspektif kazandıracığı düşünülmektedir.

Araştırmacıların bir kısmı ON tablosunun YB ile benzerlik gösteren semptomları bulunması sebebiyle bu spektrumun içinde yer alması gerektiğini savunmaktadır (Brytek-Matera, 2012; Varga vd., 2014). Tanı almamış grup ile YB tanılı grubun kıyaslandığı bir çalışmada zedelenmiş sınırlar ile aşırı uyarılma şema alanında, bu çalışmadaki şema boyutları ile tutarlı yönde, yükselmeler bulunmuştur (Dingemans vd., 2006). Zedelenmiş sınırlar ile aşırı uyarılma şema alanına olumsuzluk/karamsarlık, duyguları baskılama, yüksek standartlar ve cezalandırıcılık şemaları dahil edilmiştir. Türkiye'de yapılmış çalışmalara bakıldığında ise yeme tutum bozukluğu ele alınmış; yüksek standartlar, tehditler karşısında dayanıksızlık, yetersiz öz denetim ve güvensizlik şemalarında anlamlı ölçüde farklılaşma bulunmuştur (Batur, 2004). Çalışmaya paralel olan bu bulguların, ON tablosunda görülen kısıtlama ile karakterize yeme davranışındaki bozulmalar ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

BN'daki uyum bozucu şemalar incelendiğinde kusurluluk, duyguları baskılama, başarısızlık ve ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim şemalarında yükselmeler olduğu (Meyer, 2001); başka bir çalışmada ise kusurluluk şema puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Waller, 2000). Bu çalışmada kusurluluk ve başarısızlık şemaları ile ortorektik eğilim arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiş; diğer değişkenler ile var olan istatistiksel açıdan anlamlı ilişki çalışmanın önceki kısımlarında detaylı işlenmiştir. Yiyeceğe ilişkin zihinsel meşguliyet, AN ve BN'de yiyecek miktarı ile ilgili iken ON'de yiyeceğin içerik ve kalitesine odaklıdır (Donini vd., 2004; Segura-Garcia, 2015). BN'de ve AN'nin tıknırcasına yeme/çıkarma alt tipinde görülen telafi edici davranışlar, ON'de 'sağlıksız/yasaklı' içerikli bir besin tüketiminde bir cezalandırma davranışına ve dolayısı ile cezalandırılma şemasına benzer olarak görülebilir.

AN tanılı kişilerin kilo alma korkusunun temelinde mükemmeliyetçi tutumun bulunduğunu saptayan bir çalışmaya ek (Davison ve Neale, 2004); AN tanılı kadınlarda

mükemmeliyetçiliğin, tanısı olmayan sağlıklı gruba kıyasla daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Halmi vd., 2000). Bu çalışmada başarısızlık şeması ile ON eğilimi arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiştir, ancak istatistiksel açıdan anlamlı ilişki tespit edilen yüksek standartlar, onay arayıcılık ve ayrıcalıklılık şemaları ile ON'de ve AN'da ortak olarak görülen mükemmeliyetçilik ve üstünlük inancı ile bahsi geçen çalışmalardaki bulguların tutarlı olduğu düşünülmüştür. Şema terapi ve motivasyonel iyileştirmeye dayalı terapinin konu alındığı bir çalışmada ise yüksek standartlar şemasının AN tanılı hastalarda yüksek olduğu bulunmuştur (George vd., 2004). Yüksek standartlar şemasına sahip kişilerin eleştiriden kaçınması ve kendilerine dönük aşırı eleştirel bir tutuma sahip olması sonucu mükemmele ulaşma isteği AN ve ON tablosunda görülen ortak bir şema olarak düşünülmektedir.

YB'nda görülen zayıf olma arzusu ve ağırlık değişimine yönelik kaygının şekillendirdiği yiyecek seçimleri, ON'de sağlığı optimize etme motivasyonu ile organik ve temiz içerikli gıdalardan yana yapılıdır. (Brytek-Matera vd., 2015). Ancak ağırlık değişimine ilişkin kaygıların ON'de örtük olarak görülebileceği ve sağlıklı beslenme gibi toplumsal olarak kabul gören bir davranış ile maskelenerek rasyonelize edildiğine ilişkin güncel çalışmalar da mevcuttur (Barnes ve Caltabiano, 2017; Bartel vd., 2020; Domingues ve Carmo, 2020). Bu çalışmada ilişkili bulunan onay arayıcılık şemasının bir uzantısı olarak düşünülebilecek bu örtük istek, diğer semptomlar ile bir bütün olarak ele alındığında ON'nin yeme bozukluklarına daha yakın bir yerde konumlandırılması gerektiğini düşündürmektedir.

ON belirtilerinin remisyon evresindeki YB tanılı kişilerde gösterdiği artış (Segura-Garcia vd., 2015) ile kişinin yeme bozukluğu öyküsünün varlığının ON yordayıcısı olarak belirtilmesi (Barnes ve Caltabiano, 2017) ON'nin sınıflandırılması açısından önemli görülen noktalar olarak belirlenmiştir. Çalışmada kurulan regresyon modeline dahil edilen değişkenlerden egzersiz sıklığı, kilo memnuniyeti ile terk edilme, karamsarlık, yüksek standartlar ve onay arayıcılık şemaları dikkate alındığında ve çalışma kapsamında verilen bilgiler ışığında ortaya çıkan tablonun yeme bozukluklarında görülen tablo ile benzerlik gösterdiği düşünülmektedir.

5.4. Sınırlılıklar ve Öneriler

Yürütülen araştırmanın literatüre sağladığı katkının yanı sıra bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Örneklemin %80'inin 18-30 yaş arası kişilerden oluşması, araştırmanın genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Gelecek çalışmalarda farklı yaş gruplarının dahil edilmesi, istatistiksel açıdan daha güçlü sonuçlara ulaşılmasını sağlayabilir.

Gelecekteki çalışmalarda ON eğiliminin şema perspektifinden klinik örneklem ile karşılaştırılarak incelenmesi, zeminde bulunan şemalara ilişkin daha derin bilgi edinilmesine ışık tutabilir. Klinik örneklem ile gerçekleştirilecek çalışmalarda nitel teknikler kullanılarak bilgi toplanması önerilebilir.

Verilerin çevrimiçi ortamda toplanmış olması ve öz bildirim ile elde edilmiş olmasının araştırma sonuçlarını etkileyebileceği düşünülmektedir. Katılımcıların çalışmaya çevrimiçi erişimleri sebebiyle katıldıkları ortam şartlarının düzenlenememesi bir kısıtlılık

olarak görülmüştür. Öz bildirim ile elde edilen verilerde kayıp yaşanmamış, tüm katılımcılar soruları eksiksiz yanıtlamıştır. Çalışmada gelişigüzel doldurmanın önüne geçebilmek adına önlemler alınmış olsa da benzer değişkenleri içerecek gelecek çalışmalarda bu hususa dikkat edilmesi önerilmektedir.

Henüz Ortoreksiya Nervoza'ya ilişkin tanı kriterlerinin bulunmayışı, geçerlik açısından güçlü bir ölçek geliştirilmesini de sınırlamaktadır. Ölçek iç tutarlılık analizleri sonucu elde edilen sonuç kabul edilebilir düzeyde olsa da gelecekte geliştirilecek yeni testler aracılığı ile ON'nin şema perspektifinden ele alınmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Gelecekteki araştırmaların, mevcut çalışmadaki sınırlılıkları dikkate alınarak geliştirilmesinin literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA**Makaleler**

- Abramowitz, J. S. ve Jacoby, R. J. (2015). Obsessive-compulsive and related disorders: a critical review of the new diagnostic class. *Annual Review of Clinical Psychology*, *11*, 165-186. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153713>
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A. ve Furr, J. M. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(6), 1049-1057. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.1049>
- Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T. ve Kraemer, H. C. (2000). A multicentre comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 459-466.
- Aksoydan E. ve Çamcı N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eat Weight Disord*, 33-37.
- Alantar, Z. ve Maner, F. (2008). Bağlanma kuramı açısından yeme bozuklukları. *Psichiatri*, *9*, 97-104.
- Almeida, C., Borba, V.V. ve Santos, L. (2018). Orthorexia nervosa in a sample of Portuguese fitness participants. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *23*(4), 443-451. doi: 10.1007/s40519-018-0517- y
- Altman, S. E.ve Shankman, S. A. (2009). What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders? *Clin Psychol Rev*, *29*, 638-646.
- Arslantaş, H., Adana, F., Öğüt, S., Ayakdaş, D. ve Korkmaz, A. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin yeme davranışları ve ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) ilişkisi: kesitsel bir çalışma. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, *8*(3), 137- 144. doi: 10.14744/phd.2017.36854
- Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G. ve Merdol, T. K. (2008). Ortoreksiya Nervoza ve Orto-11'in Türkçeye uyarılma çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *19*(3), 283-291.
- Asil, E. ve Sürücüoğlu, M.S. (2015). Orthorexia nervosa in Turkish dietitians. *Ecol Food Nutr*, *54*(3), 303
- Atalay, H., Atalay, F., Karahan, D. ve Caliskan, M. (2008). Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study.

- International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 12(4), 268-279. <https://doi.org/10.1080/13651500802095004>
- Bağcı Bosi, A. T., Çamur, D. ve Güler, Ç. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*, 49(3), 661-666. doi: 10.1016/j.appet.2007.04.007
- Bailer, U.F. ve Kaye, W.H (2010). Serotonin: Imaging Findings in Eating Disorders. In: Adan, R., Kaye, W. (eds) *Behavioral Neurobiology of Eating Disorders. Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 6. Springer, Berlin, Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/7852.2010.78>
- Bardone-Cone, A. M., Fitzsimmons-Craft, E. E., Harney, M. B., Maldonado, C.R., Lawson, M. A., Smith R. ve Robinson, D. P. (2012). The interrelationships between vegetarianism and eating disorders among females. *J Acad Nutr Diet*. 112(8), 1247–1252.
- Barnes, M. ve Calbiano, M. L. (2017). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eat Weight Disord*, 22, 177–184.
- Barrada, J. R. ve Roncero, M. (2018). Bidimensional structure of the orthorexia: Development and initial validation of a new instrument. *Anales de Psicología*, 34(2), 283-291.
- Barthels, F., Barrada, J. R. ve Roncero, M. (2019a). Orthorexia nervosa and healthy orthorexia as new eating styles. *PLOS ONE*, 14(7), e0219609. doi:10.1371/journal.pone.0219609
- Barthels, F., Kisser, J. ve Pietrowsky, R. (2020). Orthorexic eating behavior and body dissatisfaction in a sample of young females. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-5. doi: 10.1007/s40519-020-00986-5
- Barthels, F., Kisser, J. ve Pietrowsky, R. (2021). Orthorexic eating behavior and body dissatisfaction in a sample of young females. *Eating and weight disorders : EWD*, 26(6), 2059–2063. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00986-5>
- Barthels, F., Meyer, F., Huber, T. ve Pietrowsky, R. (2017). Orthorexic eating behaviour as a coping strategy in patients with anorexia nervosa. *Eating and weight disorders : EWD*, 22(2), 269–276. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0329-x>
- Barthels, F., Poerschke, S., Müller, R. ve Pietrowsky, R. (2019b). Orthorexic eating behavior in vegans is linked to health, not to animal welfare. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(3), 817-820. doi:10.1007/s40519-019-00679-8

- Bartrina, J. A. (2007). Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession. *Archivos Latinoamericanos Nutricion*, 57(4), 313-315
- Basile, B., Tenore, K., Luppino, O. ve Mancini, F. (2017). Schema therapy mode model applied to OCD. *Clinical Neuropsychiatry*, 14. 407-414.
- Baumgarten, H. ve Grozdanovic, Z. (1998). Role of serotonin in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173(S35), 13-20. doi:10.1192/S0007125000297857
- Bidadian M., Bahramizadeha H. ve Poursharifi H. (2011). Obesity and quality of life: The role of early maladaptive schemas. *Social and Behavioral Sciences*, 30, 993-998.
- Blakey, S. M., Abramowitz, J. S., Reuman, L., Leonard, R. C. ve Riemann, B. C. (2017). Anxiety sensitivity as a predictor of outcome in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 57, 113-117.
- Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C. ve Leckman, J. F. (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1532-1542. <https://doi.org/doi:10.1176/appi.focus.130209>
- Bóna, E., Szél, Z., Kiss, D. ve Gyarmathy, V. A. (2019). An unhealthy health behavior: analysis of orthorexic tendencies among Hungarian gym attendees. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(1), 13-20. doi: 10.1007/s40519-018-0592-0
- Bould, H., Newbegin, C., Stewart, A., Stein, A. ve Fazel, M. (2017). Eating disorders in children and young people. *BMJ (Clinical research ed.)*, 359, j5245. <https://doi.org/10.1136/bmj.j5245>
- Bratman S (1997) Health food junkie. *Yoga J* September/October: 42–50.
- Bratman, S. (2017). Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eat Weight Disord* 22, 381–385. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0417-6>
- Brytek-Matera, A. (2012) Orthorexia nervosa—an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Arch Psychiatr Psychother* 14(1):55–60
- Brytek-Matera, A. (2014). Healthy eating obsession in women with anorexia nervosa: a case control study.
- Brytek-Matera, A., Czepczor-Bernat, K., Jurzak, H., Kornacka, M. ve Kołodziejczyk, N. (2019). Strict health-oriented eating patterns (orthorexic eating behaviours) and their connection with a vegetarian and vegan diet. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(3), 441-452. doi: 10.1007/s40519-018-0563-5

- Brytek-Matera, A., Donini, L. M., Krupa, M., Poggiogalle, E. ve Hay, P. (2015a). Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 1-8. doi: 10.1186/s40337-015-0038-2
- Brytek-Matera, A., Fonte, M. L., Poggiogalle, E., Donini, L. M. ve Cena, H. (2017). Orthorexia nervosa: relationship with obsessive-compulsive symptoms, disordered eating patterns and body uneasiness among Italian university students. *Eating and weight disorders : EWD*, 22(4), 609–617. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0427-4>
- Brytek-Matera, A., Gramaglia, C., Gambaro, E., Delicato, C. ve Zeppegno, P. (2018). The psychopathology of body image in orthorexia nervosa. *Journal of Psychopathology*, 24(3), 133–140.
- Brytek-Matera, A., Rogoza, R., Gramaglia, C. ve Zeppegno, P. (2015b). 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
- Butcher, J. N., Mineka, S. ve Hooley, J. M. (2013). *Anormal Psikoloji* (O. Gündüz, Çev). İstanbul: Kaknüs Yayınları. (Orjinal çalışma basım tarihi 2011).
- Canbaz, E. ve Özsöz, C. (2020). Sağlıklı Beslenme Takıntısının Sosyolojik Bağlantıları. *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*. 40(1):279-308.
- Catalina Zamora, M.L., Bote Bonaecha B., Garcia Sánchez F. Ve Rios Rial B., (2005). Orthorexia nervosa: A new eating behavior disorder? *Actas Esp Psiquiatr*. 33 (1), 66-68.
- Cena, H., Barthels, F., Cuzzolaro, M., Bratman, S. Brytek-Matera, A., Dunn, T., Varga, M., Missbach, B. Ve Donini, L.M. (2019). Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eating and Weight Disord*. 24(2), 209-246. Doi:10.1007/s40519-018-0606-y.
- Chaki, B., Pal, S. ve Bandyopadhyay, A. (2013) Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: a newly emerging eating disorder. *Journal of Human Sport Exercise*. 8(4):1045–53.
- Costa C. B., Hardan-Khalil, K. ve Gibbs K. (2017) Orthorexia nervosa: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 38, 980-988. doi: 10.1080/01612840.2017.1371816
- DeBois, K. ve Chatfield, S. L. (2020). Misinformation, thin-ideal internalization, and resistance to treatment: an interpretive phenomenological analysis of the experience of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-11. doi: 10.1007/s40519-020-01049-5

- Dell'Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Massimetti, G., Pini, S., Rivetti, L., Gorrasi, F., Tognetti, R., Ricca, V. ve Carmassi, C. (2016). Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population. *Rivista di psichiatria*, 51(5), 190–196. <https://doi.org/10.1708/2476.25888>
- Dell'Osso, L., Carpita, B., Muti, D., Cremone, I. M., Massimetti, G., Diadema, E., Gesi, C. ve Carmassi, C. (2018). Prevalence and characteristics of orthorexia nervosa in a sample of university students in Italy. *Eating and weight disorders: EWD*, 23(1), 55–65. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0460-3>
- Dellava, J. E., Hamer, R. M., Kanodia, A., Reyes-Rodriguez, M. L. ve Bulik, C.M. (2011). Diet and physical activity in women recovered from anorexia nervosa: A pilot study. *Int J Eat Disord*, 44(4), 376–382.
- Depa, J., Barrada, J. R. ve Roncero, M. (2019). Are the motives for food choices different in orthorexia nervosa and healthy orthorexia?. *Nutrients*, 11(3), 697. doi: 10.3390/nu11030697
- Dingemans, A. E., Spinhoven, P. ve Van Furth, E. F. (2006). Maladaptive core beliefs and eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 7(3), 258-265.
- Domingues, R. B. ve Carmo, C. (2020). Orthorexia nervosa in yoga practitioners: relationship with personality, attitudes about appearance, and yoga engagement. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(3), 789-795. doi: 10.1007/s40519-020-00911-w
- Donini, L., Marsili, D., Graziani, M., Imbriale, M. Ve Cannella, C. (2005) Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord*, 10, 28-32.
- Donini, L., Marsili, D., Graziani, M., Imbriale, M. ve Cannella, C. (2004), Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat Weight Disord.*, 9(2), 151-156. Doi: 10.1007/BF03325060
- Dunn, T. M. ve Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11–17.
- Dunn, T.M. Gibbs, J., Whitney, N. ve Starosta, (2016). A. Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1%: data from a US sample. *Eat Weight Disord*, 1–8.
- Eriksson, L., Baigi, A., Marklund, B. ve Lindgren, E.C. (2008). Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 18, 389-394.

- Fairburn, C. G., Shafran, R. ve Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1–13.
- Fidan, T., Ertekin, V., Isikay, S. ve Kirpinar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum. *Turkey Compr Psychiatry*, 51(1). 49-54
- Fries, E. ve Coyle, RT. (1993). Stereotypes associated with a low-fat diet and their relevance to nutrition education. *J Am Diet Assoc*, 93, 551–5.
- Garnefski, N. ve Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659–1669.
- Garnefski, N. ve Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659–1669. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
- George, L., Thornton, C., Touyz, S. W., Waller, G. ve Beumont, P. J. (2004). Motivational enhancement and schema-focused cognitive behaviour therapy in the treatment of chronic eating disorders. *Clinical Psychologist*, 8(2), 81-85.
- Gibson, D., Workman, C. ve Mehler, P.S. (2019). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychiatry Clinical North America*, 42, 263–74.
- Gleaves, D. H., Graham, E. C. ve Ambwani, S. (2013). Measuring “orthorexia”: development of the Eating Habits Questionnaire. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 12(2), 1–18.
- Goldbloom, D. S., Olmsted, M., Davis, R., Clewes, J., Heinmaa, M., Rockert, W., et al. (1997). A randomized controlled trial of fluoxetine and cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa: Short-term outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 803–811.
- Grammatikopoulou, M. G., Gkiouras, K., Markaki, A., Theodoridis, X., Tsakiri, V., Mavridis, P., Dardavessis, T. ve Chourdakis, M. (2018). Food addiction, orthorexia, and food-related stress among dietetics students. *Eating and weight disorders : EWD*, 23(4), 459–467. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0514-1>
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6), 214–219. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00152>
- Gross, J.J. (2001) Emotion regulation in adulthood: timing is everything. *Current Trends in Psychological Science*, 10: 214-219.

- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W. H. ve Kaye, W. H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior. *The American journal of psychiatry*, 157(11), 1799–1805. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1799>
- Harris, A. E. ve Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 405-416.
- Hilbert, A. (2019). Binge-eating disorder. *Psychiatr Clin North Am* 42, 33–4
- Hoffman, L. W. (1977). Changes in family roles, socialization, and sex differences. *American Psychologist*, 32(8), 644–657.
- Hoffman, M.I. (1977) Sex Differences in Empathy and Related Behaviours. *Psychological Bulletin*, 84, 712-722. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.84.4.712>
- Jenkins, P. E., Morgan, C. ve Houlihan, C. (2019). Outpatient CBT for Underweight Patients with Eating Disorders: Effectiveness Within a National Health Service (NHS) Eating Disorders Service. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 47(2), 217–229. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000449>
- Khosravani, V., Mohammadzadeh, A. ve Sheidaei Oskouyi, L. (2019). Early maladaptive schemas in patients with schizophrenia and non-patients with high and low schizotypal traits and their differences based on depression severity. *Compr Psychiatry*, 88, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.011>
- Kim, J. E., Lee, S. W. ve Lee, S. J. (2014). Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive- compulsive disorder. *Psychiatry Res*, 215(1), 134-140. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.036>
- Kinzl, J.F., Hauer, K., Traweger C. ve Kiefer, I. (2006). Orthorexia nervosa in dieticians. *Psychother Psychosom*. 75(6), 395–396.
- Kizilgac, F. ve Cerit, C. (2019). Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda erken dönem uyumsuz şemaların incelenmesi. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 1(32), 14-22. <https://doi.org/10.14744/DAJPNS.2019.00003>
- Klopp, S.A., Heiss, C.J. ve Smith, H.S. (2003). Self-reported vegetarianism may be a marker for college women at risk for disordered eating. *J Am Diet Assoc*. 103(6), 745–747.
- Koven, N. ve Abry, A. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385–394.

- Koven, N.S. ve Senbonmatsu, N.A. (2013). Neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open J Psychiatry*, 3, 214-222.
- Kummer, A., Dias F.M. ve Teixeira, A.L. (2008). On the concept of orthorexia nervosa. *Scand J Med Sci Sports* 18(3), 395–396.
- Kwak, K. H. Ve Lee, S. J. (2015). A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry Res*, 230(3), 757-762. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.015>
- Leung, N., Waller, G. ve Thomas, G. (1999). Core beliefs in anorexic and bulimic women. *The Journal of nervous and mental disease*, 187(12), 736-741.
- Lopes, R., Melo, R. ve Dias Pereira, B. (2020). Orthorexia nervosa and comorbid depression successfully treated with mirtazapine: a case report. *Eating and weight disorders: EWD*, 25(1), 163–167. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0539-5>
- Luppino, O. , Tenore, K. , Mancini, F. and Basile, B. (2018) A Theoretical Integration of Schema Therapy and Cognitive Therapy in OCD Treatment: Goals and Beliefs of the Obsessive Mind (Part I). *Psychology*, 9, 2261-2277. doi: 10.4236/psych.2018.99129.
- Mac Evilly, C. (2001). The price of perfection. *Nutrition Bulletin*, 26(4), 275-276.
- Marcus, M. D. ve Wildes, J. E. (2009). Obesity: is it a mental disorder?. *The International journal of eating disorders*, 42(8), 739–753.
- Mathieu J. (2005), “What is orthorexia?” *J Am Diet Assoc.* pp 1510–1512.
- McComb, S. E. ve Mills, J. S. (2019). Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite*, 140, 50-75. doi: 10.1016/j.appet.2019.05.005
- Meyer, C., Leung, N., Feary, R. ve Mann, B. (2001). Core Beliefs and Bulimic Symptomatology in Non-Eating Disordered Women: The Mediating Role of Borderline Characteristics. *International Journal of Eating Disorders*, 30(4), 434-440.
- Mooney, K.M, DeTore, J. ve Malloy, KA. (1994) Perceptions of women related to food choice. *Sex Roles*, 31, 433–42.
- Moroze, R. M., Dunn, T. M., Holland, C., Yager, J. ve Weintraub, P. (2015). Microthinking about micronutrients: A case of transition from obsessions about healthy eating to near- fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 397– 403.

- Oberle, C. D. ve Lipschuetz, S. L. (2018). Orthorexia symptoms correlate with perceived muscularity and body fat, not BMI. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(3), 363-368. doi: 10.1007/s40519-018-0508-z
- Oberle, C. D., Samaghabadi, R. O. ve Hughes, E. M. (2017). Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite*, 108, 303–310. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.021>
- Özbaş, A. A., Sayın, A. ve Coşar, B. (2012). Üniversite sınavına hazırlanan öğrencilerde sınav öncesi anksiyete düzeyi ile erken dönem uyumsuz şema ilişkilerinin incelenmesi. *Bilişsel davranışçı psikoterapi ve araştırmalar dergisi*, 1(2), 81-89.
- Parra-Fernández, M. L., Rodríguez-Cano, T., Onieva-Zafra, M. D., Perez-Haro, M. J., Casero-Alonso, V., Fernández-Martinez, E. ve 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), 364. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1943-0>
- Plichta, M. ve Jezewska-Zychowicz, M. (2019). Eating behaviors, attitudes toward health and eating, and symptoms of orthorexia nervosa among students. *Appetite*, 137, 114-123. doi: 10.1016/j.appet.2019.02.022
- Poyraz, C. A., Tüfekçioğlu, E. Y., Özdemir, A., Baş, A., Kani, A. S., Erginöz, E. ve Duran, A. (2015). Relationship between orthorexia and obsessive-compulsive symptoms in patients with generalised anxiety disorder, panic disorder and obsessive compulsive disorder. *Yeni Symposium*, 53(4), 22-26. doi: 10.5455/NYS.20160324065040
- Ramacciotti, C.E., Perrone, P., Coli, E., Burgalassi, A., Conversano, C., Massimetti, G. ve Dell'Osso L. (2011). Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eat Weight Disord.* 16(2), 127–130.
- Riskind, J. H. ve Alloy, L. B. (2006). Cognitive vulnerability to psychological disorders: Overview of theory, design, and methods. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(7), 705-725.
- Roncero, M., Barrada, J. R. ve Perpina, C. (2017). Measuring orthorexia nervosa: Psychometric limitations of the ORTO-15. *Spanish Journal of Psychology*, 20, 1–9. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.36>.
- Saariaho T.H., Saariaho A.S., Karila I.A. ve Joukamaa M.I.(2010). Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic pain patients and a control sample. *Scandinavian Journal of Psychology* 52 (2), 146-153.

- Sanlier, N., Yassibas, E., Bilici, S., Sahin, G. ve 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. doi:10.1080/03670244.2016.1150276
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E. ve Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19 (3), 295-321.
- Schmidt, N. B., Schmidt, K. L. ve Young, J. E. (1999). Schematic and interpersonal conceptualizations of depression: An integration. T. Joiner ve J. C. Coyne (Ed.), *The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches*, (s. 127-148).. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Segura-Garcia, C., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloï M., Caroleo, M., Bruni, A., Gazzarrini, D., Sinopoli, F. ve De Fazio, P. (2015) The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eat Weight Disord* 20(2):161–166. doi:10.1007/ s40519-014-0171-y
- Sheffield, A., Waller, G., Emanuelli, F., Murray, J. ve Meyer, C. (2009). Do schema processes mediate links between parenting and eating pathology?. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 17(4), 290-300.
- 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. (2021). Trait mindfulness differentiates the interest in healthy diet from orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26, 993-998. doi: 10.1007/s40519-020-00927-2
- Strand E. (2004). A new eating disorder? *Psychol Today*, 37(5), 16.
- Tenore, K., Basile, B., Mancini, F. ve Luppino, O. I. (2018). A Theoretical Integration of Schema Therapy and Cognitive Therapy in OCD Treatment: Conceptualization and Rationale (Part II). *Psychology*, 9 ,2278-2295. doi: 10.4236/psych.2018.99130
- Tremelling, K., Sandon, L., Vega, G. L. ve McAdams, C. J. (2017). Orthorexia nervosa and eating disorder symptoms in registered dietitian nutritionists in the United States. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117(10), 1612-1617. doi: 10.1016/j.jand.2017.05.001
- Turner M.H., Rose K.S. ve Cooper M.J. (2005). Schema and parental bonding in overweight and non-overweight female adolescents. *Internatiol Journal of Obesity*, 29, 381-387.

- Turner, P. G. ve Lefevre, C. E. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and weight disorders : EWD*, 22(2), 277–284. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0364-2>
- Ünalın, D., Öztop, D.B., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D. ve Pırlak, B. (2009). Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(2):75-81.
- Valera, J. H., Ruiz, P. A., Valdespino, B. R. ve Visioli, F. (2014). Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: a pilot study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19(4), 469-472. doi: 10.1007/s40519-014-0131-6
- Varga, M. , Thege, B. K. , Dukay-Szabó, S. , Túry, F. ve van Furth, E. F. (2014). When eating healthy is not healthy: Orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry* , 14(1), 59. 10.1186/1471-244X-14-59.
- Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F. ve van Furth Eric, F. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18(2), 103–111. doi:10.1007/s40519-013-0026- y
- Voderholzer, U., Schwartz, C., Thiel, N., Kuelz, A. K., Hartmann, A., Scheidt, C. E., Schlegl, S. ve Zeeck, A. (2014). A comparison of schemas, schema modes and childhood traumas in obsessive-compulsive disorder, chronic pain disorder and eating disorders. *Psychopathology*, 47(1), 24-31. doi: 10.1159/000348484
- Wade, T. D. (2019). Recent Research on Bulimia Nervosa. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(1), 21–32.
- Walker-Swanton, F. E., Hay, P. ve Conti, J. E. (2020). Perceived need for treatment associated with orthorexia nervosa symptoms. *Eating Behaviors*, 38, 101415. doi: 10.1016/j.eatbeh.2020.101415
- Waller, G., Kennerley, H. ve Ohanian, V. (2007). Schema-focused cognitive-behavioral therapy for eating disorders. In L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein ve J. E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist–practitioner guide* (pp. 139–175).
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C. ve Osman, S. (2000). Cognitive Content Among Bulimic Women: The Role of Core Beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 235-241.
- Wilfley, D. E., Friedman, M. A., Douchis, J. Z., Stein, R. I., Welch, R. R. ve Ball, S. A. (2000). Comorbid psychopathology in binge eating disorder: Relation to eating

disorder severity at baseline and following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 641–649. doi:10.1037/0022-006x.68.4.641

Williams, J. E., Bennett, S. M. ve Best, D. L. (1975). Awareness and expression of sex stereotypes in young children. *Developmental Psychology*, 11(5), 635–642.

World Health Organization (2002) Global strategy on diet, physical activity and health. World Health Organization, Geneva

Wurtman, R. J. ve Wurtman, J. J. (1988). Do carbohydrates affect food intake via neurotransmitter activity?. *Appetite*, 11 Suppl 1, 42–47.

Yiğit, İ. ve Çelik, C. (2016). İlişki doyumunun erken dönem uyum bozucu şemalar, kişilerarası ilişki tarzları ve kendilik algısı açısından değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 19(38), 77-87.

Yiğit, İ., Çelik, C. (2016). İlişki Doyumunun Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar, Kişilerarası İlişki Tarzları ve Kendilik Algısı Açısından Değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*.

Yoosefi, A., RajeziEsfahani, S., Pourshahbaz, A., Dolatshahee, B., Assadi, A., Maleki, F. ve Momeni, S. (2016, Oct 1). Early Maladaptive Schemas in Obsessive- Compulsive Disorder and Anxiety Disorders. *Glob J Health Sci*, 8(10), 53398. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n10p167>

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

Young, J. E., Weinberger, A. D. ve Beck, A. T. (2001). Cognitive therapy for depression. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 264–308). The Guilford Press.

Zafiropoulou, M., Avagianou, P. A. ve Vassiliadou, S. (2014). Parental bonding and early maladaptive schemas. *Journal of Psychological Abnormalities in Children*, 3(1)

Kitaplar

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). (Çev. ed.: E Köroğlu). *Hekimler Yayın Birliği*, Ankara.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T., B., Rush, J., Shaw, B. F. ve Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.

- Bratman, S. ve Knight, D. (2000). *Health food junkies: overcoming the obsession with healthful eating*. New York: Broadway Books.
- Davison, G.C. ve Neale, J.M. (2004). *Anormal Psikoloji*. (7. baskı). (İ. Dağ, Çev.). Türk Psikologlar Derneği Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 1998)
- Fairburn, C. G., Marcus, M. D. ve Wilson, G. T. (1993b). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C. G. Fairburn ve G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 361–404). New York, NY: Guilford Press.
- Köroğlu, E. DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı. Hekimler Yayın Birliği. 219-224; 1994.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). *Abnormal psychology*. The McGraw-Hill Companies.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., ve Young, J. E. (2011). Şema terapi: Ayırıcı özellikler. (Çev: M. Şaşıoğlu). İstanbul: Psikonet Yayınları.
- Young, J. E. ve Klosko, J. S. (2012). *Hayatı yeniden keşfedin* (6. Baskı). (Çev. S., Kohen, D. Güler) (Karaosmanoğlu, H. A., Tuncer, E.). Psikonet Yayınları (Orijinal çalışmanın basım tarihi 1994)
- Young, J. E. ve Klosko, J.S. (1994). *Reinventing your life*. New York: Plume Books.
- Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

Tezler

- Arusoğlu G, 2006. Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi ve Orto15 Ölçeğinin Uyarlanması. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyetetik Programı, Bilim Uzmanlığı Tezi, 115s, Ankara
- Asarkaya, B. (2019). Sağlıklı Ortoreksiya ve Ortoreksiya Nervoza: Ebeveynden Algılanan Psikolojik Kontrol ve Uyumlu-Uyumsuz Mükemmeliyetçilik Özellikleri ile İlişkinin İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Batur, S. (2004). *Yeme Bozukluğu Gösterenlerde ve Göstermeyenlerde Temel Bilişsel Şemalar* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Çelen, S. (2022). *Ortoreksiya Nervoza'nın Algılanan Anne Baba Tutumu ve Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, İstanbul Okan Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi)

- Ergin G. (2014). Sağlık Personeli Olan ve Olmayan Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Sıklığı Araştırması, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Kandemir, E.F. (2021) Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Algılanan Ebeveynlik Stillerinin Yeme Tutumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi. İstanbul Okan Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi)
- Karahan, D. (2006). *Erken disfonksiyonel şemaların obsesif-kompulsif bozukluğu olan hastalar ve sağlıklı kişilerdeki aktivasyonlarının karşılaştırılması*, (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul.
- Kazkondur İ., (2010). Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek lisans Tezi).
- Kutlu, B. (2009). *Beden İmajının Gelişimi ve Sağlıklı Beden Ağırlığının Korunmasında Yemeye İlgili Tutumlar, Temel İnançlar ve Ebeveynle Bağlanmanın Rolü*. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.
- Şentürk, Ö. (2021). Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve Eşe Yönelik Kişilerarası Şemaların Romantik İlişki ve Partner Odaklı Obsesif Kompulsif Belirtilerle İlişkisi.(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Kent Üniversitesi. İstanbul.
- Üstündağ, E.G. (2020). Spor Salonunda Spor Yapan Bireylerde Yeme Farkındalığı İle Ortoreksiya Nervoza Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi

İnternet Sayfası Kaynakları

- Bratman, S. www.orthorexia.com (Orthorexia Nervosa Home Page). Erişim tarihi: 29.11.2022.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022, Haziran 3). *About adult BMI*. Centers for Disease Control and Prevention. Aralık 10, 2022, from https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/index.html

EK-1: DSM-V'E GÖRE BESLENME VE YEME BOZUKLUKLARI TANI KRİTERLERİ

Anoreksiya Nervosa'nın DSM-V'e göre tanı kriterleri:

A. Gereksinimlere göre enerji alımını kısıtlayan tutumu, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin bir şekilde düşük vücut ağırlığının olmasına yol açar. Belirgin bir şekilde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğün altında ya da çocuklar ya da gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır.

B. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunması.

C. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığı ile ilgili bir bozukluk vardır. Kişi kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ya da biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.

Kısıtlayıcı Tür: Kişinin son üç ay içinde yinelenen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örneğin kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren [laksatif] ilaçlar, idrar söktürücü [diüretik] ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmamıştır. Bu alt tür daha çok diyet yaparak neredeyse hiç yemeyerek ve/veya aşırı spor yaparak kilo kaybedildiği görünümleri tanımlar.

Tıknırcasına Yeme/Çıkarma Türü: Kişinin son üç ay içinde yinelenen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örneğin kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren [laksatif] ilaçlar, idrar söktürücü [diüretik] ilaçlar ya da lavmanın yanlış amaçla kullanımı) dönemleri olmuştur.

Bulimia Nervosa'nın DSM-V'e göre tanı ölçütleri:

A. Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu insanın yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. Herhangi ili saatlik bir sürede) yeme.
2. Bu dönem sırasında yemek yemeye ilgili denetimin kalktığı duygusunun olması (örneğin, kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu)

- B. Kilo almaktan sakınmak için kendisinin yol açtığı kendi kendini kusturma, iç sürdüren (laksatif) ilaçları, idrar söktürücü (diüreti) ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz ödünleyici davranışlarada bulunma.
- C. Bu tıknırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de, ortalama üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.
- D. Kendilik değerlendirmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir.
- E. Bu bozukluk, yalnızca anoreksiya nevroza dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

EK-2: DSM-V'E GÖRE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANI KRİTERLERİ

Obsesif Kompulsif Bozukluk'un DSM-V'e göre tanı kriterleri:

A. Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Takıntılar (obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kimi zaman zorla veya istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.
2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere veya imgelere aldırmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

Zorlantılar (kompulsiyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).
2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler yaşanan kaygı ve sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacı ile yapılır, ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da aşırı bir düzeydedir.

B. Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili boyutlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Takıntı-zorlantı belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisi ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileri ile daha iyi açıklanamaz.

EK-3: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**Sayın Katılımcı,**

Bu çalışma, Antalya Bilim Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Şeyma Mavi tarafından Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan Herdi danışmanlığında yürütülen bir tez araştırmasıdır. Araştırmanın amacı, bireylerin Ortoreksiya Nervosa eğilimi ve erken dönem uyum bozucu şemaları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Elde edilen sonuçlar toplu olarak değerlendirilecek ve tamamen bilimsel amaçla kullanılacaktır. Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak ve süreç sonunda imha edilecektir. İsim, soy isim veya şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır. Çalışmanın ortalama 10 dakika sürmesi beklenmektedir. Anketler genel olarak kişisel rahatsızlık verecek soruları içermemektedir. Ancak kendinizi rahatsız hissederseniz çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya samimi bir şekilde yanıt vermeniz araştırma bulguları açısından önemlidir. Lütfen tüm açıklamaları okuyunuz ve içtenlikle yanıt veriniz.

Sorularınız ve daha fazla bilgi edinmek için araştırmacı Şeyma Mavi ile iletişime geçebilirsiniz. Çalışmaya gönüllü olarak katıldığınızı ve verdiğiniz yanıtların bilimsel amaçlı kullanılmasını kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki kutucuğu işaretleyiniz. Katılım sağladığımız ve vaktinizi ayırdığımız için şimdiden teşekkür ederiz.

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

EK-4: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Aşağıda yalnızca araştırma amacıyla kullanılacak ve kimliği belli etmeyecek sorular yer almaktadır. Lütfen kendinize en yakın olan seçeneği cevaplayınız.

Yaşınız: _____

Cinsiyetiniz:

- Erkek
 Kadın
 Diğer _____

Eğitim düzeyiniz: En son tamamladığınız düzeyi belirtiniz.

- İlköğretim
 Lise
 Üniversite
 Lisansüstü

Fiziksel bir rahatsızlığınız ya da hastalığınız var mı? Cevabınız “Evet” ise hastalığınızın ne olduğunu belirtiniz.

- Evet _____ Hayır

Kullandığınız herhangi bir ilaç var mı? Cevabınız “Evet” ise hangi ilaç olduğunu belirtiniz.

- Evet _____ Hayır

Şimdiye kadar herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı? Cevabınız “Evet” ise hangi tanı olduğunu belirtiniz.

- Evet _____ Hayır

Kullanmış olduğunuz herhangi bir psikiyatrik ilaç var mı? Cevabınız “Evet” ise hangi ilaç olduğunu belirtiniz.

- Evet _____ Hayır

Boyunuz (cm): _____

Kilonuz (kg): _____

Kilonuzdan memnun musunuz?

- Daha zayıf olmak isterdim
- Daha kilolu olmak isterdim
- Kilomdan memnunum

Ne sıklıkla egzersiz yaparsınız?

- Hiçbir zaman yapmam
- Haftada 1-3 gün yaparım
- Haftada 3 günden fazla yaparım

Herhangi bir özel beslenme biçimine sahip misiniz? Cevabınız “Evet” ise belirtiniz.

- Evet _____
- Hayır

EK-5: ORTO – 11 ÖLÇEĞİ**ORTOREKSİYA NERVOA ÖLÇEĞİ (ORTO – 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?	1	2	3	4
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 hissedersiniz mi?	2	4	3	1
11- Süpermarketlerde sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4

EK-6: YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ – KISA FORM 3

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olmadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin **duygusal olarak** ne hissettiğinize dayanarak cevap verin.

Birkaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

1’den 6’ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:

- 1- Benim için tamamıyla yanlış
- 2- Benim için büyük ölçüde yanlış
- 3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla
- 4- Benim için orta derecede doğru
- 5- Benim için çoğunlukla doğru
- 6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

1. _____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
2. _____ Beni terk edeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
3. _____ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum
4. _____ Uyumsuzum.
5. _____ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
6. _____ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum
7. _____ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
8. _____ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.
9. _____ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşitlarım kadar, başaramadım.
10. _____ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
11. _____ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
12. _____ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseddiğimi göstermek gibi).
13. _____ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
14. _____ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana “hayır” denilmesini çok zor kabullenirim.
15. _____ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.
16. _____ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.
17. _____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissedirim.
18. _____ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.
19. _____ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.
20. _____ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.

21. _____ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakmam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.
22. _____ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.
23. _____ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.
24. _____ İşleri halletmede son derece yetersizim.
25. _____ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
26. _____ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediyorum.
27. _____ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.
28. _____ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.
29. _____ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
30. _____ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
31. _____ En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.
32. _____ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
33. _____ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.
34. _____ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.
35. _____ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
36. _____ Eğer yanlış yaparsam, bunun özrü yoktur.
37. _____ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.
38. _____ Yakınlarımla beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım
39. _____ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.
40. _____ Bir yere ait değilim, yalnızım.
41. _____ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
42. _____ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
43. _____ Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
44. _____ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
45. _____ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız
46. _____ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.
47. _____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
48. _____ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
49. _____ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
50. _____ İstedikimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.
51. _____ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım
52. _____ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.
53. _____ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.
54. _____ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
55. _____ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.
56. _____ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.
57. _____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheliyimdir.
58. _____ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.
59. _____ Kendimi sevebilecek biri gibi hissetmiyorum.

60. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.
61. _____ Gündelik işler için benim kararlarım güvenilemez.
62. _____ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.
63. _____ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum-Benim kendime ait bir hayatım yok.
64. _____ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.
65. _____ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.
66. _____ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.
67. _____ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.
68. _____ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.
69. _____ Benim yararım olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.
70. _____ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.
71. _____ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.
72. _____ Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.
73. _____ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.
74. _____ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.
75. _____ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. _____ Kendimi hep grupların dışında hissedirim.
77. _____ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.
78. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.
79. _____ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.
80. _____ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.
81. _____ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.
82. _____ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.
83. _____ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.
84. _____ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.
85. _____ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.
86. _____ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.
87. _____ Kararlarım nadiren sadık kalabilirim.
88. _____ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.
89. _____ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.
90. _____ Ben cezalandırılmayı hak eden kötü bir insanım.

EK-7: ETİK KURUL ONAYI

