



T.C.

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

DİSİPLİNLERARASI AİLE DANIŞMANLIĞI ANABİLİM DALI

**GENÇ YETİŞKİNLERDEKİ SAĞLIKLI BESLENME TAKINTISI
(ORTOREKSİYA) İLE GEÇMİŞ AİLE YAŞANTILARI VE YEME
TUTUMU İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜLÇE MUTLUER

Tez Danışmanı

DR. ÖĞR. ÜYESİ DEFNE YILMAZ

ÇANAKKALE – 2022



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DİSİPLİNLERARASI AİLE DANIŞMANLIĞI ANABİLİM DALI

GENÇ YETİŞKİNLERDEKİ SAĞLIKLI BESLENME TAKINTISI (ORTOREKSİYA)
İLE GEÇMİŞ AİLE YAŞANTILARI VE YEME TUTUMU İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜLÇE MUTLUER

Tez Danışmanı

DR. ÖĞR. ÜYESİ DEFNE YILMAZ

ÇANAKKALE – 2022



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



Gülçe MUTLUER tarafından Dr. Öğr. Üyesi Defne YILMAZ yönetiminde hazırlanan ve **22/12/2022** tarihinde aşağıdaki jüri karşısında sunulan “**Genç Yetişkinlerdeki Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) ile Geçmiş Aile Yaşantıları ve Yeme Tutumu İlişkisinin İncelenmesi**” başlıklı çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü **Aile Danışmanlığı Anabilim Dalı**’nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Defne YILMAZ
(Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Bekir ÇELİK

Dr. Öğr. Üyesi Nilgün TÜRKİLERİ

.....

.....

.....

Tez No : 10519245

Tez Savunma Tarihi : 22/12/2022

.....

Enstitü Müdürü

.././20..

ETİK BEYAN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kuralları'na uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi taahhüt ve beyan ederim.

Gülçe MUTLUER

22/12/2022

TEŞEKKÜR

İlk olarak hem lisans hem de lisansüstü eğitimim boyunca bana rol model olan, bilgi, birikim ve çok yönlü desteği ile bana yol gösteren, inanan ve destekleyen sevgili tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Defne Yılmaz'a ve eğitim hayatımda katkıları bulunan tüm hocalarıma teşekkür ederim.

Bana her zaman güvenen, inanan ve destekleyen sevgili aileme ve en yakın arkadaşım Stj. Av. Eylem Soylu'ya; tez yazım sürecinde tüm yakınmalarımı dinleyen meslektaşım Psk. Dan. Ayşe Bilgiç'e tüm destekleri için teşekkür ederim.

Bu araştırmaya katılmaya vakit ayıran tüm katılımcılara ve bu süreçte destek olan herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gülçe MUTLUER
Çanakkale, Aralık 2022

ÖZET

GENÇ YETİŞKİNLERDE SAĞLIKLI BESLENME TAKINTISI (ORTOREKSİYA) İLE GEÇMİŞ AİLE YAŞANTILARI VE YEME TUTUMU İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Gülçe MUTLUER

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Disiplinlerarası Aile Danışmanlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Defne Yılmaz

22/12/2022, 95

Bu çalışmanın amacı genç yetişkinlerdeki sağlıklı beslenme takıntısının aile yaşantıları ile ilişkisinin incelenmesidir. Aynı zamanda demografik özelliklere, yeme bozukluğu geçmişi ve düzenli spor alışkanlığı değişkenleri ile sağlıklı beslenme takıntısı arasında ilişkiler de incelenmektedir. Sağlıklı beslenme takıntısı kavramı bu çalışmada tanı amacı güdülmeyen, davranış eğilimi olarak ele alınmıştır.

Çalışma 18-24 yaş aralığındaki genç yetişkinlerle yürütülmüş olup 225 gönüllü katılımcıya ulaşılmıştır. Veri toplama araçları olarak kişisel bilgi formu, Teruel Ortoreksiya Ölçeği (Asarkaya ve Arcan, 2021), Gençlik Dönemindeki Aile Sorunlarını Değerlendirme Ölçeği (Tuğrul, 1996), Yeme Tutumu Testi Kısa Formu (Okumuş ve Berk, 2020) kullanılmıştır.

Verilerin analizi için SPSS 22.00 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde normallik dağılımları incelenmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenler için One-Way ANOVA, ilişkisiz örneklem t-testi, basit doğrusal regresyon, Pearson korelasyon katsayısı analizleri kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenler için ise Mann Whitney U, Kruskal-Wallis H ve Spearman korelasyon katsayısı analizleri kullanılmıştır.

Çalışmanın bulgularına bakıldığında sağlıklı beslenme takıntısı ile hem aile yaşantılarında sorunların varlığı hem de bu sorunlardan etkilenme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Fakat sağlıklı beslenme takıntısının aile sorunlarından sosyal etkinlik kısıtlılığı boyutunda hem varlığı [$r=-0,198$; $p=0,004$; $p<0,01$] hem de bireyin etkilenme durumu [$r=-0,197$; $p=0,003$; $p<0,01$] açısından negatif yönde anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur. Bireyin düzenli spor alışkanlığı bakımından incelendiğinde [$U=3290,500$; $p=0,005$] anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca yeme bozukluğu tanısı ile SBT arasında da anlamlı bir ilişki [$U=1282,00$; $p<0,001$] ve yeme tutumu ile arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir [$r=0,571$; $p=0,000$; $p<0,01$]. Bulgular alan yazın ile tartışılmıştır. Araştırmacılara ve uygulayıcılara yönelik öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı Beslenme Takıntısı, Aile Yaşamı, Genç Yetişkinler, Yeme Tutumu, Ortoreksiya Nervoza

ABSTRACT

THE INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTHY EATING FIXATION (ORTHOREXIA) WITH PAST FAMILY LIFE AND EATING ATTITUDES IN YOUNG ADULTS

Gülçe MUTLUER

Çanakkale Onsekiz Mart University

School of Graduate Studies

Master of Science Thesis in Interdisciplinary Family Counseling

Supervisor: Asst. Prof. Dr. Defne YILMAZ

12/22/2022, 95

The aim of this study is to investigate the relationship between healthy eating fixation (HEF) and past family life in young adults. Furthermore, HEF has been examined based on regular exercise, eating disorders, and demographic variables. HEF has been defined as a behavioural disposition with no diagnostic purpose.

The study was conducted with young adults aged 18–24, and 225 volunteer participants were recruited. The Personal Information Form, Teruel Orthorexia Scale (Asarkaya & Arcan, 2021), Family Problems Assessment Scale in Youth Period (Tuğrul,1996), and Eating Attitude Test Short Form (Okumuş & Berk,2020) were used to collect data.

For data analysis, the SPSS 22.00 programme was used. One-Way ANOVA, Independent-samples t-test, simple linear regression, and Pearson correlation coefficient analyses were used for normally distributed variables. For non-normally distributed variables, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H, and Spearman correlation coefficient analyses were used.

According to the study's findings, there is no significant relationship between the HEF and family problems or being affected by these problems. However, HEF showed a

significant difference in the presence of social activity limitations [$r=-0,198$; $p=0,004$; $p<0,01$], which is one of the family problems, as well as individuals being affected by it [$r=0,197$; $p=0,003$; $p<0,01$]. It has showed a statistically significant difference when compared to regular exercise habits [$U=3290,500$; $p=0,005$], and diagnosed eating disorders [$U=1282,00$; $p<0,001$]. Eating attitude has been found to have a positive and significant relationship with HEF [$r=0,571$; $p=0,000$; $p<0,01$]. The findings were discussed in light of the literature. Suggestions for researchers and practitioners have been made.

Keywords: Healthy Eating Fixation, Family Life, Young Adults, Eating Attitudes, Orthorexia Nervosa



İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
JÜRİ ONAY SAYFASI.....	i
ETİK BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR.....	xiii
TABLolar DİZİNİ.....	xiv
BİRİNCİ BÖLÜM	
1	
GİRİŞ	
1.1. Problem Durumu.....	2
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırma Sorusu.....	3
1.3.1. Alt Sorular.....	3
1.3.2. Hipotezler.....	4
1.4. Araştırmanın Nedenselliği (Gerekliliği).....	5
1.5. Araştırmanın Önemi.....	7
1.6. Sayıtlılar.....	8
1.7. Sınırlılıklar.....	8
1.8. Tanımlar.....	9
İKİNCİ BÖLÜM	
10	
KURAMSAL ÇERÇEVE	
2.1. Yeme Tutumu ve Davranışı	10

2.2.	Beslenme Bozuklukları	11
2.3.	Yeme Bozuklukları	12
2.3.1.	Anoreksiya Nervosa (AN)	12
2.3.2.	Bulimiya Nervosa (BN).....	13
2.3.3.	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB).....	14
2.3.4.	Diğer Yeme ve Beslenme Bozuklukları.....	14
2.4.	Yeme Bozuklukları ve Aile.....	16
2.5.	Sağlıklı Beslenme Takıntısı / Ortoreksiya Nervosa (SBT/ON).....	19
2.5.1.	Tanı Kriterleri.....	22
2.6.	Alan Yazın.....	24
2.6.1.	Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar.....	24
2.6.2.	Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar.....	29
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM		
ARAŞTIRMA YÖNTEMİ		33
3.1.	Araştırma Deseni.....	33
3.2.	Araştırma Evreni ve Örneklemi.....	33
3.3.	Veri Toplama Araçları.....	33
3.3.1.	Gençlik Dönemindeki Aile Sorunlarını Değerlendirme Ölçeği (GDASDÖ).....	33
3.3.2.	Yeme Tutum Testi Kısa Formu (YTT-26).....	34
3.3.3.	Teruel Ortoreksiya Ölçeği (TOÖ).....	35
3.3.4.	Kişisel Bilgi Formu.....	36
3.4.	Verilerin Toplanması.....	36
3.5.	Verilerin Analiz Edilmesi.....	36

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

		38
4.1.	Demografik Değişkenlere Ait Bulgular.....	39
4.2.	Demografik Değişkenler ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (SBT) ve Sağlıklı Ortoreksiya (SO) Arasındaki İlişki.....	40
4.2.1.	Cinsiyet ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (SBT) ve Sağlıklı Ortoreksiya (SO) Arasındaki İlişki.....	40
4.2.2.	Yaş ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (SBT) ve Sağlıklı Ortoreksiya (SO) Arasındaki İlişki.....	41
4.2.3.	Öğrenim Durumu ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (SBT) ve Sağlıklı Ortoreksiya (SO) Arasındaki İlişki.....	42
4.2.4.	Kronik Rahatsızlık ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (SBT) ve Sağlıklı Ortoreksiya (SO) Arasındaki İlişki.....	43
4.2.5.	Yeme Bozukluğu Tanısı ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (SBT) ve Sağlıklı Ortoreksiya (SO) Arasındaki İlişki.....	44
4.2.6.	Gelir Durumu ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (SBT) ve Sağlıklı Ortoreksiya (SO) Arasındaki İlişki.....	45
4.2.7.	Gelir Kaynağı ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (SBT) ve Sağlıklı Ortoreksiya (SO) Arasındaki İlişki.....	46
4.2.8.	Yaşadığı Ortam ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (SBT) ve Sağlıklı Ortoreksiya (SO) Arasındaki İlişki.....	47
4.2.9.	Yaşamının Çoğunu Geçirdiği Ortam ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (SBT) ve Sağlıklı Ortoreksiya (SO) Arasındaki İlişki.....	48
4.2.10	Düzenli Spor Alışkanlığı ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (SBT) ve Sağlıklı Ortoreksiya (SO) Arasındaki İlişki.....	49
4.3.	Genç Yetişkinlerde Görülen Sağlıklı Beslenme Takıntısının (SBT) Ailelerindeki Geçmiş Olumsuz Yaşantıları ile İlişkisi.....	50

4.3.1.	Genç Yetişkinlerde Görülen Sağlıklı Beslenme Takıntısının (SBT) Ailelerindeki Geçmiş Olumsuz Yaşantılardan Otoriter-Baskıcı Tutum ile İlişkisi.....	52
4.3.2.	Genç Yetişkinlerde Görülen Sağlıklı Beslenme Takıntısının (SBT) Ailelerindeki Geçmiş Olumsuz Yaşantılardan Duyarsızlık ve Tutarsızlık ile İlişkisi.....	54
4.3.3.	Genç Yetişkinlerde Görülen Sağlıklı Beslenme Takıntısının (SBT) Ailelerindeki Geçmiş Olumsuz Yaşantılardan Anne-Baba İlişkilerinde Uyumsuzluk ile İlişkisi.....	55
4.3.4.	Genç Yetişkinlerde Görülen Sağlıklı Beslenme Takıntısının (SBT) Ailelerindeki Geçmiş Olumsuz Yaşantılardan Sosyal Etkinliklerde Kısıtlılık ile İlişkisi.....	57
4.3.5.	Genç Yetişkinlerde Görülen Sağlıklı Beslenme Takıntısının (SBT) Ailelerindeki Geçmiş Olumsuz Yaşantılardan Ev Ortamındaki Düzensizlik ile İlişkisi.....	58
4.3.6.	Genç Yetişkinlerde Görülen Sağlıklı Beslenme Takıntısının (SBT) Ailelerindeki Geçmiş Olumsuz Yaşantılardan Ekonomik Sorunlar ile İlişkisi.....	59
4.3.7.	Genç Yetişkinlerde Görülen Sağlıklı Beslenme Takıntısının (SBT) Ailelerindeki Geçmiş Olumsuz Yaşantılardan İlişkilerde Sınırsızlık ve İstismar ile İlişkisi.....	61
4.3.8.	Genç Yetişkinlerde Görülen Sağlıklı Beslenme Takıntısının (SBT) Ailelerindeki Geçmiş Olumsuz Yaşantılardan Sağlık ve Sosyal Sorunlar ile İlişkisi.....	62
4.4.	Genç Yetişkinlerde Görülen Sağlıklı Beslenme Takıntısının (SBT) Yeme Tutumu ile İlişkisi.....	63

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER		65
5.1.	Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) cinsiyete göre tartışılması.....	65
5.2.	Genç yetişkinlerde sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) öğrenim durumuna göre tartışılması.....	66
5.3.	Genç yetişkinlerde sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) kronik rahatsızlığa göre tartışılması.....	67
5.4.	Genç yetişkinlerde sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) yeme bozukluğu tanısına göre tartışılması.....	67
5.5.	Genç yetişkinlerde sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) gelir durumu ve gelir kaynağına göre tartışılması.....	68
5.6.	Genç yetişkinlerde sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) yaşam alanlarına göre tartışılması.....	69
5.7.	Genç yetişkinlerde sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) düzenli spor alışkanlığına göre tartışılması.....	70
5.8.	Genç yetişkinlerde sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) bireyin ailesindeki geçmiş olumsuz yaşantılara göre tartışılması.....	70
5.9.	Genç yetişkinlerde sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) bireylerin yeme tutumuna göre tartışılması.....	74
5.10.	Sonuç.....	75
5.11.	Öneriler.....	77
	5.11.1. Araştırmacılara Öneriler.....	77
	5.11.2. Uygulayıcılara Öneriler.....	78
KAYNAKÇA		79
EKLER		I
EK 1. Ölçek İzinleri		I
EK 2. Ölçekler		II
ÖZGEÇMİŞ		IV

KISALTMALAR

SBT	Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya)
SO	Sağlıklı Ortoreksiya
ON	Ortoreksiya Nervoza
AN	Anoreksiya Nervoza
BN	Bulimiya Nervoza
TYB	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
GDASDÖ	Geçmiş Dönemdeki Aile Sorunlarını Değerlendirme Ölçeği
YTT-26	Yeme Tutum Testi Kısa Formu
YB	Yeme Bozukluğu
TOÖ	Teruel Ortoreksiya Ölçeği
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı)
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
vd.	Ve diğerleri
HEF	Healthy Eating Fixation

TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 1	Moroze vd. (2015), Ortoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri	23
Tablo 2	Dunn ve Bratman (2016) Ortoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri	24
Tablo 3	Araştırmaya Katılan Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımları	39
Tablo 4.1	Sağlıklı Beslenme Takıntısının Cinsiyete Göre İncelenmesi	41
Tablo 4.2	Sağlık Ortoreksiyanın Cinsiyete Göre İncelenmesi	41
Tablo 5.1	Sağlıklı Beslenme Takıntısının Yaşa Göre İncelenmesi	42
Tablo 5.2	Sağlıklı Ortoreksiyanın Yaşa Göre İncelenmesi	42
Tablo 6.1	Sağlıklı Beslenme Takıntısının Öğrenim Durumuna Göre İncelenmesi	43
Tablo 6.2	Sağlıklı Ortoreksiyanın Öğrenim Durumuna Göre İncelenmesi	43
Tablo 7.1	Sağlıklı Beslenme Takıntısının Kronik Rahatsızlığa Göre İncelenmesi	43
Tablo 7.2	Sağlıklı Ortoreksiyanın Kronik Rahatsızlığa Göre İncelenmesi	44
Tablo 8.1	Sağlıklı Beslenme Takıntısının Yeme Bozukluğu Tanısına Göre İncelenmesi	44
Tablo 8.2	Sağlıklı Ortoreksiyanın Yeme Bozukluğu Tanısına Göre İncelenmesi	45
Tablo 9.1	Sağlıklı Beslenme Takıntısının Gelir Durumuna Göre İncelenmesi	45
Tablo 9.2	Sağlıklı Ortoreksiyanın Gelir Durumuna Göre İncelenmesi	46
Tablo 10.1	Sağlıklı Beslenme Takıntısının Gelir Kaynağına Göre İncelenmesi	46
Tablo 10.2	Sağlıklı Ortoreksiyanın Gelir Kaynağına Göre İncelenmesi	47
Tablo 11.1	Sağlıklı Beslenme Takıntısının Yaşadığı Ortama Göre İncelenmesi	48
Tablo 11.2	Sağlıklı Ortoreksiyanın Yaşadığı Ortama Göre İncelenmesi	48

Tablo 12.1	Sağlıklı Beslenme Takıntısının Büyüdüğü Ortama Göre İncelenmesi	49
Tablo 12.2	Sağlıklı Ortoreksiyanın Büyüdüğü Ortama Göre İncelenmesi	49
Tablo 13.1	Sağlıklı Beslenme Takıntısının Spor Alışkanlığına Göre İncelenmesi	50
Tablo 13.2	Sağlıklı Ortoreksiyanın Spor Alışkanlığına Göre İncelenmesi	50
Tablo 14.1	Sağlıklı Beslenme Takıntısının Gençlik Dönemindeki Aile Sorunlarına Göre İncelenmesi	51
Tablo 14.2	Sağlıklı Ortoreksiyanın Gençlik Dönemindeki Aile Sorunlarının Varlığına Göre İncelenmesi	51
Tablo 14.3	Sağlıklı Ortoreksiyanın Gençlik Dönemindeki Aile Sorunlarından Etkilenmeye Göre İncelenmesi	52
Tablo 15.1	Sağlıklı Beslenme Takıntısının Otoriter-Baskıcı Tutuma Göre İncelenmesi	52
Tablo 15.2	Sağlıklı Ortoreksiyanın Otoriter-Baskıcı Tutum Stres Puanına Göre İncelenmesi	53
Tablo 15.3	Sağlıklı Ortoreksiyanın Otoriter-Baskıcı Tutum Etkilenme Puanına Göre İncelenmesi	53
Tablo 16.1	Sağlıklı Beslenme Takıntısının İlişkilerde Duyarsızlık ve Tutarsızlığa Göre İncelenmesi	54
Tablo 16.2	Sağlıklı Ortoreksiyanın İlişkilerde Duyarsızlık ve Tutarsızlık Varlığına Göre İncelenmesi	55
Tablo 16.3	Sağlıklı Ortoreksiyanın İlişkilerde Duyarsızlık ve Tutarsızlıktan Etkilenmeye Göre İncelenmesi	55
Tablo 17.1	Sağlıklı Beslenme Takıntısının Anne-Baba İlişkilerinde Uyumsuzluğa Göre İncelenmesi	56
Tablo 17.2	Sağlıklı Ortoreksiyanın Anne-Baba İlişkilerinde Uyumsuzluğa Göre İncelenmesi	56
Tablo 17.3	Sağlıklı Ortoreksiyanın Anne-Baba İlişkilerinde Uyumsuzluktan Etkilenmeye Göre İncelenmesi	57
Tablo 18.1	Sağlıklı Beslenme Takıntısının Sosyal Etkinliklerde Kısıtlılığa Göre İncelenmesi	57

Tablo 18.2	Sağlıklı Ortoreksiyanın Sosyal Etkinliklerde Kısıtlılığa Göre İncelenmesi	58
Tablo 19.1	Sağlıklı Beslenme Takıntısının Ev Ortamındaki Düzensizliğe Göre İncelenmesi	59
Tablo 19.2	Sağlıklı Ortoreksiyanın Ev Ortamındaki Düzensizliğe Göre İncelenmesi	59
Tablo 20.1	Sağlıklı Beslenme Takıntısının Ekonomik Sorunlara Göre İncelenmesi	60
Tablo 20.2	Sağlıklı Ortoreksiyanın Ekonomik Sorunlar Stres Puanına Göre İncelenmesi	60
Tablo 20.3	Sağlıklı Ortoreksiyanın Ekonomik Sorunlardan Etkilenmeye Göre İncelenmesi	61
Tablo 21.1	Sağlıklı Beslenme Takıntısının İlişkilerde Sınırsızlık ve İstismara Göre İncelenmesi	61
Tablo 21.2	Sağlıklı Ortoreksiyanın İlişkilerde Sınırsızlık ve İstismara Göre İncelenmesi	62
Tablo 22.1	Sağlıklı Beslenme Takıntısının Sağlık ve Sosyal Sorunlara Göre İncelenmesi	62
Tablo 22.2	Sağlıklı Ortoreksiyanın Sağlık ve Sosyal Sorunlara Göre İncelenmesi	63
Tablo 23	Sağlıklı Ortoreksiyanın ve Sağlıklı Beslenme Takıntısının Yeme Yutumuna Göre İncelenmesi	63

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Beslenmek, insanların en temel gereksinimlerinden biridir. Bireylerin beslenme biçimleri ve beslenmeye yönelik yaklaşımları kişinin hem fizyolojik hem de psikolojik sağlığını doğrudan etkilemektedir. Günümüzde sağlıklı beslenmeye yönelik teşvik artmakta hatta sosyal medya aracılığı ile bu durum özendirilmektedir. Bu özendirici yaklaşımlarla sağlıklı beslenmenin faydalarından bahsedildiği kadar bireylerin arzuladığı bedene ulaşabileceğini vaadeden diyet kültürünün desteklendiği de görülebilmektedir. Yani sağlıklı beslenme bireylerin kilo vermesine ya da almasına yönelik araç olarak kullanılabilen; bir yandan da beden algısında, sosyal ilişkilerde ve bireyin genel işlevselliğinde bozulmalara da neden olabilmektedir. Konu bireylerin yetişkinlik öncesi gelişim dönemlerinde oluşan benlik ve kimlik algısını ve edinilen alışkanlıkları içerdiği için psikolojik danışmanlar için de önemli bir çalışma konusu haline gelmektedir.

Sağlıklı beslenme fizyolojik ve psikolojik sağlığımızı desteklediği sürece “sağlıklı” olarak düşünülmektedir. Sağlıklı beslenmeye yönelik tutum takıntı boyutuna geçtiğinde yiyeceklerin içerikleri, pişirilme şekli hatta pişirme aletleri üzerinde düşünerek uzun vakit harcamak bireyin psikolojik iyi oluşunu etkileyebilmektedir. Sağlıklı beslenme takıntısı bireyin çeşitli psikolojik, fizyolojik ve kişilerarası ilişkilerde sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir.

Bratman “ortoreksiya” adlandırmasını yaptıktan 20 yıl sonra bu yeme davranışının iki düzeyi olduğundan bahsetmiştir. İlk düzey, “sağlıklı beslenmeyi tercih etme” olarak belirtilmiş, sağlıklı ortoreksiya olarak adlandırılmış ve bireyin yeme davranışının herhangi bir problem durumu yaratmayacağı söylenmiştir. Sağlıklı ortoreksiya, sağlıklı beslenmeye ve besinlere yönelik patolojik olmayan bir ilgiyi ifade etmektedir (Zickgraf ve Barrada, 2021). İkinci düzeyde ise “sağlıklı beslenme arayışının bir takıntı durumuna gelmesi”nden bahsedilerek patolojik düzey olarak tanımlanmıştır. (Bratman, 2017; Altınok, 2020).

Resmi olarak bir psikiyatrik tanı olarak tanınmamasına rağmen, sağlıklı beslenme takıntısı genellikle çok yönlü zorlanmalarla ilişkilendirilmektedir. Örneğin diyete dikkat edip nihai sağlığa ulaşma girişimi olarak başlayan bu davranış yetersiz beslenmeye, sosyal ilişkilerin kaybına ve düşük yaşam kalitesine yol açabilmektedir (Koven ve Arby, 2015).

Sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya nervoza) oldukça yeni bir kavramdır. Sağlıklı beslenme takıntısını daha iyi anlayabilmek için, bireye çok yönlü etki eden ve diğer yeme ve beslenme bozukluklarında da etkisi olduğu bilinen aile ve geçmiş yaşantıların etkisini anlamak önemlidir. Ayrıca bireylerin bağımsızlaşma çabası kadar ilişki kurmak istediğinin de ön planda olduğu genç yetişkinlik dönemi, yeme ve beslenme bozukluklarında sıklıkla dikkat çeken bir yaş aralığıdır. Bu nedenle psikolojik danışmanlar ve ruh sağlığı uzmanları tarafından önleyici çalışmalar yapılabilmesi ve devamında müdahale planları oluşturulabilmesi için sağlıklı beslenme takıntısının özelliklerinin ve risk faktörlerinin bilinmesi gerekmektedir.

1.1. Problem Durumu

Genç yetişkinlik bireylerin destek arayışında olduğu, yakın ilişki kurmak istediği bir dönem olsa da bağımsızlaşmak için de çabaladığı bir dönemdir. Genç yetişkin bu iki istek arasında bir çatışma yaşamaktadır (Çok, 1993). 18-25 yaş aralığındaki bireylerin ergenlikle yetişkinlik arasında kalan bir grup olduğu, her iki dönemin de özelliklerini zaman zaman gösterebileceği söylenmektedir (Karataş, 2019).

Genç yetişkinlik, yaş aralığı olarak onlu yaşların sonu ve yirmili yaşları içine almaktadır. Bireyin bu dönemde ebeveynlerini terk ederek ayrı yaşamaya başladığı; bağımsızlık çabasının getirisi olarak aldığı sorumlulukların da değişerek arttığı görülmektedir (Aktu, 2016). İş, romantik ilişki ya da dünya görüşü gibi konulardaki kimlik arayışının devam ettiği söylenmektedir (Eroğlu ve Gündoğdu, 2021). Bu dönemde bireyin kendi bağımsız yaşam düzenini kurmaya çalıştığı ve doğumdan bu yana gelişen kişiliğinin oturmaya başlayacağı yorumlanabilmektedir. Kişilik gelişimi durağan bir süreç değildir, yaşam boyu gelişmesi beklenmektedir. Bu nedenle, Aktu (2016)'ya göre, bu dönemde belli bir kararlılığa ulaşıldığı fakat esnekliğin de var olduğu söylenebilmektedir.

Bağımsızlık ve kendine özgü yaşam tarzı ve kurallar arayışında olan genç yetişkinlerin beslenmelerinde kendilerine özgü değişiklik yapması olağandır. Genç yetişkinlerin geçmiş aile yaşantılarının alan yazında henüz oldukça yeni ve tanımlanma aşamasında olan sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya) üzerinde bir etkisi olup olmadığı da incelemeye açık bir konudur.

Psikolojik danışmanlar olarak, müdahale planı oluşturmadan önce sadece danışanı iyi tanımamız değil sorunlarını da iyi değerlendirmemiz gerekmektedir. Gerek sorunun değerlendirilmesi gerekse bireyi tanıma yönünde aileyi göz ardı etmek olanaksızdır. İşlevsel bir müdahale planı oluştururken, danışanın yaşadığı soruna katkı sağlamış tüm olasılıkları da değerlendirmek gerekmektedir. Aile yaşantılarının da bu yönde en temel etkenler arasında bulunması büyük bir olasılıktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) sayılabilecek davranışları bulunan genç yetişkinlerin geçmiş aile yaşantıları ve yeme tutumlarının sağlıklı beslenme takıntısına bir etkilerinin olup olmadığının araştırılmasıdır. Böylece, bu konuda sorunları olan danışanlarla çalışacak ruh sağlığı uzmanlarının müdahale planına yönelik çok yönlü ve kapsayıcı bir alt yapı oluşturulması amaçlanmaktadır.

1.3. Araştırma Sorusu

Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının bireylerin ailelerindeki geçmiş olumsuz yaşantıları ve bireyin yeme tutumu ile ilişkisi var mıdır?

1.3.1. Alt Sorular

1. Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının bireylerin ailelerindeki geçmiş olumsuz yaşantıları ile ilişkisi var mıdır?
 - 1.1. Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının geçmişteki otoriter-baskıcı aile tutumları ile ilişkisi var mıdır?
 - 1.2. Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının ailedeki geçmiş ilişkilerde duyarsızlık ve tutarsızlık ile ilişkisi var mıdır?
 - 1.3. Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının geçmişteki anne-baba ilişkilerindeki uyumsuzluk ile ilişkisi var mıdır?
 - 1.4. Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının bireylerin ailelerindeki sosyal ilişkilerdeki kısıtlılık ile ilişkisi var mıdır?
 - 1.5. Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının geçmişteki ev ortamındaki düzensizlik ile ilişkisi var mıdır?
 - 1.6. Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının geçmişteki ailenin ekonomik sorunları ile ilişkisi var mıdır?

- 1.7. Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının bireylerin ailesindeki geçmiş sınırsızlık ve istismar yaşantıları ile ilişkisi var mıdır?
- 1.8. Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının bireylerin ailesindeki geçmiş sağlık ve sosyal sorunları ile ilişkisi var mıdır?
2. Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısı ile bireylerin demografik özelliklerinin ilişkisi var mıdır?
 - 2.1. Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısı cinsiyete göre değişmekte midir?
 - 2.2. Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının bireylerin öğrenim durumu ile ilişkisi var mıdır?
 - 2.3. Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısı ile bireylerin kronik sağlık sorunlarının ilişkisi var mıdır?
 - 2.4. Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının bireylerin gelir düzeyi ile ilişkisi var mıdır?
 - 2.5. Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının yaşam alanları ile ilişkisi var mıdır?
3. Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısı ile bireylerin yeme tutumu arasında ilişki var mıdır?

1.3.2. Hipotezler

Hipotez.1: Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısı ile geçmiş aile yaşantılarındaki olumsuz deneyimler arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez.2: Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısı cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Hipotez.3: Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısı öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Hipotez.4: Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısı kronik sağlık sorunlarının varlığına göre anlamlı bir fark göstermektedir.

Hipotez.5: Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısı gelir düzeyine göre anlamlı bir fark göstermemektedir.

Hipotez.6: Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısı bireyin yaşam alanına göre anlamlı bir fark göstermektedir.

Hipotez.7: Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısı ve yeme tutumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

1.4. Araştırmanın Nedenselliği (Gerekliliği)

Aile yaşantılarının bireyin yaşamının her döneminde veya her alanında etkisi olabileceği bilinmektedir. Örneğin anne babanın boşanması, aile içi şiddet ve istismar gibi aile yaşantılarının ve bunların neden olabileceği güvensiz bağlanmanın psikolojik belirtiler ile ilişkili olduğu görülmektedir (Gündüz vd., 2018). Bir başka çalışmada aile yaşantılarındaki olumsuz olayların ve ailenin ekonomik durumunun depresyon ile anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmektedir (Guan vd., 2014). Benzer şekilde çocukluğu alkol bağımlılığı olan bir ailede geçmiş bireylere bakıldığında da alkol bağımlılığı ve depresyon görülebildiği bulunmuştur. (Anda vd., 2002).

Tackett (2002)'in araştırmasında, aile içi istismar (ensest) öyküsü olan 131 katılımcının %60'nın 23 kilodan (50 pound) fazla "fazla kilosu" olduğu, %25'inin ise 45 kilonun (100 pound) üzerinde fazlalığı olduğu bulunmuştur. Yeme bozuklukları -özellikle obezite- ile aile içi cinsel istismar arasında ilişki olduğu görülmektedir. Bir başka değişken olarak ebeveynlerin yeme bozukluğu geçmişi örnek verilirse, Lydecker ve Grilo (2016) YB olan ebeveynlerin çocuklarında YB olmayan ebeveynlerin çocuklarına göre daha çok YB davranışı olduğunu bulmuştur. Ebeveyn tutumlarına bakıldığında ise kontrol odaklı ailelere sahip gençlerin daha şiddetli yeme bozukluğuna sahip olduğu görülmektedir (Darrow vd., 2017). Ailesel etkenlerin yeme davranışında bozulmalara ve yeme bozukluklarına neden olabildiğine ilişkin sonuçlar bulunsa da (Kluck, 2010; Dinç ve Koçhan, 2016; İnalkaç ve Arslantaş, 2018; Usta vd., 2015), bu aile yaşantılarından kişinin algıladığı stresin bireyin yeme alışkanlığına etkisine dair araştırmalar pek bulunmamaktadır.

Geçmiş aile yaşantılarının yarattığı etkiler farklı sorunlarla yansıyabilmektedir: depresyon, olumsuz benlik algısı, düşük özgüven, uyku bozuklukları, cinsel bozukluklar, karşıt gelme bozukluğu, yeme bozuklukları, madde kullanım bozukluğu, kendine zarar gibi birçok örnek vermek mümkündür (Chapman vd., 2004; Tackett, 2002; Siyez vd., 2012). Duygu odaklı terapide, bakım verenin çocuğa ağır gelebilecek duyguları sağlıklı bir şekilde ele alamaması ve bu sebeple çocuğun sağlıklı yatıştırma becerilerini öğrenememesi, psikolojik zorlanmaların sebeplerinden biri olarak verilmiştir (Pulat vd., 2020). Çocuğun

duygularını düzenleyebilmek için kazanacağı becerilere yardımcı olmanın çocuğa bakım verenlerin rolü olduğunu söylemek olası görülmektedir. Yeme davranışındaki bozulmaların ise bireylerin rahatsız edici duygulardan kaçınma veya bu duyguları düzenleme çabalarından olduğu söylenmiştir (Korkmaz, 2021). Böyle bir durumda, aile yaşantıları ile bireyin ruh sağlığını birbirinden bağımsız kavramlar olarak kabul etmek mümkün görünmemektedir.

18-24 yaşlar bireylerin bağımsızlaşmaya ve yetişkin hayata uyum sağlamaya çalıştığı bir dönemdir. Gençlerin içerisinde büyüdüleri, kişilik gelişimlerinde ve yaşam tarzlarında doğrudan büyük etkisi olan aile ortamından üniversiteye gitmek veya işe başlamak gibi nedenlerle ayrıldıkları sıklıkla görülmektedir. Aile ortamından ayrılma ve bağımsızlaşma çabaları ile beslenme biçimleri de değişmektedir (Erçim ve Pekcan, 2014). Ayrıca ergenlik dönemindeki özerklik gereksinimi karşılanamadıysa bireylerin baskı altında hissederek yaşadıkları çaresizlik duygularını bedenlerine, kilolarına ve yeme davranışlarına yönelerek gidermeye çalıştıkları bilinmektedir (Erol vd., 2002; Erbaş, 2015). Kendilerinin kontrol edebileceği tek alanın yeme davranışı olduğunu düşünmeye başlayan yani kazanamadığı özerklik ihtiyacını bedenini kontrol ederek kazanmaya çalışan bu bireylerin, bir geçiş dönemi olan genç yetişkinlikte aile ortamından ayrılması ile yeme davranışında değişim görülmesi olasıdır.

Günümüzde bireylerin “fit” bir vücut isteği ile sağlıklı beslenme veya fazla egzersiz yapma gibi tercihleri olduğu görülmekte ve bu durumun yeme tutumlarında da farklılıklar oluşturmaya başladığı gözlemlenmektedir. Son yıllarda ise bağımsızlaşmak için çabalayan ve kendilerine uygun bir düzen oluşturmaya çalışan genç yetişkinlerin bir de Covid-19 pandemisi ile evlerde ve ailelerle bolca vakit geçirmesi gerekmiştir. Sosyal çevrelerinden kopmak bireylerin kendilerine daha çok vakit ayırmasına veya kendilerine fazla odaklanmalarına neden olmakta, daha önce dikkatlerini çekmeyen fiziksel veya duygusal durumlar onları rahatsız edebilmektedir. Fiziksel etkinliğin azalması ile kilo değişimleri yaşanmaya başlayınca bireylerin sağlıklı beslenme veya aşırı egzersiz yapma yönünde isteklerinin de arttığı gözlemlenmektedir.

Son yıllarda sağlıklı beslenmeye yönelik ilginin artışı zaten dikkat çekerken, pandemi ile bu yönde eğilimlerin daha da yoğunlaştığı gözlenmiştir. Sağlıklı beslenmeye yönelik ilgi ve davranışlar takıntı boyutuna ulaşabilmekte, daha önemlisi kişinin işlevselliğini etkileyebilmekte, sorunlara yol açmaya başlamakta; bu nedenle ruh sağlığı alanının çalışma

alanına girmektedir. Ayrıca bireyler bir aile ortamında büyümekte, gelişmekte ve yaşamaktadır. Ailenin psikolojik sağlığa oldukça etkisi olduğu kadar tedavi aşamasında da büyük bir yeri olduğu bilinen bir durumdur. Bu nedenle, geçmiş aile yaşantılarının yeme tutumuna etkisini sağlıklı beslenme takıntısı değişkeni ile ele almak kapsamlı bilgi edinebilmek için uygun görülmüştür.

1.5. Araştırmanın Önemi

Alan yazında, yeme bozukluklarına neden olabilecek ailesel etkenlerden bahsedilmekte, erken dönem yaşantılarının da bunlardan biri olduğundan söz edilmektedir (Kluck, 2010; Dinç ve Koçhan, 2016; İnalkaç ve Arslantaş, 2018; Usta vd., 2015; Tackett, 2002). Araştırmaların yeme bozukluklarını genellikle ebeveyn tutumları, cinsel istismar ya da aile işlevselliği kavramları üzerinden açıkladığı, yeme bozukluklarına etki eden değişkenlerin literatürde benzer olduğu görülmüştür.

Beden imgesi, bireylerin görünüşlerine dair deneyimlerini; boyut, şekil, yüz özellikleri gibi yönlerden görünüşlerini algılayışlarını ve görünüşleri ile ilgili tutumlarını oluşturmaktadır (Cash, 2012). Sosyal çevrenin ve ailenin bireyin gelecekte geliştireceği beden imgesi üzerinde etkisi olduğu söylenmektedir (Kozan ve Hamarta, 2017). Örneğin, aile üyelerinin kendisinin bedeni hakkındaki alaylarına maruz kalan bireylerin yeme bozukluğu geliştirebildikleri görülmektedir (Fortesa ve Ajeta, 2014; Kluck, 2010). Dinç ve Koçhan (2016), araştırmalarında bulimiya tanısı almış bireylerin diyetle aile baskılarının ardından başladıklarını söylemektedirler. Stice ve Whitemton (2002) ise yeme bozukluğunun sebeplerinden biri olan beden memnuniyetsizliğinin arkasında zayıf olmaya yönelik baskının ve sosyal destek eksikliğinin olduğunu yani beden memnuniyetsizliğinin sosyal baskı nedeniyle diyet yapmaya yönelttiğini söyleyerek benzer bir bulguyu paylaşmıştır.

Sağlıklı beslenme takıntısı mükemmeliyetçilik, beden imgesi ve bağlanma stili açısından anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza ile benzerlikler göstermektedir. Ortorektik bireylerde de beden imgesi puanlarının düşük olduğu gözlenmiştir (Barnes ve Caltabiano, 2017). Bireylerin geçmiş olumsuz aile yaşantıları sonucunda beden imgesinin bozulması ve kendilerini algılayışlarının değişmesi sonucu yeme bozuklukları veya yeme davranışında bozulmalar yaşayabilecekleri gibi yeme davranışına yönelik takıntının görülmesi de bir olasılıktır.

Ortoreksiya, halen yeme bozukluğu kabul edilip edilmemesi üzerine tartışmalar olan, araştırmalarda yeni yeni yer verilmeye başlayan bir yeme sorunudur. Alanyazında bu konudaki bilgiler diğer yeme sorunlarına göre daha azdır. Sağlıklı beslenme takıntısı konusuna benzer şekilde genç yetişkinlerin geçmiş aile yaşantılarının değerlendirildiği araştırmalar da nadirdir.

Genç yetişkinlik dönemi, bireyin aileden bağımsızlaşmak için çabaladığı, kişilik bütünlüğünü kazanması bakımından önemli bir dönemdir. Bireyin genç yetişkinlikte tamamlanacak olan kişiliği ve bireye özgü baş etme becerileri kişinin geçmiş dönemlerde gelişmiş olan benliğine bağlıdır. Kişinin benlik gelişimi sağlıksız bir şekilde gerçekleştiyse yetişkin olarak yaşayabileceği uyum problemlerini de etkilemektedir. Bu nedenle, genç yetişkinlik döneminde bireyin sorunlarına erken müdahale edilmesi, bu sorunların genç yetişkinlik öncesi yaşanan, altta yatan kaynaklarının fark edilmesi sonraki dönemlerde bireyin psikolojik sağlığını destekleyecektir. Böyle bir girişim, bireyin uyumunu ve psikolojik iyiliğini beraberinde getirecektir. Bireyin gelişiminde büyük etkisi olan ailesel etkenlerin sağlıklı beslenme takıntısına yönelik etkisinin anlaşılması erken önleme çalışmalarına, psikolojik danışmada müdahale planına ve danışan-danışman ile ailenin işbirliğine yönelik bilgi sağlayacaktır. Bu nedenle, bu araştırmanın geçmiş dönem aile yaşantıları ve yeme tutumu ile genç yetişkinlikteki sağlıklı beslenme takıntısı arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışarak alan yazına katkıda bulunması amaçlanmaktadır.

1.6. Araştırmanın Sayıltısı

Araştırmaya katılan genç yetişkinlerin, araştırmada veri toplamak için uygulanan ölçeklerin maddelerine içten ve doğru olarak cevap verdikleri kabul edilmiştir.

1.7. Sınırlıklar

1. Araştırma bulguları, 2021-2022 yılları içerisinde araştırmaya gönüllü katılan, 18-24 yaş grubuna giren kadın – erkek genç yetişkin bireylerden elde edilen verilerle sınırlıdır.

2. Araştırmada genç yetişkinlerin sağlıklı ortoreksiya ve SBT özelliklerine ilişkin bulgular, Teruel Ortoreksiya Ölçeği ile elde edilen verilerle sınırlıdır.

3. Araştırmada genç yetişkinlerin geçmiş aile yaşantılarına ilişkin bulgular Gençlik Dönemindeki Aile Sorunlarını Değerlendirme Ölçeği'nden elden edilen verilerle sınırlıdır.

4. Araştırmada genç yetişkinlerin yeme tutumuna ilişkin bulgular Yeme Tutum Testi Kısa Formu ile elde edilen verilerle sınırlıdır.

1.8. Tanımlar

1. Sağlıklı Beslenme Takıntısı / Ortoreksiya Nervoza (SBT/ON): Ortoreksiya nervoza, aşırı sağlıklı beslenmeyi tanımlamaktadır. Bu beslenme şekli bireyin yeme davranışında önemli derecede bozulmayı ve beslenmeye yönelik strese yol açan takıntılı davranışı göstermektedir (Strahler, 2020). SBT, bu araştırmada Teruel Ortoreksiya leği ile ölçülen sağlıklı beslenmeye yönelik patolojik yeme davranışı olarak ele alınmaktadır.

2. Sağlıklı Ortoreksiya (SO): Sağlıklı ortoreksiya, sağlıklı beslenmeye ve besinlere yönelik patolojik olmayan bir ilgiyi ifade etmektedir (Zickgraf ve Barrada, 2021). Sağlıklı ortoreksiya, bu araştırmada Teruel Ortoreksiya leği ile ölçülebilen yeme davranışı olarak ele alınmaktadır.

3. Yeme Tutumu: Yeme tutumu inançlar, dūřünceler, duygular, davranışlar ve yemekle olan ilişkiden oluşmaktadır (Alvarenga vd, 2014). Bozulmuř yeme tutumu, gıda ile ilgili sağlıklı olmayan inançlar, dūřünceler, duygular, davranışlar ve ilişkiler olarak tanımlanmaktadır (Alvarenga vd., 2010). Bu çalışmada yeme tutumu Yeme Tutum Testi Kısa Formu (YTT-26) ile ölçülebilen bireyin yemeye yönelik tutumu olarak ele alınmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde, önce sırası ile yeme tutumu ve yeme davranışı, beslenme ve yeme bozuklukları, beslenme ve yeme bozukluklarının aile yaşantıları ile ilişkisini gösteren çalışmalar tartışılmıştır. Ardından, sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya nervoza) ve sağlıklı ortoreksiya kavramları açıklanarak, bu kavramların yurt içi ve yurt dışı kaynaklarına yer verilmiştir.

2.1. Yeme Tutumu ve Davranışı

Yeme, beslenme ihtiyacını gidermenin davranışa dökülmesidir. Bireyin yeterli besin alması ile gelişimine katkıda bulunan, sağlığı ve üretkenliği için gerekli bir davranıştır (Altınok, 2020). Bu sebeple bilinçli bir şekilde, üretkenliği etkileyerek yaşam kalitesini yükseltmeye ve sağlığı korumaya yönelik beslenme yapılması gerekmektedir (İnalkaç ve Arslantaş, 2018).

Yeme tutumu, gıda tercihini ve sağlık durumunu etkileyebilecek, gıda ile ilgili bir dizi inanç, düşünce, duygu, davranış ve yemekle olan ilişki olarak tanımlanmaktadır (Alvarenga vd., 2014; Hatami vd., 2021). Bu nedenle, bozulmuş yeme tutumu, gıda ile ilgili sağlıklı olmayan inançlar, düşünceler, duygular, davranışlar ve ilişkiler olarak tanımlanabilmektedir (Alvarenga vd., 2010). Yiyecek seçimi, yemekten zevk almama, yemek hakkında çok düşünme, başkalarıyla birlikte yemek yemede güçlük, yiyecekleri iyi-kötü veya güvenli-tehlikeli gibi sınıflandırmak, açlıkla baş etmekte güçlük yaşamak ve öfkelenmek, yemeğin hayatını kontrol ettiğini hissetme, duygularla baş etmek için besinleri kullanmak, yemeye ve beslenmeye karşı olumsuz duygu, inanç ve algılar geliştirme gibi durumlar bozulmuş yeme tutumu olarak görülebilmektedir (Alvarenga vd., 2008; Alvarenga vd., 2014).

Yeme davranışı bireyin ruh sağlığından etkilendiği gibi bireyin ruh sağlığını da etkilemekte (İnalkaç ve Arslantaş, 2018; Özkan ve Bilici, 2018), bireyin yaşamında döngüsel bir etki yaratmaktadır. Yeme davranışının açlık ve iştah tarafından ortaya çıkarıldığı düşünülse de hem fizyolojik hem psikolojik olarak çok fazla faktör yeme davranışına etkiye bulunmaktadır (Erbaş, 2015). Bunlardan biri ve araştırmanın değişkenlerinden olan ailesel etkenlerin yeme davranışı üzerindeki etkisi sonraki bölümlerde tartışılmaktadır.

2.2. Beslenme Bozuklukları

Beslenme ve yeme bozuklukları birbirleri ile ilişkili fakat birbirinden farklı iki kavramdır. Beslenme bozukluğu, bazı gıdaların rengi, dokusu, kokusu veya başka etkenler nedeniyle birey tarafından reddedilmesidir (Atay, 2020). Bireyin yaşı gereğince alması gerekenden çok daha az gıda tüketmesi veya gıdaları reddetmesi olarak da görülebilmektedir (Atay, 2020; Rybak, 2015).

Beslenme bozuklukları genellikle 6 yaş ve altındaki çocuklarda görülmekle birlikte, ilerleyen dönemlerde de görülebilmektedir (Rybak, 2015). Beslenme sorunları belli başlı sosyoekonomik düzey, etnik grup ya da cinsiyete atfedilmese de bu sorunların oluşumunda çevresel özellikler ve aile özelliklerinin etkili olduğunu söylemek mümkündür (Aldridge vd., 2010). Çocukluk dönemindeki beslenme alışkanlıkları, çocuk-bakım veren arasındaki ilişkiden oldukça etkilenmektedir. Bu ilişkide ortaya çıkan sorunların çocuğun beslenmesine de etki ederek bir beslenme bozukluğuna dönüşebilmesi olasıdır (Atay, 2020). Ayrıca beslenme sorunları, çocuk ve ebeveyn arasında, her iki tarafta da görülen hayal kırıklığı ile zorlu bir döngü oluşturabilmektedir (Levine, 2012). Bir diğer deyişle beslenme sorunları hem çocukta hem de ailesinde fiziksel, sosyal, duygusal ve gelişimsel birtakım bozukluklara yol açma potansiyeline sahiptir (Aldridge vd., 2010). Bu nedenle, bakım verenlerin besleme biçimlerinin çocuğun beslenme sorununun çözümüne dahil edilmesi gerekmektedir (Kerzner vd., 2015).

Beslenme bozuklukları, beslenme sırasındaki olumsuz davranışlar nedeniyle ayrı bir sorun olarak veya altta yatan bir organik hastalık ya da yapısal anomaliden kaynaklanan eşlik eden bir bozukluk olarak ortaya çıkabilmektedir (Rybak, 2015) Altta yatan organik bir hastalık olmaksızın çocukların seçici beslenmesi, beslenme korkusu, düşük gıda alımı ve tat, koku ya da dokusu nedeniyle gıdayı reddetme gibi yanlış beslenme davranışları olarak da görülebilen bir durumdur (Rybak, 2015; Waugh vd., 2010).

Gelişim düzeyinden beklenen kendi kendine yeme becerisini geliştirememiş olmayı da beslenme bozuklukları içerisine alan araştırmacılar bulunmaktadır (Rawool, 2017). Bireyin bazı sıvıları ya da gıdaları tolere etmekte güçlük çekmesi; rahatlamak, kendini yatıştırmak veya uyarmak için beslenme davranışını kullanması da beslenme bozuklukları olarak açıklanabilmektedir (Waugh vd., 2010).

Beslenme ve yeme bozuklukları konusu genellikle çok boyutludur. Farklı beden sistemlerini, bireysel ve kişilerarası işleyişin belirli yönlerini içermektedir. Bu nedenle biyopsikososyal bozukluklar olarak kavramsallaştırılabilir (Nicholls ve Waugh, 2009).

2.3. Yeme Bozuklukları

Nicholls ve Waugh (2009), yeme bozuklukları terimini, “ağırlık ve beden şekliyle ilgili hastalıklı meşguliyetle ilişkili yeme güçlükleri” olarak açıklamaktadırlar. Yeme bozuklukları bireylerin hem fizyolojik hem de psikolojik sağlığını tehdit etmekte psikososyal işlevselliği de bozmaktadır. (Bohn vd., 2008). Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıkmırcasına yeme bozukluğu üç temel yeme bozukluğu iken kaçınan yeme bozukluğu, gece yemek yeme bozukluğu, pika, ruminasyon gibi bozukluklar da bulunmaktadır. Tüm yeme bozukluklarının yüksek ölüm riski vardır; en çarpıcı oran (%5,9-%9,6) ise anoreksiya nervozadadır (Smink vd., 2012; Hoek, 2006). Yeme bozukluklarının tedavisi de sorunun eş tanılar, yüksek nüks ve ölüm riski içermesi nedeniyle maliyetli olabilmektedir (Agras, 2001; Smink vd., 2012). Bahsedilen yeme bozukluğu türleri aşağıda açıklanmaktadır.

2.3.1. Anoreksiya Nervoz (AN)

Anoreksiya nervozanın sözcük anlamı için bir dönem “tedirginliğin neden olduğu iştahsızlık” içerikli tanımlamalar yapılmıştır. Fakat bu tanımlamanın yanlış olduğu çünkü temelinde kilo alma korkusunun yattığı; bu korkunun bir sonucu olarak da bireyin zaten düşük olan ağırlığını korumayı reddettiği görülmektedir. Bunun nedeni olarak ise bireyin ağırlığını ve bedenini çarpık algıladığı gösterilmektedir (Butcher vd., 2013). AN, DSM-5’e göre bireyin cinsiyetine, yaşına, boyuna, gelişimsel dönemine göre düşük beden ağırlığına neden olan kısıtlayıcı enerji alımında bulunması, kilo almaktan korkması, bedenine yönelik bozuk bir algı ve kilo almayı engelleyen (kısıtlamalar, çıkarma, laksatif kullanımı) veya telafi edici (aşırı egzersiz vs.) davranışlarda bulunması olarak tanımlanabilmektedir (APA, 2014; Morrison, 2017).

AN, bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde oldukça büyük bir etkiye sahiptir. Yavaş kalp atışı, aşırı düşük tansiyon, anemi, kemik problemleri gibi hayati belirtilerinde de anormallikler oluşabilmektedir (Morrison, 2017). Ayrıca diğer psikiyatrik bozukluklarla

karşılaştırıldığında daha yüksek bir nüksetme oranı (%50'ye yakın) söz konusudur (Jassogne ve Zdanowic, 2018).

AN için ergen kızlar, genç yetişkin kadınlar en riskli gruplar olarak tanımlansa da (Smink vd., 2012) AN, her yaş grubundan, cinsiyetten, etnik kökenden, cinsel yönelimden bireyleri etkileyebilmektedir (Atay, 2020). AN'nin yüz kadından beşini etkilediği ve sosyo-ekonomik düzeyi gelişmiş ülkelerde daha yaygın olduğu söylenmektedir (Jassogne ve Zdanowicz, 2018). Ayrıca AN gerek tıbbi gerekse psiko-sosyal sonuçları nedeniyle oldukça yüksek bir ölüm oranına (%5,9-%9,6) sahiptir (Jassogne ve Zdanowicz, 2018; Hoek, 2006). Başlangıç yaşı için en sık görülen yaş aralığı 15-25 yaştır (Atay, 2020; Smink vd., 2012).

2.3.2. Bulimiya Nervosa (BN)

Bulimiya nervosa, kontrol kaybının yaşandığı, tekrarlayıcı bir şekilde alışılmadık miktarda tıknırcasına yemeyi ve kendini aç bırakma, aşırı egzersiz ya da müshil kullanımı, kusma gibi tekrarlayan telafi edici davranışları içeren bir yeme bozukluğudur. Sıklıkla anksiyete ve depresyon belirtileri ile ortaya çıkabilmekte, bireyin kilosunu yanlış değerlendirmesi, beden algısının bozulması ile tanınmaktadır (Levinson vd., 2017; APA, 2014). BN, bireyin beden ağırlığı ve şekli ile ilgili yaşadığı yoğun kaygıyı, kilo alma korkusunu içerir (Hessler vd., 2017).

BN de AN gibi ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki kadınlarda daha sık görülmektedir (Smink vd., 2012). Hay ve Claudino (2010), BN tanısı alanların %90'ının kadın olduğunu söylemektedir. BN vakalarının iyileşme veya gelişme oranı, AN vakalarınınki ile karşılaştırıldığında daha yüksektir (Morrison, 2017). BN'li bireyler normal kiloda veya daha kilolu olabilmektedirler. Bu da BN vakalarının tanınmasını güçleştiren bir durumdur (De Moor, 2004; Hay ve Claudino, 2010).

BN'li bireylerde, "kontrolden çıkmış" hissi ile aşırı ve hızlı gerçekleştirdikleri yeme davranışlarından utandıkları için yalnız başına yemek yeme davranışı da görülebilmektedir (Morrison, 2017). BN'li bireylerde diş çürükleri ve diş minelerinde hasar, tükürük bezlerinde genişleme, mide ve yemek borusunda problemler, kas ağrıları, kronik yorgunluk, boğazda tahriş, bağırsak problemleri ve kilo değişimleri dikkat çeken fiziksel sonuçlardır (De Moor, 2004; Anderson vd., 1997; Atay, 2020).

2.3.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, bireyin kontrolünü kaybettiği hissini eşlik ettiği, belirli bir zamanda alışılmadık derecede çok miktarda yiyeceği tüketmesi olarak tanımlanabilmektedir (APA, 2014). TYB tekrarlayıcıdır ve gizli saklı ya da aç olmadığı halde yeme, rahatsız edici derece doluluk hissedene kadar yemek gibi durumlar; aşırı yemeden kaynaklı kilo artışı görülebilmektedir (Dingemans vd., 2002; Udo ve Grilo, 2018). Ayrıca hızlı ve aşırı yemekten kaynaklı utanç duyma, depresif veya suçlu hissetme ve kilo artışından dolayı kendini değerlendirmede olumsuz yaklaşım oluşabilmektedir (Dingemans vd., 2002; Udo ve Grilo, 2018; APA, 2014). Utanca yalnız yemek yeme isteği ve tikslenme, suçluluk, mutsuzluk duyguları eşlik edebilmektedir (Dingemans vd., 2017). TYB’yi BN’de görülen tıkınırcasına yeme ataklarından ayıran bir özellik, burada telafi edici davranışların söz konusu olmamasıdır (Kessler vd., 2013).

2.3.4. Diğer Yeme ve Beslenme Bozuklukları

Pika. Bireyin besleyici ya da besin değeri olmayan yani gıda olmayan maddeleri uzun süre ısrarla tüketmesi, pika olarak tanımlanabilmektedir (APA, 2014; Nicholls ve Waugh, 2009). Besleyici olsa da un veya çığ patates gibi çığ veya hazır olmayan biçimdeki gıda maddelerinin yenmesini de “pika” içerisine alan araştırmacılar bulunmaktadır (Nicholls ve Waugh, 2009). Pika, metabolik bozukluklar, zehirlenmeler, dişte problemler, iç parazitler, boğulma, enfeksiyonlar veya solunum yolu ve bağırsak problemleri gibi çeşitli tıbbi risklere neden olabilmektedir. Bu nedenle hayati tehlikeye de yol açabilmektedir (Moline vd., 2021; Busch vd, 2021; Bogdanovic vd., 2018; Kaçar ve Hocaoğlu, 2019).

Pika, bilişsel yetersizlikler, öğrenme güçlüğü ve yaygın gelişimsel bozukluklar dahil olmak üzere gelişimsel bozukluklarla; şizofreni, demans gibi psikiyatrik tanılarla ilişkilendirilebilir (Busch vd., 2021; Schnitzler, 2022; Nicholls ve Waugh, 2009). Ayrıca normal zekaya sahip yetişkin bireylerde, hamilelikte ve kültürel olarak onaylanmış uygulamanın bir parçası olarak ortaya çıkabilmektedir (Nicholls ve Waugh, 2009). Fakat bu davranışın herhangi bir kültürel – toplumsal bir uygulamaya hizmet ediyor diye kabul görmesi de söz konusu değildir (APA, 2014). Sorun tanımlamasının dışında tutulan bir durum ise küçük çocukların nesnelere ağız yoluyla keşfetmeye çalıştıkları dönemde bu davranışın normal bir durum olduğudur (Waugh vd., 2010).

Ruminasyon. Ruminasyon bozukluğu, bireyin yediği ve artık yutulmuş hatta sindirilmekte olan besinleri geri çıkarıp yeniden çiğneyip yutması ya da çıkarmasını açıklayan bir yeme bozukluğudur. Bir “geviş getirme” durumudur (APA, 2014; Hartmann vd., 2022). Ruminasyon bozukluğunda kısmen sindirilmiş gıda istemli veya fark edilmeden ve zahmetsizce yeniden geri çıkarılmaktadır (Vachhani vd., 2020).

Ruminasyonun üç farklı grupta görüldüğü söylenmektedir: Bebekler, başta gelişimsel engelleri olmak üzere psikiyatrik ya da nörolojik bozuklukları olan bireyler ve herhangi bir psikiyatrik ya da nörolojik bozukluğu olmayan yetişkinler (Olden, 2001). Bebeklerde, geviş getirmenin genellikle kendi kendini uyarma biçimi olduğu düşünülmesi nedeniyle, ruminasyon deneyimi zevkli veya yatıştırıcı görünmektedir (Nicholls ve Waugh, 2009).

Ruminasyona bağlı olarak mide ve sindirim problemleri, kilo kaybı, karın ağrısı, dişlerde problemler ve nefeste koku, yetersiz beslenme gibi durumlar ortaya çıkabildiği gibi bireyin psikososyal durumu da etkilenebilmektedir (Rajindrajith vd., 2012; Cai vd., 2022). Geri çıkarma (geviş getirme) herhangi bir mide, bağırsak ya da başka bir rahatsızlığın sonucuna bağlanamaz (APA, 2014). Bahsedilen diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi belirgin bir yaş aralığı yerine çocuklukta veya yetişkinlikte ortaya çıkabileceğini söylemek mümkündür (Olden, 2001). Sıklıkla görüldüğü grup erkekler olarak belirtilmektedir (Kaçar ve Hocaoğlu, 2019).

Kaçınan/Kısıtlayıcı Yeme Bozukluğu (KYB). Bireyin belli bir besin grubunu tüketmesi ya da tüketmemesi; yeterli enerji ihtiyacını karşılayacak kadar yememesi, yetersiz vitamin veya mineral alımı şeklinde görülebilen bir yeme bozukluğudur (Waugh ve Kreipe, 2012). Görülme yaşı genellikle diğer yeme bozukluklarına (AN-BN) göre daha düşük olduğundan büyüme ve gelişimde sorunlar, yetersiz beslenme, demir eksikliği, düşük enerji ve enerji alımı ile ilgili yetersizlik süregelen olduğundan kilo kaybı, düşük kilo veya çocuklarda büyüme hızında azalma gibi sonuçlar görülebilmektedir (Atay, 2020; Waugh ve Kreipe, 2012; Karadere ve Hocaoğlu, 2018).

KYB’de, kişilerde yiyeceklerin veya yemek yemenin tiksindirici duyuşal özellikleriyle ilgili kaygı duyma ya da kaçınma durumu gibi özellikler söz konusu olabilmektedir (APA, 2014). KYB’li kişiler tehlikeli olduğunu düşündükleri besinlere karşı

aşırı tepki gösterebilmekte; bulantı, kusma, ağrı gibi durumlardan, hoşlarına gitmeyen dokulardan ve yemek yemenin oluşturduğu duygulardan kaçınmak için de yemeyi kısıtlayabilmektedirler (Karadere ve Hocaoğlu, 2018).

KYB bazı özellikleri bakımından AN ile benzerlik gösterse de KYB’de kilo alımına karşı bir korku, bedene yönelik bir hoşnutsuzluk söz konusu değildir. Fakat besin yetersizliğinin sonucu olarak aşırı kilo kaybı görülebilmekte, aşırı kilo kaybı tanı kriterleri arasında yer almaktadır. Ayrıca psikolojik olduğu gibi toplumsal işlevselliği de düşürmekte; tüp veya besin destekçileri ile beslenmeye yol açabilmektedir (Atay; 2020; Karadere ve Hocaoğlu, 2018; APA, 2014).

Gece Yemek Yeme Bozukluğu. Bireyin gece uyanarak veya akşam saatlerinde, yemek yedikten sonra aşırı yemeye yönelmesidir. Gece meydana çıkan, tekrarlayıcı bir yeme davranışıdır. Birey yemek yediğinin farkındadır (APA, 2014). Genç yetişkinlerde sık görülen bir yeme bozukluğudur (Malesza, 2022). Hem yeme bozuklukları hem de uyku bozuklukları kategorilerine girmektedir (Tzischinsky vd., 2021).

Gece yemek yeme bozukluğuna sahip bireylerde daha düşük uyku kalitesi ve daha kötü uyku verimliliği görülebilmektedir (Tzischinsky vd., 2021). Insomnia görülebilmektedir ve aynı zamanda sabah anoreksiyası diye tanımlanan, sabahları yemek yiyememe durumu da görülebilmektedir (Beauchamp vd., 2020). Ayrıca gece yemeleri ile beden kitle indeksi arasında da anlamlı bir ilişki olduğu görülmekte, gece yemek yeme bozukluğunda fazla kilo olasılığı artmaktadır. (Malezsa, 2022).

2.4. Yeme Bozuklukları ve Aile

Yeme bozuklukları ya da bozulmuş yeme tutumu durumlarında, başta anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza olmak üzere, stresli yaşam olaylarının etkisi olduğu bilinmekle beraber (Atay, 2020); çocukluk çağı cinsel istismarı gibi travmaların da aşırı yeme olarak ortaya çıkabildiği ve yeme davranışında bozulmalara neden olabildiği görülmüştür (Felitti vd., 1998; Usta vd., 2015). Rorty vd. (2000)’nin yaptığı araştırmada, BN öyküsü olan kadınların karşılaştırma grubuna göre babaları tarafından cinsel etkileşimlerden daha fazla bahsetmeleri de bunu destekler niteliktedir.

Anoreksiya nervoza, aile yaşantıları üzerinden en sık incelenen yeme bozukluğu gibi görünmektedir. Anorektik çocukların yaşam öyküleri incelendiğinde, ailelerinde “ideal / model çocuk” olarak tanımlandıkları ve bu kişilerin kendilerine güvenememeleri nedeniyle, her şeyi ebeveynlerini ya da dış kaynakları mutlu edebilmek için yaptığı söylenmektedir (Erol vd., 2002; Erbaş, 2015). Bu nedenle kendi ihtiyaçlarını, dürtülerini, davranışlarını, duygularını ve bedenlerini yönetemedikleri düşüncesi ile kendilerine karşı olumsuz duygular gösterebilmekte, ergenlik döneminde özerklik ihtiyacı daha da baskın hale geldiğinde baskı altında hissederek yaşadıkları çaresizlik duygularını bedenlerine, kilolarına ve yeme davranışlarına yönelerek gidermeye çalışmaktadırlar (Erol vd., 2002; Erbaş, 2015).

Söz edilen açıklamaya benzer bir durum bulimiya nervozada da görülmektedir. BN öyküsü olan kadınlarla yapılan bir araştırmada, bu bireylerin ergenlik döneminde aşırı müdahaleci ebeveynlere sahip oldukları ve özellikle annelerinin mahremiyetlerine saygı duymadığını belirttikleri görülmektedir (Rorty vd., 2000). Yönetebilecekleri tek alanın bedenleri, kiloları, daha kapsamlı olarak yeme davranışı olduğunu düşünmeye başlayan yani kazanamadığı özerklik ihtiyacını bedenini kontrol ederek kazanmaya çalışan bu bireyler yeme bozukluğu geliştirmeye başlayabilmektedir.

Aşırı denetim ile AN görülebildiği gibi, bu denetimi sağlayamayarak tıknırcasına yeme nöbetleri yaşanmaya başlayabilmekte, telafi davranışları olursa BN de görülebilmektedir. Cooper vd. (2004), BN görülen bireylerle çalıştıkları araştırmalarında tanıttıkları yeni bilişsel terapi modellerine, düşük benlik algısı ve erken çocukluk çağı travmalarını da dahil etmiş; bulimik bireylerin düşük benlik algısı ve erken dönem olumsuz deneyimlerine dair birçok bildirimleri olduğunu literatürle de desteklemişlerdir. Erken dönem olumsuz deneyimlerin, psikolojik sorunlara karşı bireyi savunmasız bırakan olumsuz benlik inançlarını geliştirdiğini söylemektedirler.

TYB’li bireyler ile sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir araştırmada, TYB’li ergenlerin tüm aile üyelerinin kontrol grubunun ailelerinden daha az duygusallık gösterdiği, aile üyelerinin duygusal ve güvenlik ihtiyaçlarını karşılamada zorluklar olduğu ve özerklik için esneklik olmadığı görülmüştür (Tetzlaff vd., 2016). Erkek anorektik ergenlerle yapılan bir araştırmada, babaların ergenler için erkeklik açısından model olduğu, babalarda alkol düşkünlüğü görülebildiği ve güçlü bir “kültürel maskülenlik” imajını simgeledikleri söylenmekte; çelişkili ve zayıf baba-oğul ilişkilerinden bahsedilmekte, oğlundan duygusal

olarak uzak olan babaların tipik olduğu görülmektedir (Hamlett ve Curry, 1990). Archibald vd. (1999)'nin ergen kızlarla yaptığı araştırmasında, ergenlik döneminde ebeveyn ile ergen arasındaki ilişkiye dair bulgular, daha az sıcak ve daha çatışmalı ailelerde kız ergenlerin diyet yapma ve düşük beden imajına sahip olma riskinin arttığını göstermiştir.

AN tanısı almış kişilerin aile ilişkilerinin yakın olduğu kadar sorunlu olduğu da düşünülmekte; BN tanısı almış kişilerin ise genellikle aile baskılarının ardından diyetle başladıkları bildirilmektedir (Dinç ve Koçhan, 2016). Araştırmalar, aile tutumlarının özellikle vücut şekli, kilo ve yeme alışkanlıklarıyla ilgili sözlü mesajların, kontrollerin ve baskıların önemini göstermektedir (Rodgers ve Chabrol, 2009; Agras vd., 2007; Machado vd. 2014). Annesi, babası veya her ikisi tarafından görünüşü veya kilosu hakkında olumsuz yorumlara, alaya, eleştiriye maruz kalan kızların yeme davranışlarında bozulmalar görülebildiği söylenmektedir (Kluck, 2010). Kosova'da 18-25 yaş aralığındaki kadın üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada, kadın öğrencilerin kilolarıyla ilgili sorunlarında ailenin görünüşe yönelik tutumlarının en güçlü yordayıcı olduğu ortaya konmuştur (Fortesa ve Ajete, 2014). Bir başka araştırmada ise BN öyküsü olan kadınların birçoğu, yeme bozukluğuna ebeveynlerinin ya da kardeşlerinin alaylarının, aile içindeki kilo verme yarışlarının, baba veya erkek kardeş tarafından ergen kızın vücuduna yöneltilen “şişman” gibi aşağılayıcı kelimelerin, annenin kıskançlığı ve rekabetinin, zayıf olma baskısının neden olduğuna inandığını belirtmişlerdir (Rorty vd., 2000).

Micali vd. (2015)'nin bir araştırmasında, annedeki yeme bozukluğunun kız ergenlerde beden memnuniyetsizliğine, kilo ve beden şekline dikkat etmeye, erkek ergenlerde diyetle neden olduğu bulunmuştur. Lydecker ve Grilo (2016) da yeme bozukluğu olan anne babaların çocuklarındaki bozulmuş yeme davranışlarını incelediklerinde YB olan ebeveynler YB olmayan ebeveynlere göre çocuklarında tıknırcasına yeme ve kompulsif egzersiz dahil olmak üzere daha çok YB davranışı belirtmiştir. Ayrıca YB'li ebeveynlerin kontrol grubuna göre beslenme konusunda daha sorumlu hissettiği, çocuklarının kilosu hakkında daha endişeli ve çocuklarının yeme davranışını daha fazla izleme eğiliminde olduğu bulunmuştur.

Aile işlevselliği ile ilgili bir çalışmada, kısıtlayıcı yeme ve tıknırcasına yeme-çıkarma davranışında bulunan bireyler arasında tıknırcasına yeme-çıkarma davranışında bulunan bireylerin aile işlevselliğinin daha bozuk olduğu görülmüştür (McDermott vd.,

2002). Aynı araştırmada, yeme bozukluğu teşhisi konmuş çocuğu olan ailelerin %50'den fazlasında, en az bir aile üyesinin aile işlevselliğine ilişkin işlevsiz değerlendirmesi yaptığı görülmüştür. Bir başka araştırmada da bahsedilen araştırmayı destekler şekilde, yeme bozukluğuna sahip bireylerin ailelerinde kontrol grubuna göre aile işlevselliğinin daha bozuk olduğu bulunmuştur (Martin vd., 2004). Tozzi vd. (2003) yaptıkları araştırmada, yeme bozukluğu gösteren kişilerin üçte birinin aile işlevselliğinin bozuk olduğu ve bunun yeme bozukluğuna katkıda bulunan bir faktör olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu kategoride, ebeveynin yetersiz bakımı, aşırı kontrolü, ebeveynlerle zayıf ilişki, aile ortamının gerginliği ve duygusal istismar gibi özellikler yer almaktaydı. 13-34 yaş grubu kadınlarla aile işlevselliği üzerine yapılan bir çalışmada ise, aile işlevselliği ile kız çocuklarının yeme bozukluğuna sahip olması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Dancyger vd., 2005).

Yeme davranışında aile yaşantılarının etkisi aile sistemi kuramları ile de açıklanabilmektedir. Sistem kuramcıları, aile üyelerinin birbiri ile ilişkili olduğundan, bu sistemin kendi içinde kuralları olduğundan, döngüsel bir ilişki içerisinde birbirlerini etkilediklerinden ve belli bir denge (homeostazi) içerisinde olduklarından bahsetmektedirler (Toker ve Hocaoğlu, 2009; Erol vd., 2002; Nichols, 2013; Gladding, 2012). Bir sistem olan ailenin sadece yeme davranışında değil, diğer psikolojik zorlanmalar, kişilik gelişimi, başa çıkma becerileri ve daha birçok açıdan aile üyelerini etkilediğini söylemek mümkündür. Özetle, aile bireyin içine doğup büyüdüğü, gelişimine katkıda bulunan, bireyi çok yönlü şekilde etkileyen bir faktördür. Buradan yola çıkarak ailenin beslenme şekli, ebeveyn tutumları, aile işlevselliği, aile yemekleri, aile yapısı, bağlanma şekilleri gibi birçok ailesel etkenin bireyin yeme davranışını etkileyebileceğini söylemekte ve literatür ile destekleyebilmekteyiz.

2.5. Sağlıklı Beslenme Takıntısı / Ortoreksiya Nervoz (SBT/ON)

Ortoreksiya, Yunanca doğru anlamına gelen “orthos” ve açlık-iştah anlamına gelen “orexis” kelimelerinden gelmektedir ve ilk olarak Steven Bratman tarafından 1996'da tanımlanmıştır (Bratman, 2014; Donini vd., 2004). Ortoreksiya kavramının çeşitli kaynaklarda ve günlük yaşamda “ortoreksiya nervoz”, “patolojik sağlıklı yeme”, “bozulmuş sağlıklı yeme” (Dunn ve Bratman, 2016) veya “sağlıklı beslenme takıntısı” olarak da kullanıldığı görülmektedir.

Sağlıklı beslenme, bireyin fizyolojik ve psikolojik sağlığını koruyabilmesi için önemli bir davranış şeklidir. Fakat bireyin takıntılı olarak yemeye yönelik düşünceleri yoğunlaşmaya ve bu durum yaşamını yeme şeklinden pişirme şekline, sosyal aktivitelerinden fiziksel aktivitelerine kadar birçok alanda etkilemeye başladıysa, bu durum sağlıklı beslenme takıntısı olarak tanımlanabilmektedir (Donini vd., 2004, 2005; Moroze vd., 2015). Bu araştırmada ortoreksiya nevroza terimi için “sağlıklı beslenme takıntısı (SBT)” kavramı kullanılarak devam edilecektir.

Ortoreksiya nervoza, kısaca, bireyin sağlıklı olduğuna inandığı bir diyeti katı bir şekilde uygulaması anlamında kullanılmaktadır. “Sağlıklı beslenme takıntısı” ya da “sağlıklı gıda bağımlılığı” olarak da tanımlanan bu yeme davranışı henüz ruh sağlığı tanı kitaplarında yer almamaktadır; bir yeme bozukluğu olarak kabul edilmemekte, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve yeme bozuklukları ile benzerliği nedeniyle tartışılmaktadır (Bosi vd., 2007; Poyraz vd., 2015).

SBT/ON'nin, AN ve BN ile ilişkili olduğu gibi OKB ile ilişkili olduğuna dair çalışmalar bulunsa da OKB ile ilişkili olduğunu belirten oldukça kısıtlıdır (Matera, 2012; Altınok, 2020). Fakat AN gibi yeme bozukluklarında görülebilen obsesyonların ve kompulsiyonların varlığı (Halmi vd., 2003) genel olarak bozulmuş yeme davranışları ile OKB arasında bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir.

Yeme bozukluklarında OKB benzeri ritüel haline gelmiş davranışlar bulunmaktadır ve SBT/ON için de bunu söylemek mümkündür. Bireyler bu ritüel davranışları gerçekleştiremediklerinde ise yoğun kaygı yaşayabilmektedirler. SBT'de bu durum farklı olarak sağlıklı beslenmekten gelen dokunulmazlık hissi ile örtülebilmektedir (Andreas vd., 2018).

Bireyin yeme davranışı hakkında düşünme süresinin artması ve doğal-organik malzemeler tedarik etmek veya yemeklerini planlamak için günde üç saatten fazla vakit harcaması SBT/ON göstergesi olarak kabul edilmektedir (Koven ve Abry, 2015). Bir diğer deyişle, ortorektik bireylerde sağlıklı beslenmeye yönelik takıntılı bir yaklaşımdan edilmektedir (Donini vd., 2005).

Patolojik düzey olarak tanımlanan takıntıya dönüşmüş sağlıklı beslenmenin AN ile benzer fizyolojik etkilere yol açabildiği söylenmektedir (Park vd., 2011). Moroze vd. (2015) tarafından sunulan üç yılda 31,75 kilo kaybederek yetersiz beslenme öyküsü olan, testosteron eksikliği, kabızlık, diş problemleri gibi çeşitli fizyolojik sorunların da eşlik ettiği vakada kişinin yiyeceklere yönelik garip inançları vardır. Yetersiz beslendiğini ve ciddi derecede zayıf görüldüğünün de farkındadır, fakat diyetinin “saflığı” konusunda ısrarcıdır. Bu ON vakasında da bireyde AN ile benzer fizyolojik bozulmalar görülmüştür. Ayrıca vakada sunulan Bay A.’nın “bedenime bir tapınak gibi davranmaya ve ona ihtiyaç duyduğu saf yapı taşlarını vermeye odaklanmış olduğum” cümlesi ortorektik bireylerin bu beslenme şekline yönelik takıntılarını metaforik olarak açıklamaktadır. Sağlıklı beslenme takıntısının AN ve BN ile benzerliğinden en dikkate değerisi ise üç yeme davranışında da güçlü bir kontrol ihtiyacıdır (Costa vd., 2017).

Daha doğal ve sağlıklı yemeye yönelik patolojik takıntının sonucunda ortorektik bireyler için, beslenmede yemeğin lezzeti, çeşidi ya da yemeden alınan keyif daha az önemli, gıdanın sağlıklı olması, besin değeri ve kalitesi daha önemli bir faktördür (Aksoydan ve Camci, 2009; Andreas vd., 2018; Dunn ve Bratman, 2016; Varga vd., 2013).

SBT’li olarak adlandırılan kişiler, genetiği değiştirilmiş maddeler içerebilecek belirli gıdaların yanı sıra önemli miktarda yağ, şeker, tuz veya diğer istenmeyen maddeler içeren yiyeceklerden de kaçınırlar (Moroze vd., 2015). Ürünlerin satın alım aşamasında paketleri uzunca inceleyebilmekte, içindekilerde sağlıklı olmadığını düşündükleri herhangi bir madde olduğu takdirde tüketmemektedirler (Oğur vd., 2015). Katkı maddesi olmayan saf gıdaları tüketmeye yönelik takıntıları nedeniyle yiyecekleri çiğ tükettikleri, çiğ olarak tüketebilecekleri sebze ve meyveleri tercih ettikleri de görülmektedir (Evcimen ve Ayyıldız, 2020).

Ortorektik bireylerde gıda seçimi, anlatıldığı üzere gıdanın sağlıklı ve doğal olması yönündedir. Gıda seçimi kalori hesabı ya da kilo kaybı gibi amaçlar dışında yapılmaktadır (Dunn ve Bratman, 2016). Fakat sağlıklı beslenmeye yönelik çabaların sonucu kilo kaybettikleri de görülmektedir (Oğur vd., 2015; Bosi vd., 2007). Bir diğer deyişle SBT’li bireyler AN ve BN’li bireylerle karşılaştırıldığında güzel görünmek için katı bir beslenme uygulamamaktadırlar. Buradaki amaç kusursuz bir diyet ile sağlıklı besinler tüketmeye özen göstermektir. Bu katı sağlıklı beslenme “diyeti” nedeniyle de kilo verdikleri

görülebilmektedir. (Koven ve Arby, 2015; Oğur vd., 2015). Bireylerin bazı gıdaları sağlıksız veya doğal olmadığı gibi düşüncelerle hayatlarından çıkardıkları, diyetlerine dahil etmedikleri görülebilmektedir. Bu durumun besin eksikliklerine, psiko-fiziksel durumunun değişmesine yol açabildiği gibi sosyal-kişisel ilişkilerinin değişmesine de yol açabildiği bilinmektedir (Donini vd., 2004; Uzdil vd., 2019).

Ortorektik bireylerde, beslenme alışkanlığına bağlı olarak aileden veya sosyal çevreden uzaklaşma görülebilmektedir. Bu uzaklaşmanın sebebi, kendisi gibi beslenmeyen bireylerle birlikte yemek yemeyi istememelerinden; üstünlük duygusu ile bu kişileri küçümsemelerinden kaynaklanmaktadır. Sosyal ilişkilerin bozulması sonucu sosyal izolasyona neden olmasından dolayı uyum problemi olarak açıklanabilmektedir (Alvarenga vd., 2012; Valente vd., 2019; Koven ve Abry, 2015; Varga vd., 2013; Mathieu 2005). Bu sosyal izolasyon sonucu paradoksal bir yalnızlık duygusu ve memnuniyetsizlik de söz konusu olabilmektedir (Alvarenga vd., 2012).

Bireyin yiyecek seçimi ve planlaması için uzun vakitler harcaması, hazırlama ve tüketme şekline aşırı odaklanması, sağlıksız olduğunu düşündüğü besinlere yakinken sıkıntı veya tiksinti yaşaması, belirli besinlerin dahil edilmesinin veya ortadan tamamen kaldırılmasının hastalıkları engelleyebileceğine, iyileştirebileceğine ya da kişinin refahını etkileyebileceğine yönelik abartılı bir inanç göstermesi, başkalarını beslenme şekilleri nedeniyle yargılaması, “saf olmama” inancı nedeniyle beden imajında bozulmalar yaşaması ve bu diyet katı bir şekilde uyduğu için ortaya çıkan yetersiz beslenme ve diğer fizyolojik sonuçlara rağmen bu diyetin en sağlıklı olduğunu savunması gibi davranışlar SBT için örnek gösterilmektedir (Dunn ve Bratman, 2016).

2.5.1. Tanı Kriterleri

Sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya nervoza) henüz psikiyatrik tanı kitaplarında yer almamaktadır. Bu nedenle resmi tanı kriterleri olmasa da Moroze vd. (2015) ve Dunn ve Bratman (2016)'ın çalışmalarında yer verilen iki örnek tanı kriteri listesi vardır (Tablo 1 ve Tablo 2):

Tablo 1

Moroze vd. (2015) Ortoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri

Tanı Kriterleri

Kriter A: Besinlerin kalitesi ve bileşenleri ile ilgili endişeye odaklanan, sağlıklı besinler tüketmeyle ilgili takıntılı meşguliyeti açıklamaktadır. (Aşağıdakilerden iki veya daha fazlası görülmelidir.)

1. Besinlerin “saflığı” ile ilgili kafasını meşgul eden inançlar nedeniyle dengesiz bir beslenme diyeti uygulamak.
2. Saf olmayan / sağlıksız yiyecekler yemeye ve besin kalitesi ve bileşiminin fiziksel ve/veya duygusal sağlık üzerindeki etkisine dair meşguliyet ve endişeler.
3. Birey tarafından “sağlıksız” olduğuna inanılan yağ, koruyucu madde, katkı maddesi, hayvansal ürün veya sağlıksız kabul edilen diğer bileşenleri içeren gıdalardan katı bir şekilde kaçınma.
4. Gıda uzmanı olmayan kişiler için, algılanan kalite ve bileşene bağlı olarak belirli besin türleri hakkında okumaya, bilgi edinmeye ve/veya hazırlamaya aşırı vakit harcamak. (ör. günde üç saat ve üzerinde süre ile)
5. “Sağlıksız / saf olmayan” besinler tüketilen ihlallerden sonra suçluluk duygusu ve endişe.
6. Başkalarının besin inançlarına karşı hoşgörüsüzlük.
7. Algılanan kalitesi veya bileşeni nedeniyle besinlere gelirine göre aşırı para harcamak.

Kriter B: Beslenmeye yönelik meşguliyetinin aşağıdakilerden herhangi biri nedeniyle zarar verici hale geldiğini açıklamaktadır.

1. Beslenme dengesizlikleri nedeniyle fiziksel sağlıkta bozulmalar. (ör. yetersiz gelişim vs.)
2. Bireyin “sağlıklı” beslenme konusundaki inançları, takıntılı düşünce ve davranışları nedeniyle sosyal, akademik veya mesleki işlevlerde ciddi sıkıntı veya bozulma.

Kriter C: Bu bozukluk yalnızca obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni veya başka bir psikotik bozukluk gibi başka bir sorunun semptomlarından ortaya çıkmamaktadır.

Kriter D: Bu davranış dini veya özel gıda gereksinimleriyle ilgili endişeler, profesyonel olarak teşhis edilmiş gıda alerjileri veya belirli bir diyet gerektiren tıbbi durumlarla ilgili değildir.

Tablo 2

Dunn ve Bratman (2016) Ortoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri

Tanı Kriterleri

Kriter A: Bir diyet teorisi ya da belirli ayrıntıları değişebilen inanç dizisi tarafından tanımlanan “sağlıklı” yemeye takıntılı odaklanma; sağlıksız olarak algılanan yiyecek seçimleriyle ilgili olarak abartılı duygusal sıkıntı; birincil hedef olmamasına rağmen diyet seçimleri sonucunda kilo kaybı:

1. Bireyin ideal sağlığı desteklediğine inandığı, bu inancı doğrulayan ve kısıtlayıcı diyet uygulamalarıyla ilgili zorlayıcı davranış ve/veya zihinsel meşguliyet.
2. Kendine dayattığı katı diyet kurallarının ihlali abartılı hastalık korkusuna, kişisel kirlilik hissine ve/veya kaygı ve utancın eşlik ettiği olumsuz fiziksel duygulara neden olur.
3. Diyet kısıtlamaları zamanla artar ve tüm gıda gruplarının ortadan kalkmasını içerebilir. Ayrıca arındırıcı veya “detoks” edici olarak kabul edilen, giderek daha sık ve/veya şiddetli “temizlemeleri” (kısmi oruçlar) içerir. Bunlar genellikle kilo kaybına yol açar ama kilo verme isteği yoktur, sağlıklı beslenme fikrine tabidir.

Kriter B: Kompulsif davranış ve zihinsel meşguliyet aşağıdakilerden herhangi biri nedeniyle klinik olarak rahatsız edici hale gelir:

1. Yetersiz beslenme, şiddetli kilo kaybı veya kısıtlayıcı diyetten kaynaklı diğer tıbbi komplikasyonlar.
2. Sağlıklı beslenme ile ilgili inanç veya davranışlara bağlı olarak içsel sıkıntı veya sosyal, akademik, mesleki işlevsellikte bozulma.

Olumlu beden imgesi, benlik değeri, kimlik ve/veya tatmin kendi tanımladığı “sağlıklı” yeme davranışına uymasına oldukça bağlıdır.

2.6. Alan Yazın

Sağlık beslenme takıntısı, daha önce de bahsedildiği gibi oldukça yeni bir kavramdır ve geçmiş yaşantılara yönelik araştırmalar sınırlıdır. Bu bölümde yurt içinde ve yurt dışında SBT ile ilgili yapılan cinsiyet, yaş, spor alışkanlığı, kronik rahatsızlık, eğitim durumu, yeme bozukluğu tanısı, yaşam ortamı, beslenme şekli, gelir durumu gibi farklı değişkenlere sahip araştırmalara yer verilmektedir.

2.6.1. Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar

Oğur vd. (2015), 486 üniversite öğrencisiyle yaptıkları araştırmada SBT'nin kadın öğrencilerde daha sık görüldüğünü belirtmektedirler. Ayrıca öğrencilerin SBT eğilimleri yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir.

Arusoğlu vd. (2008), Orto-11 ölçeğini Türkçeye uyarladıkları araştırmada 19-66 yaş aralığındaki 994 yetişkini incelemiştir. Kadınlarda SBT eğilimini daha yüksek

bulmuşlardır. Obsesif kompulsif davranışlar ve bireyin yeme tutumundaki bozulma ile SBT eğilimi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir.

Sanlier vd. (2016), 17-23 yaş aralığındaki 900 üniversite öğrencisini inceledikleri araştırmada SBT'nin kadınlarda daha sık görüldüğü belirtilmektedir. YTT-40 ve Orto-15 kullandıkları araştırmada yeme tutumu ve ortoreksiya puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulmuşlardır. Orto-15'te düşük puan SBT eğilimini işaret etmektedir. Bu nedenle yeme tutumundaki bozulma arttıkça SBT eğilimi de artmaktadır.

Öcal vd. (2020), 24-50 yaş aralığındaki 230 araştırma görevlisini inceledikleri araştırmada 28 yaş ve altındaki kişilerin ve kadınların SBT eğilimlerinin 28 yaş üstündeki kişilere ve erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gıdaların organik olmasına ve fast-food tüketmemeye özen gösterenlerde, düzenli beslenme alışkanlığı olanlarda, her gün tartılanlarda ve mevcut kilosundan memnun olmayanlarda SBT eğilimi daha yüksek çıkmıştır.

Güngör (2021), 20-29 yaş aralığında ve spor salonunda düzenli spor yapan 200 yetişkin ile beslenme bilgileri ve SBT varlığı üzerine bir inceleme yapmıştır. Erkeklerin Orto-11 puanları kadınlara göre daha düşük çıkmıştır. Bu da erkeklerde SBT eğiliminin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca bireylerin beslenme konusundaki bilgileri arttıkça Orto-11 puanlarının düştüğü yani SBT eğiliminin arttığı görülmektedir.

Fidan vd. (2010)'nin Erzurum'da 878 tıp fakültesi öğrencisi ile yaptıkları araştırmada, erkek öğrencilerde kadın öğrencilere göre SBT eğilimi daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca 21 yaş altındaki SBT oranının, 21 yaş üstündekilerin SBT oranından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ebeveynlerin meslekleri ile bireylerin SBT eğilimi arasındaki ilişkiye de bakan araştırmacılar anlamlı ilişki bulamamıştır. YTT-40 ölçeğinden alınan puanlara göre bozulmuş yeme tutumu olan öğrencilerin daha yüksek SBT eğilimine sahip oldukları görülmüştür.

Karakus vd. (2017)'nin İstanbul'dan 208 beslenme ve diyetetik öğrencisi ile yürüttüğü araştırmada, erkeklerde ve ailesiyle birlikte yaşayan bireylerde SBT eğilimi daha yüksek çıkmıştır. Kronik rahatsızlık değişkeni ile SBT arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Özdenoğlu ve Dege (2015)'nin 164 üniversite öğrencisi ile yaptığı araştırmada, kız öğrencilerin SBT puanları erkek öğrencilere göre daha yüksek çıkmış, fakat belirgin bir farklılık bulunamamıştır. Katılımcıların yaşları ve barınma yerlerinin de SBT puanlarında anlamlı bir değişikliği yordamadığı saptanmıştır.

Pehlivan vd. (2019), 1014 üniversite öğrencisiyle yürütölen araştırmada, her iki cinsiyet için benzer oran bulmuşlardır. Ayrıca düzenli spor alışkanlığının SBT ile anlamlı bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Spor alışkanlığının düzeyi arttıkça SBT eğiliminin de arttığı belirtilmiştir.

Yeşil vd. (2018)'nin yetişkin bireylerde cinsiyetin SBT ile ilişkisini inceledikleri araştırmada, kadınlardaki SBT eğilimi erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır. SBT eğilimi gösterenlerin %60,1'nin lisans ve lisansüstü düzeyde eğitim sahibi olduğu bulunmuştur.

Ulus ve Taşçı (2021), 219 beslenme ve diyetetik öğrencisiyle yaptıkları çalışmada, cinsiyetler arası anlamlı bir fark bulamamışlardır. SBT eğilimlerinin 3. sınıf öğrencilerinde 1. ve 4. sınıflara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumu 3. sınıfın mesleki eğitim derslerinin en yoğun olduğu yıl olması ile açıklamışlardır.

Yıldırım ve Demirer (2022) üniversite öğrencileri ile yaptıkları araştırmada, SBT eğilimi olan bireylerde besin etiketindeki katkı maddeleri, besin değerleri, marka bilgileri gibi özellikleri okumanın SBT eğilimi olmayanlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmazken kronik rahatsızlığın SBT eğilimi olanlarda daha sık olduğu görölmüştür.

Garipoğlu vd. (2019), beslenme ve diyetetik bölümünde okuyan 18-24 yaş aralığındaki 189 kız öğrenciyle yaptıkları araştırmada, katılımcıların %76,7'sinde SBT eğilimi bulmuşlardır. SBT eğilimi olanların SBT eğilimi olmayanlara göre daha çok fiziksel aktivitede buldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Baysal (2020)'in araştırmasında, 18-64 yaş aralığında olan ve en az 3 aydır bir spor salonuna giden 107 katılımcı incelenmiştir. Ara öğün tüketen, haftada en az 5 kez spor yapan bireylerde SBT eğilimi daha yüksek çıkmıştır. 12 ay veya üstünde spor yapanların daha kısa süredir spor yapanlardan daha yüksek SBT eğilimi gösterdikleri bulunmuştur.

Öner (2021), Elazığ'da spor merkezine üye 322 bireyle yürüttüğü araştırmasında, 4 yıl ve üzeri spor merkezi üyesi olan bireylerde daha yüksek SBT eğilimi bulmuştur. Erkek katılımcılarda daha yüksek SBT eğilimi bildirilmiştir.

Dalmaz ve Yurtdaş (2015) da 20-45 yaş arasındaki bireylerle yaptıkları çalışmada, spor yapma ile SBT eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Spor yapan bireylerin yapmayanlara kıyasla daha bozuk yeme tutumuna sahip olduğu ve sağlıklı beslenmeyi yaşam tarzı olarak yorumladıkları bulunmuştur.

Berber (2021)'in 18 yaş üzeri 767'si kadın olmak üzere 832 yetişkin ile yaptığı çalışmada, pandemi sürecinde egzersiz yapmayanlarda SBT riski daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca Instagram kullananlar, alkol kullanmayanlar ve diyetisyen olanların da SBT riski yüksek bulunmuştur. Cinsiyete göre ise farklılık saptanmamıştır.

Canbaz ve Özsöz (2020)'ün yaptığı çalışmada, ortorektik bireylerin sosyal izolasyon durumundan yola çıkılarak, beslenme etkinliğini gerçekleştirmek için seçtikleri mekân tercihlerine bakılmıştır. Katılımcılardan bir kısmının düşük kalori ve sağlıklı yiyecekler bulabilecekleri mekanları seçtikleri, bir kısmının ise mekân seçiminin sağlıklı beslenme eğilimine bir katkısı olmadığını söylediği görülmüştür. Bir başka değişken olarak dış görünüş ve sosyal ilişkiler arasındaki ilişkiye bakılmış ve katılımcıların yarısından sağlıklı beslenme ile değişen dış görünüşlerinin sosyal ilişkilerini etkilediğine dair geri bildirim alınmıştır. Yine katılımcılardan yarısının spora başladıktan sonra sağlıklı beslenmeye başladığı görülmüştür.

Duran (2016)'ın Balıkesir'de 505 sağlık yüksekokulu öğrencisiyle yaptığı çalışmasında, kilo alma/verme üzerine herhangi bir davranışta bulunanların Orto-11 puanları, bulunmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca bireylerin yeme tutumu bozuldukça SBT eğiliminde de artış olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Arslantaş vd. (2017)'nin 181 hemşirelik öğrencisiyle yürüttükleri çalışmada, kilo alma endişesi olanların ve doğru beslenmeyi önemseyenlerin SBT eğilimleri yüksek bulunmuştur. Yeme tutumu bozuldukça SBT eğiliminde de artış olduğu belirtilmiştir.

Hamurcu (2019)'nun hemşirelik öğrencileri ile yaptığı araştırmanın bulgularına göre, kilosundan memnun olmayan, yiyeceklerini planlayan, doğal gıda tüketmeye ve beslenme düzenine özen gösteren, beslenme üzerine bilgiler edindiğinde beslenme davranışında değişiklik gösteren öğrencilerin SBT riski daha fazladır. Yemeğini yalnız veya arkadaşlarıyla yiyenlerin ailesiyle yiyenlerden SBT için daha riskli grupta yer aldığı da görülmüştür.

Sağlıklı beslenme takıntısının araştırıldığı çalışmalarda aile etkeninin incelendiği nadir olarak görülmektedir. Genellikle ailenin geliri ve ebeveynlerin eğitim düzeyleri ile ilgili temel bilgiler yer almaktadır. Kız yurdunda kalan öğrencilerin SBT eğilimleri ile aile gelir düzeyi ve ebeveynlerin eğitim düzeyi arasındaki ilişkiye bakılan araştırmanın bulgularına göre, SBT ile ailenin aylık geliri veya ebeveynlerin eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Oktay vd., 2021).

Türker (2021), 1985 ergen ile yaptığı araştırmasında cinsiyet ile SBT arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Bu araştırmanın bulgularına göre, ebeveyn eğitim durumu ile SBT arasında bir ilişki yoktur. Başka bir aile faktörü olarak ergenlerin sağlıklı beslenme ile ilgili algılarına ebeveynlerin kontrolünün etkisi olup olmadığını incelemiştir. Sonuç olarak ebeveyn kontrolü ve ergenlerin sağlıklı beslenmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır; SBT olarak tanımlanabilecek patolojik davranışa ebeveyn kontrolünün etkisinin olduğu görülmemiştir.

Merdin (2018)'in 20 yaş üstü yetişkinlerle yürüttüğü çalışmasında, kişinin özel diyet uygulamasının, depresyonun ve çocukluk çağı ruhsal travmalarının ortorektik belirtiler ile anlamlı bir ilişkisi olduğu belirtilmiştir. SBT, kişinin psikolojik yardım alma durumuna ya da ciddi bir sağlık sorununun olmasına göre incelendiğinde ise anlamlı farklılık göstermediği bulgusuna ulaşılmıştır.

Güvenç (2020), Isparta'da yaşayan 18 yaş üzeri bireyleri incelediği araştırmasında, kronik rahatsızlık ve SBT arasında anlamlı bir fark bulamamıştır. Ayrıca SBT'nin mutluluk üzerinde pozitif bir etkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Aslan ve Aktürk (2020)'ün meme kanseri teşhisi konmuş bireylerle yaptıkları araştırmada, meme kanserli bireylerin ve başka kronik rahatsızlıkları olan bireylerin sağlıklı

kontrol grubuna göre daha yüksek SBT riski gösterdiğine ulaşılmıştır. Aynı çalışmada yüksek eğitim düzeyi ve yüksek gelirin de SBT riski ile ilişkili olabileceğine görülmektedir. Tedavi sürecinde sosyal destek gören hastaların da daha fazla ortorektik semptomlar gösterdiği bulunmuştur.

Alan yazında Türkiye’de yeme tutumu veya yeme bozuklukları üzerine ailelerle yapılan araştırmalar olsa da aile yaşantılarını kapsamlı şekilde ele alan araştırmalar sınırlıdır. Henüz yeni tanımlanmaya çalışılan “ortoreksiya nervoza” açısından kısıtlı araştırma olmasının yanında bireylerin geçmiş aile yaşantılarının bugünkü SBT eğilimine etkisinin incelendiği kapsamlı araştırmaların da olmadığı görülmektedir. Ayrıca SBT araştırmalarının büyük çoğunluğunun beslenme ve diyetetik, tıp, sağlık bilimleri veya hemşirelik gibi bölümlerin öğrencileri ya da mezunları ile yapıldığı gözlenmektedir. Bu nedenle, bu araştırmalardan elde edilen bulguların belirli gruplara yönelik olmasından kaynaklanabilecek eksikliği gidermek ve sağlıklı beslenme takıntısı kavramına yönelik yeni bilgilere ulaşmak için genellenebilirliği daha çeşitli özellikleri içeren bir evrenle çalışmak faydalı olacaktır.

2.6.2. Yurt dışında Yapılan Araştırmalar

Strahler (2020), Almanya’da 16 yaş ve üzeri bireylerle yaptığı araştırmada ortorektik beslenmenin iki boyutunu anlayabilmek için sağlıklı ortoreksiya (SO) ve sağlıklı beslenme takıntısı (ON) ile ruh sağlığı ilişkisini incelemiştir. SBT’nin kadınlarda daha zayıf ruh sağlığı ile ilişkili olduğu, SO ile ruh sağlığı arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Erkeklerde ise SO’nun daha iyi bir ruh sağlığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. SBT, açıkça daha yüksek düzeyde zorlanma ve daha düşük refah ile ilişkiliyken, beslenmeye sağlıklı ilgi olan SO ile zorlanma arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ancak SO, refah ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Lübnan’da 18 yaş üzeri 787 kişiyle gerçekleştirilmiş bir araştırmada, SBT ile aleksitimi, duygu düzenleme bozukluğu ve bozulmuş yeme tutumu arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Bu araştırmada duygu düzenleme ve bozulmuş yeme tutumu ile SBT arasında anlamlı bir ilişki bulunurken; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, evin kalabalıklığı gibi durumlarla arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (Obeid vd., 2021).

Lübnan’da Orto-R’nin Arapça geçerlik güvenilirlik çalışmasını gerçekleştirirken SBT ile bozulmuş yeme tutumu ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi inceleyen bir başka araştırmada, kadınların SBT düşüncelerine daha yatkın olduğu görülmüştür. Yüksek Orto-R puanları her iki cinsiyette de yüksek YTT-26 puanları ile ilişkili bulunmuştur. Bu da düşük SBT eğiliminin yüksek bozulmuş yeme tutumu ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Hallit vd., 2021).

Farchakh vd. (2019), Lübnan’daki üniversitelerde eğitim gören 627 tıp öğrencisi ile yaptıkları ve kaygıyı ölçmek için HAM-A, SBT’yi ölçmek için Orto-15 ve yeme tutumunu ölçmek için YTT-26 ölçeklerini kullandıkları araştırmada bozulmuş yeme tutumunun daha yüksek SBT ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Aynı zamanda SBT’li bireylerin daha düşük psikolojik stres ve kaygıya sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Uriegas vd. (2021), üniversite öğrencisi atletlerle yaptıkları araştırmada, Orto-15 testinde <40 kesme puanı kullanıldığında üniversiteli atlet kadınların %69,9’unda, erkeklerin ise %63,3’ünde genel örneklemin ise %67,9’unda SBT riski bulmuşlardır. Kesme puanı olarak <35 kullanıldığında ise SBT görülme riski %17,7’ye düşmüştür. SBT riski ve YB riski arasındaki ilişkiye baktıklarında, SBT riski taşıyan sporcuların taşımayanlara göre YB riski altında olmaları %20,6 daha fazla çıkmıştır. Cinsiyete göre incelendiğinde ise, SBT riski olan kadınlar %25,1 erkekler %16,4 SBT riski olmayanlara göre daha yüksek YB riskine sahiptir. Geçmiş YB tanısı ile SBT ilişkisi ise kadınlarda anlamlı çıkmıştır.

Villa vd. (2022), Şili’deki üniversitelerden 90 beslenme ve diyetetik bölümü öğrencisiyle yaptıkları araştırmalarında, beslenme öğrencisi olmak, özellikle de ikinci sınıf düzeyindeki öğrenciler için SBT riski bakımından anlamlı bulgular ortaya koymuştur. Ayrıca öğrencilerin mezun oldukları ortaöğretim türünün de SBT riski üzerinde etkisi olabileceği belirtilmiştir: özel okulların (private school), devlet fonlu sözleşmeli okullardan (charter school) daha düşük risk gösterdiği görülmüştür. Ders dışı etkinliklerin etkisi incelendiğinde ise, sosyal etkinliklerin SBT riski ile ilişkisi anlamlı çıkmamıştır. Instagram kullanımının etkisine baktıklarında, Instagramı günde 1 saatten az ve 3 saatten fazla kullanmanın SBT riski ile ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır.

Awad vd. (2021)’nin 519 yetişkinle Lübnan’da yaptıkları, SBT ve SO’nun depresyon, anksiyete ve stres ile ilişkisine bakmak için TOÖ kullandıkları araştırmada,

depresyon ve anksiyetenin SBT ile pozitif bir ilişkisi olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca yüksek anksiyete ve kadın olmanın yüksek SO puanı ile, yüksek stresin düşük SO puanları ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Kadınlarda erkeklere göre ve evlilerde bekar katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek ortalama SO puanı bulunmuşken bu değişkenlerin hiçbiri SBT ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmamıştır.

Oliveira vd. (2021)'nin Brezilya'da beslenme bölümünde okuyan 285 üniversite öğrencisinin sosyal medya ve diyet geçmişini inceledikleri araştırmada, ortorektik davranışları olan bireylerin sosyal medya ölçeğinde sağlıklı/sağlıksız diyet ve beslenme ile ilgili sorulara ağırlıklı olarak "sık sık veya her zaman" cevaplarını verdiği, ortorektik davranışları olmayan bireylerin ise "asla" yanıtını verdiği dikkat çekmiştir. Bu sonuçlara göre, ortorektik davranışları olan bireylerin daha sık diyet ve sosyal medya ile ilgili sosyal ağları kullandıkları bulunmuştur. Ayrıca daha önce diyet yapmış olan bireylerde ortorektik davranışların daha fazla olduğu görülmüştür.

Matera vd. (2022), Polonyalı ve İtalyan genç yetişkinleri inceledikleri araştırmalarında, bulimiya başta olmak üzere bozulmuş yeme tutumu, diyet, yemekle meşguliyet, orta yoğunlukta fiziksel aktivite ile sağlıklı beslenme ile ilgili problemlerle; diyet, benlik saygısı gibi kavramların sağlıklı beslenme hakkında bilgi ile bağlantılı olduğunu bulmuşlardır.

Guglielmetti vd. (2022), İtalya'da Pavia Üniversitesi'nde okuyan farklı bölümlerden üniversite öğrencileri ile yaptıkları araştırmada, diyetin SBT riskinde oldukça önemli bir etken olduğunu belirtmişlerdir. Bölümlere göre incelediklerinde ise sağlık bilimleri öğrencilerinde diyetin tek belirleyici olduğunu, ekonomi-beşeri bilimler öğrencilerinde sporun koruyucu etken olduğunu, spor öğrencilerinde diyet ve takviye kullanımının, beslenme ve diyetetik öğrencilerinde ise haftalık spor süresinin etkili olduğunu bulmuşlardır.

Novara vd. (2021), İtalya'nın Padova Üniversitesi'nde okuyan, ana dili İtalyanca olan 18-30 yaş aralığındaki 1075 öğrenci ile yaptıkları araştırmada, SBT belirtilerinin geçmiş yeme bozukluğu tanısı, hastalıklar ve hayatında en az bir kez diyet yapmış olmakla ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Geçmişte yeme bozukluğu tanısı almış, kısıtlayıcı diyet uygulamış, vejeteryan veya vegan olanlar kişilerde SBT'nin daha sık görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Zayıflık veya beden memnuniyetsizliğine yönelik inanışlar ve davranışların ve

geçmiş diyet sayısının, SBT belirtileri gösterenlerde ortak özellik olduğunu belirtmişlerdir. Cinsiyete göre ise, erkeklerde daha yüksek SBT belirtileri bulunmuştur. Anksiyete, depresyon ve obsesif-kompulsif davranışlarla ise anlamlı bir ilişki bulamamışlardır.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Bu bölümde araştırmanın deseni, araştırmanın örnekleme, verilerin toplanması ve analizi açıklanmıştır.

3.1. Araştırma Deseni

Bu tez çalışması, genç yetişkinlerin geçmiş dönem aile yaşantılarında sorunların varlığı (stres puanı) ve bireyin bu sorunlardan ne düzeyde etkilendiği (stresten etkilenme puanı) ile yeme tutumu ve SBT arasındaki ilişkinin incelendiği, nicel araştırma yöntemine dayalı, betimsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırma Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evreni 18-24 yaş aralığındaki genç yetişkinler olarak planlanmıştır. Örneklem, uygun örnekleme tekniği (convenience sampling) yöntemi ile seçilmiştir (Özen ve Gül, 2007). Bu yöntem zaman, maliyet ve covid-19 dönemi gibi sınırlılıklarda katılımcılara ulaşmak için seçilmiştir. Katılımcılara covid-19 nedeniyle çevrimiçi yollarla ulaşılmıştır. Uygulama Google form kullanılarak yapılmış, her e-posta adresinin formu sadece bir kez doldurmasına izin verilmiştir. Genç yetişkinlere ulaşabilmek için WhatsApp grupları, Instagram ve Facebook gibi sosyal medya mecraları kullanılmıştır. Toplam 281 kişiye ulaşılmış ve 225 katılımcının verileri örnekleme dahil edilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, araştırmacı tarafından oluşturulan ve tez danışmanı tarafından onaylanan Kişisel Bilgi Formu, Garner ve diğerleri tarafından 1982’de oluşturulan ve 2020 yılında Okumuş ve Berk’in Türkçeye uyarladığı 26 maddelik Yeme Tutumu Testi (YTT-26), Tuğrul (1996) tarafından Türkiye’de geliştirilen Gençlik Dönemindeki Aile Sorunlarını Değerlendirme Ölçeği (GDASDÖ) ve Barrada ve Roncero (2018) tarafından geliştirilen, Asarkaya ve Arcan (2021)’in Türkçeye uyarladığı Teruel Ortoreksiya Ölçeği kullanılmıştır.

3.3.1. Gençlik Dönemindeki Aile Sorunlarını Değerlendirme Ölçeği (GDASDÖ)

Araştırmada Lazarus’un Stresle Başa Çıkma Modeli’nden yola çıkarak Türkiye’de Tuğrul (1996) tarafından geliştirilmiş olan Gençlik Dönemindeki Aile Sorunlarını Değerlendirme Ölçeği kullanılıp, erken dönem aile yaşantılarına çok yönlü bakılarak

incelenmiştir. Alt boyutları otoriter-baskıcı tutum, ilişkilerde duyarsızlık ve tutarsızlık, anne-baba ilişkilerinde uyumsuzluk, sosyal ilişkilerde kısıtlılık, ev ortamında düzensizlik, ekonomik sorunlar, sınırsızlık ve istismar, sağlık ve sosyal sorunlar olmak üzere aile yaşantılarını sekiz boyutta inceleyen ölçek, aile yaşantısını ebeveyn tutumlarından travmatik yaşantılara kadar çok boyutlu şekilde ölçmektedir.

Ölçek iki aşamalı puanlama ile hesaplamayı içermektedir. İlk olarak, bireyin ailesinde maddelerde bahsedilen stres durumlarının varlığını ölçmek için “Doğru/Yanlış” şeklinde iki seçenektan birinin işaretlenmesi, ikinci olarak ise “Doğru” şıkkının işaretlendiği maddelerde dördümlük likert (hiç etkilemiyor, biraz etkiliyor, orta derecede etkiliyor, çok etkiliyor) kullanılarak bireyin bu durumdan nasıl etkilendiğini gösteren öz-bildirimi yer almaktadır. Ölçeğin cevaplanmasının ardından “stres puanı” ve “stresten etkilenme puanı” olmak üzere iki farklı puana ulaşılmaktadır.

Ölçek üç uygulama sonucunda geliştirilmiştir. Birinci çalışmada alt boyutlar için elde edilen Cronbach Alfa katsayıları .61- .91 arasında; ikinci çalışmada alt boyutlar için Cronbach Alfa katsayıları .53- .84 arasında; üçüncü çalışmada ise .45 – .84 arasında değişmektedir. Sonuç olarak toplam puanların ise sırasıyla .95- .93- .93 olduğu görülmüştür. Güvenilirlik için yapılan dördüncü uygulamada ise test-tekrar test çalışmasıdır ve güvenilirlik katsayıları .74 ile .95 arasında değişmektedir (Tuğrul, 1996). Bu tez çalışmasının verileri için orijinal ölçekte olduğu gibi etkilenme puanı üzerinden güvenilirliğe bakılmıştır ve genel güvenilirlik katsayısı 0,95 olarak hesaplanmıştır.

3.3.2. Yeme Tutum Testi Kısa Formu (YTT-26)

Yeme Tutum Testi'nin orijinali Garner ve Garfinkel (1979) tarafından geliştirilmiştir (Eating Attitude Test-EAT). Türkçeye uyarlaması ise Savaşır ve Erol tarafından 1989'da yapılmıştır. Başta anorektik tutumu belirlemek için kullanılan testin kesim noktası 30 olarak verilmiştir. Türkçe uyarlaması için balerinler ve test-tekrar test grupları dışında 680 kişilik bir örneklem ile çalışmıştır. Testin güvenilirliği .65, iç tutarlığı .70 olarak bulunmuştur. Orijinal testin iç tutarlığı olan .83'ten düşük bir tutarlılık puanına ulaşılmış olsa da kabul edilebilir bir düzey olarak yorumlanmıştır (Savaşır ve Erol, 1989).

Ölçeğin 26 maddelik kısa versiyonu (EAT-26) ile EAT-40 arasındaki korelasyon .98 çıkmıştır. Garner ve diğerleri tarafından 1982'de oluşturulan kısa versiyonun kesim noktası

ise 20 olarak verilmiştir. EAT-26 ise 2020 yılında Okumuş ve Berk tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Toplam 1500 üniversite öğrencisinin katıldığı bir örneklem ile yapılan uyarlama çalışmasında Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı .84, güvenilirliği ise .78 çıkmıştır. Bu araştırmanın verileri için güvenilirlik katsayısı 0,89 olarak hesaplanmıştır.

3.3.3. Teruel Ortoreksiya Ölçeği (TOÖ)

Teruel Ortoreksiya Ölçeği, Barrada ve Roncero (2018) tarafından İspanya’da geliştirilmiştir. 716 kadın ve 226 erkek olmak üzere toplam 942 kişiye uygulanarak geliştirilen ölçek 17 maddeden oluşmaktadır. Sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza olmak üzere iki boyuttan içermektedir. Ölçeğin kullanılması için izin alınması sırasında uyarlama çalışmasını yapan araştırmacıdan edinilen uygulama yönergesinde sağlıklı ortoreksiya (SO) puanını veren maddeler 1,2,3,5,6,7,10,12,14 ve ortoreksiya nervoza (SBT / ON) puanını veren maddeler 4,8,9,11,13,15,16. maddelerdir.

İlk boyutun iç tutarlılık puanı .85 iken ikinci boyutun ise .81 olarak ortaya konmuştur. 18 ay sonra yapılan test-tekrar test sonucunda ise sağlıklı ortoreksiya boyutunun puanı .73 ortoreksiya nervoza boyutunun puanı ise .82 olarak bulunmuştur (Barrada ve Roncero, 2018). Puanlar kabul sınırının üzerinde olduğu için ölçek güvenilir olarak yorumlanabilmektedir. Fakat cinsiyet dağılımının sınırlıklarından biri olduğunu söylemek mümkündür.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Asarkaya ve Arcan (2021) tarafından yapılmıştır. Orijinal ölçek 17 maddeden oluşurken, Türkçe uyarlamasında bir maddenin her iki boyutu da yordadığı yorumu yapılarak çıkarıldığı, 16 madde ile devam edildiği görülmüştür. İç tutarlık katsayısı sağlıklı ortoreksiya için için .86, ortoreksiya nervoza için .81 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirlik puanları ise sağlıklı ortoreksiya boyutu için .78 iken ortoreksiya nervoza boyutu için .67 bulunmuştur (Asarkaya ve Arcan, 2021). Literatürde yer alan ve geçerliliği diğer ON ölçeklerine göre daha yüksek olan tek ölçek Teruel Ortoreksiya Ölçeği (TOÖ)’dir. Bu nedenle diğer ON ölçekleri ile karşılaştırıldığında bu ölçeğin kullanılmasına karar verilmiştir. Bu araştırmanın verileri için sağlıklı ortoreksiya (SO) güvenilirlik katsayısı 0,83, ortoreksiya nervoza (SBT) alt boyutunun güvenilirlik katsayısı ise 0,85 olarak hesaplanmıştır.

3.3.3. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu araştırmacı tarafından oluşturulmuştur ve tez danışmanı tarafından kontrol edilerek son düzenlemesi yapılmıştır. Kişisel bilgi formu ile katılımcıların cinsiyeti, yaşı, öğrenim durumu, gelir kaynağı, gelir durumu, yaşam çevreleri, kronik rahatsızlık geçmişleri, spor alışkanlıkları ve yeme bozukluğu tanısı alıp almadıklarına ilişkin sorular sorulmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanılacak veri toplama araçlarını kullanmak için, araçları uyarlayan araştırmacılarından kullanım izni alınmıştır. 2021 yılının Ekim ayında Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Bilimsel Araştırma Etik Kurulu'ndan, evreni temsil eden bireylere uygulamak için izin alındıktan sonra veriler toplanmıştır. Veriler Ekim 2021 – Ocak 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler pandemi koşullarında yüzyüze uygulamanın güçlüğu nedeniyle çevrimiçi olarak, Google form üzerinden oluşturulan ölçek formunun sosyal ağlar aracılığıyla dağıtılması yoluyla ve katılımcıların gönüllüğu esasıyla toplanmıştır. Uygulanan ölçek formu ve Bilgilendirilmiş Onay Formu'na dair örnekler tezin Ekler kısmında paylaşılmıştır.

3.5. Verilerin Analiz Edilmesi

Bu araştırmada, genç yetişkinlerde sağlıklı beslenme takıntısı, sağlıklı ortoreksiya, yeme tutumu, geçmiş aile yaşantıları, cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, gelir durumu, gelir kaynağı, şu anki yaşam ortamı, hayatının çoğunu geçirdiği yaşam ortamı, yeme bozukluğu tanısı ve düzenli spor alışkanlığı değişkenlerine ait veriler toplanmıştır.

Toplanan verilerin analiz edilmesi için IBM SPSS Statistics 22 programı kullanılmıştır. Araştırmaya 281 birey katılmıştır. Yaş aralığına uymayan veya yarım bırakan 43 katılımcı çıkarılmasının ardından kalan katılımcıların Z puanları incelenmiştir ve uç değerlerde yer alan 13 katılımcının da çıkarılması ile toplam 225 veri ile analize devam edilmiştir.

Form ve ölçeklerden elde edilen verilerin normalliği için mod-medyan değerleri, arpıklık ve basıklık değerleri, Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testlerinin sonuçları, Q-Q Plot ve histogram grafikleri incelenmiştir. Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk

testlerinde normalliğin karşılanmadığı görülmüştür [$p=0,000$, $p<0,05$]. Fakat çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 1 değerlerini karşıladığı görüldüğü için Q-Q Plot grafiğine de bakılmıştır ve parametrik testler uygulanmaya karar verilmiştir. ± 1 aralığını karşılamayanlar için ise parametrik olmayan testler uygulanmıştır.

Demografik bilgilerin incelenmesine frekans ve yüzdeler incelenerek başlanmıştır. Demografik özelliklerin sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) ve sağlıklı ortoreksiya (SO) ile olan ilişkisini incelemek için normal dağılım koşulunu sağlayan değişkenlerde Pearson korelasyon katsayısı, ilişkisiz örneklem t-testi ve One Way ANOVA; normal dağılım koşulunu sağlamayanlarda ise Spearman korelasyon katsayısı, Kruskal-Wallis H ve Mann Whitney U testleri uygulanmıştır.

Gençlik dönemindeki aile sorunlarını belirlemek için uygulanan GDASDÖ ölçeğinden elde edilen genel stres puanı, genel etkilenme puanının ve alt boyutlardan elde edilen stres ve etkilenme puanlarının sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) ve sağlıklı ortoreksiya (SO) ile olan ilişkisinin incelenmesi için de basit doğrusal regresyon ve Pearson korelasyon katsayıları incelenmiştir. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Spearman korelasyon katsayısı incelenmiştir. Yeme tutumu ile SBT ve SO ilişkisi için de Spearman korelasyon katsayısı incelenmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu bölümde araştırmanın bağımlı değişkenleri olan sağlıklı beslenme takıntısı, yeme tutumu ile bağımsız değişkenleri olan geçmiş aile yaşantıları ve demografik bilgilere ait bulgular yer alacaktır.

Bu araştırmanın verileri için sağlıklı ortoreksiya (SO) alt boyutunun güvenilirlik katsayısı 0,83, ortoreksiya nervoza (SBT) alt boyutunun güvenilirlik katsayısı ise 0,85 olarak hesaplanmıştır. Yeme Tutumu Testi Kısa Formu (YTT-26)'nın da bu araştırma için güvenilirlik katsayısı 0,89 olarak hesaplanmıştır. GDASDÖ için orijinal ölçekte olduğu gibi etkilenme puanı üzerinden güvenilirliğe bakılmıştır ve genel güvenilirlik katsayısı 0,95 olarak hesaplanmıştır.

4.1. Demografik Değişkenlere Ait Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özellikleri Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özelliklerinin dağılımları

	Kategoriler	n	%
Yaş	18 yaş	21	9,3
	19 yaş	22	9,8
	20 yaş	30	13,3
	21 yaş	25	11,1
	22 yaş	43	19,1
	23 yaş	51	22,7
	24 yaş	33	14,7
Cinsiyet	Kadın	208	92,4
	Erkek	17	7,6
Öğrenim Durumu	İlkokul	0	0
	Ortaokul	1	,4
	Lise	94	41,8
	Önlisans	25	11,1
	Lisans	97	43,1
	Lisansüstü	8	3,6
Kronik Hastalık	Evet	31	13,8
	Hayır	194	86,2
Gelir Durumu	0-3000	159	70,7
	3001-6000	45	20,0
	6001-9000	13	5,8
	9001-12000	4	1,8
	12001-15000	2	,9
	15001 ve üstü	2	,9
Gelir Kaynağı	Kendi gelirim var ve destek almıyorum.	20	8,9
	Kendi gelirim var ve ailemden/başkasından destek alıyorum.	41	18,2
	Kendi gelirim yok ve ailemden/başkasından destek alıyorum.	164	72,9
Yaşadığı Ortam	Yalnız yaşıyorum.	18	8,0
	Ailemle yaşıyorum.	137	60,9
	Ev arkadaşıyla yaşıyorum.	20	8,9
	Yurtta kalıyorum.	48	21,3
	Eşimle yaşıyorum.	2	,9
Büyüdüğü Ortam	Köy	16	7,1
	Belde	5	2,2
	İlçe	44	19,6
	İl	37	16,4
	Büyük şehir	123	54,7
	Yurtdışı	0	0
Yeme Bozukluğu Tanısı	Evet	25	11,1
	Hayır	200	88,9
Düzenli Alışkanlığı Spor	Yok	180	80,0
	Var	45	20,0

Demografik özelliklere ilişkin bulguların verildiği Tablo 2'ye bakıldığında katılımcıların %92,4'ünün kadın, %7,6'sının ise erkek olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaşları incelendiğinde %9,3'ünün 18 yaşında, %9,8'i 19 yaşında, %13,3'ü 20 yaşında, %11,1'i 21 yaşında, %19,1'i 22 yaşında, %22,7'si 23 yaşında, %14,7'si ise 24 yaşındadır.

Katılımcıların en son mezun oldukları öğrenim düzeyi bilgilerinin %0,4 ortaokul, %41,8 lise, %11,1 önlisans, %43,1 lisans, %3,6 lisansüstü olduğu görülmüştür.

Katılımcıların %86,2'si kronik bir rahatsızlığı olmadığını, %13,8'i ise kronik rahatsızlığı olduğunu söylemiştir.

Katılımcıların gelir durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, %70,7 ile büyük oranda katılımcı 0-3000 Türk lirası gelire sahip olduğunu belirtmiştir. %20'si 3001-6000 arasında, %5,8'i 6001-9000 arasında, %1,8'i 9001-12000 arasında, %0,9'u 12001-15000 arasında ve %0,9'u 15001 ve üzerinde gelire sahip olduğunu belirtmiştir. Gelir kaynakları için %72,9'u kendi geliri olmadığını ailesinden veya başkasından destek aldığını belirtmiştir. %18,2'si kendi geliri olduğunu fakat ailesinden/başkasından destek aldığını, %8,9 ise kendi geliri olduğunu ve destek almadığını işaretlemiştir.

Bireylerin yaşadıkları ortam incelendiğinde %8'i yalnız, %60,9 ailesi ile, %8,9'u ev arkadaşıyla, %0,9'u eşiyile yaşadığını %21,3'ü ise yurttta kaldığını belirtmiştir. Katılımcıların %54,7'si büyük şehirde, %16,4'ü ilde, %19,6'sı ilçede, %2,2'si beldede ve %7,1'i ise köyde büyüdüğünü belirtmiştir.

Katılımcıların %88,9'unun daha önce herhangi bir yeme bozukluğu tanısı almadığı, %11,1'inin ise daha önce yeme bozukluğu tanısı aldığı; %80'inin düzenli bir spor alışkanlığının olmadığı, %20'sinin ise düzenli spor alışkanlığının olduğu belirlenmiştir.

4.2. Demografik Değişkenler ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (SBT) ve Sağlıklı Ortoreksiya (SO) Arasındaki İlişki

4.2.1. Cinsiyet ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (SBT) ve Sağlıklı Ortoreksiya (SO) Arasındaki İlişki

Sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) için yapılan normallik incelemesinde, basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur (1,430 ile 1,688). Bu nedenle

SBT'yi cinsiyete göre incelemek için uygulanan parametrik olmayan Mann Whitney U testinin sonuçları Tablo 4.1.'de verilmektedir.

Tablo 4.1.

Sağlıklı beslenme takıntısının cinsiyete göre incelenmesi

	Gruplar	N	Sıra Ort.	Sıra Toplamı	U	Z
SBT	Kadın	208	112,73	23447,00	1711,000	-0,222
	Erkek	17	116,35	1978,00		

Mann Whitney U testinde kadın katılımcıların SBT puanları (ortanca=112,73) ile erkek katılımcıların SBT puanları (ortanca=116,35) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir [U=1711,000; $p>0,05$].

Sağlıklı ortoreksiya (SO) değişkenini cinsiyete göre incelemek için uygulanan ilişkisiz örneklem t-testi analizinin sonucu Tablo 4.2.'de verilmiştir.

Tablo 4.2.

Sağlıklı ortoreksiyanın cinsiyete göre incelenmesi

		N	\bar{X}	S	Sd	t	p
SO	Kadın	208	1,2030	0,57594	223	-0,92	0,358
	Erkek	17	1,3399	0,73437			

Tablo 4.2.'de verilen katılımcıların SO puanlarının cinsiyete göre incelendiği ilişkisiz örneklem t-testinde, kadın katılımcıların SO ortalama puanları ($\bar{x}=1,20$) ile erkek katılımcıların SO ortalama puanları ($\bar{x}=1,34$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir [t(223)=-0,92, $p>0,05$].

4.2.2. Yaş ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (SBT) ve Sağlıklı Ortoreksiya (SO) Arasındaki İlişki

Sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) için yapılan normallik incelemesinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur (1,430 ile 1,688). Bu nedenle, SBT'yi yaşa göre incelemek için uygulanan parametrik olmayan Spearman korelasyon katsayısı analizinin sonucu Tablo 5.1.'de verilmektedir.

Tablo 5.1.

Sağlıklı beslenme takıntısının yaşa göre incelenmesi

		Yaş
SBT	r	-0,172*
	p	0,010
	n	225

 $P<0,05^*$

Sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) yaşa göre incelendiği Spearman korelasyon katsayısı analizinde, SBT puanları ile katılımcıların yaşları arasında negatif yönde korelasyon ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir [$r_{\text{spearman}}=-0,172$; $p=0,010$; $p<0,05$]. Buna göre, yaş düştükçe SBT puanları artış göstermektedir.

Sağlıklı ortoreksiyayı (SO) yaşa göre incelemek için uygulanan Pearson korelasyon katsayısının sonucu Tablo 5.2.'de verilmiştir.

Tablo 5.2.

Sağlıklı ortoreksiya yaşa göre incelenmesi

		Yaş
SO	r	0,049
	p	0,231
	n	225

Tablo 5.2'de verilen Pearson korelasyon katsayısının hesaplanması sonucunda SO ve yaş arasında pozitif yönde korelasyon olduğu fakat anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür [$r_{\text{pearson}}=0,049$, $p=0,231$; $p>0,05$].

4.2.3. Öğrenim Durumu ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (SBT) ve Sağlıklı Ortoreksiya (SO) Arasındaki İlişki

Öğrenim durumu kategorilerdeki katılımcı sayılarının azlığı nedeniyle analiz sırasında “lise ve altı”, “önlisans” ve “lisans ve üstü” şeklinde üç kategoride toplanmıştır.

Sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) için yapılan normallik incelemesinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur (1,430 ile 1,688). Bu nedenle, SBT'yi öğrenim durumuna göre incelemek için uygulanan parametrik olmayan Kruskal-Wallis H testinin sonuçları Tablo 6.1.'de verilmektedir.

Tablo 6.1.

Sağlıklı beslenme takıntısının öğrenim durumuna göre incelenmesi

	Gruplar	N	Sıra Ort.	Sd	X ²	P	Anlamlı Fark
SBT	Lise ve altı	95	117,92				
	Önlisans	25	94,60	2	2,572	0,276	-
	Lisans ve üstü	105	112,93				

Sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) öğrenim durumuna göre incelendiği Kruskal-Wallis H testinde katılımcıların öğrenim durumlarına göre SBT puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur [$X^2(2)=2,572$; $p>0,05$].

Sağlıklı ortoreksiya (SO) değişkenini öğrenim durumuna göre incelemek için uygulanan One Way ANOVA analizinin sonucu Tablo 6.2.'de verilmiştir.

Tablo 6.2.

Sağlıklı ortoreksiyanın öğrenim durumuna göre incelenmesi

Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P	Anlamlı Fark
Gruplar Arası	0,010	2	0,005	0,015	0,986	-
Gruplar İçi	77,577	222	0,349			
Toplam	77,587	224				

Tablo 6.2.'de verilen One Way ANOVA analizine göre, grupların SO puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir. [$F(2-222)=0,015$; $p>0,05$].

4.2.4. Kronik Rahatsızlık ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (SBT) ve Sağlıklı Ortoreksiya (SO) Arasındaki İlişki

Sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) için yapılan normallik incelemesinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur (1,430 ile 1,688). Bu nedenle, SBT'yi kronik rahatsızlığa göre incelemek için uygulanan parametrik olmayan Mann Whitney U testinin sonuçları Tablo 7.1.'de verilmektedir.

Tablo 7.1.

Sağlıklı beslenme takıntısının kronik rahatsızlığa göre incelenmesi

	Gruplar	N	Sıra Ort.	Sıra Toplamı	U	Z
SBT	Evet	31	108,79	3372,50		
	Hayır	194	113,67	22052,50	2876,500	-0,390

Mann Whitney U testinde evet cevabını veren katılımcıların SBT puanları (ortanca=108,79) ile hayır cevabını veren katılımcıların SBT puanları (ortanca=113,67) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir [$U=2876,500$; $p>0,05$].

Sağlıklı ortoreksiya (SO) değişkenini kronik rahatsızlık varlığına göre incelemek için uygulanan ilişkisiz örneklem t-testi analizinin sonucu Tablo 7.2.'de verilmiştir.

Tablo 7.2.

Sağlıklı ortoreksiyanın kronik rahatsızlığa göre incelenmesi

		N	\bar{X}	S	Sd	t	p
SO	Evet	31	1,0896	0,58120	223	-1,262	0,208
	Hayır	194	1,2331	0,58877			

Tablo 7.2.'deki sağlıklı ortoreksiyanın (SO) kronik rahatsızlık varlığına göre incelendiği ilişkisiz örneklem t-testinde, kronik rahatsızlığı olan katılımcıların SO ortalama puanları ($\bar{x}=1,09$) ile kronik rahatsızlığı olmayan katılımcıların SO ortalama puanları ($\bar{x}=1,23$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir [$t(223)=-1,26$, $p>0,05$].

4.2.5. Yeme Bozukluğu Tanısı ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (SBT) ve Sağlıklı Ortoreksiya (SO) Arasındaki İlişki

Sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) için yapılan normallik incelemesinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur (1,430 ile 1,688). Bu nedenle, SBT'yi yeme bozukluğuna göre incelemek için uygulanan parametrik olmayan Mann Whitney U testinin sonuçları Tablo 8.1.'de verilmektedir.

Tablo 8.1.

Sağlıklı beslenme takıntısının yeme bozukluğu tanısına göre incelenmesi

	Gruplar	N	Sıra Ort.	Sıra Toplamı	U	Z
SBT	Evet	25	161,72	4043,00	1282,000	-3,994**
	Hayır	200	106,91	21382,00		

$p<0,001$ **

Mann Whitney U testinde yeme bozukluğu tanısı almış olan katılımcıların SBT puanları (ortanca=161,72) ile yeme bozukluğu tanısı almamış olan katılımcıların SBT puanları (ortanca=106,91) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu

bulunmuştur [U=1282,00; $p<0,001$]. Yeme bozukluğu tanısı almış olan bireylerin SBT düzeyleri yeme bozukluğu olmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur.

Sağlıklı ortoreksiyayı (SO) yeme bozukluğu tanısı alma durumuna göre incelemek için uygulanan ilişkisiz örneklem t- testi analizinin sonucu Tablo 8.2.'de verilmiştir.

Tablo 8.2.

Sağlıklı ortoreksiya yeme bozukluğu tanısına göre incelenmesi

		N	\bar{X}	S	Sd	t	p
SO	Evet	25	1,2133	0,68787	223	0,000	1,000
	Hayır	200	1,2133	0,57691			

Tablo 8.2.'de verilen sağlıklı ortoreksiyanın (SO) yeme bozukluğu tanısı alma durumuna göre incelendiği ilişkisiz örneklem t-testinde, daha önce YB tanısı almış katılımcıların SO ortalama puanları ($\bar{x}=1,21$) ile YB tanısı almamış katılımcıların SO ortalama puanları ($\bar{x}=1,21$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir [t(223)=-0,00; $p>0,05$].

4.2.6. Gelir Durumu ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (SBT) ve Sağlıklı Ortoreksiya (SO) Arasındaki İlişki

Gelir durumu kategorilerdeki katılımcı sayılarının azlığı nedeniyle analiz sırasında “0-3000”, “3001-6000” ve “6001 ve üstü” şeklinde üç kategoride toplanmıştır.

Sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) için yapılan normallik incelemesinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur (1,430 ile 1,688). Bu nedenle, SBT'yi gelir durumuna göre incelemek için uygulanan parametrik olmayan Kruskal-Wallis H testinin sonuçları Tablo 9.1.'de verilmektedir.

Tablo 9.1.

Sağlıklı beslenme takıntısının gelir durumuna göre incelenmesi

	Gruplar	N	Sıra Ort.	Sd	X ²	P	Anlamlı Fark
SBT	0-3000	159	114,33	2	0,343	0,842	-
	3001-6000	45	111,63				
	6001 ve üstü	21	105,96				

Sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) gelir durumuna göre incelendiği Kruskal-Wallis H testinde katılımcıların gelir durumu ile SBT arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir [$X^2(2)=0,343; p>0,05$].

Sağlıklı ortoreksiya (SO) değişkenini gelir durumuna göre incelemek için uygulanan One Way ANOVA analizinin sonucu Tablo 9.2’de verilmiştir.

Tablo 9.2.

Sağlıklı ortoreksiyanın gelir durumuna göre incelenmesi

Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P	Anlamlı Fark
Gruplar Arası	0,351	2	0,176	0,505	0,604	-
Gruplar İçi	77,236	222	0,348			
Toplam	77,587	224				

Sağlıklı ortoreksiyanın (SO) gelir durumuna göre incelendiği One Way ANOVA analizine göre, grupların SO puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir. [$F(2-222)=0,505; p>0,05$].

4.2.7. Gelir Kaynağı ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (SBT) ve Sağlıklı Ortoreksiya (SO) Arasındaki İlişki

Sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) için yapılan normallik incelemesinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur (1,430 ile 1,688). Bu nedenle, SBT’yi gelir kaynağına göre incelemek için uygulanan parametrik olmayan Kruskal-Wallis H testinin sonuçları Tablo 10.1.’de verilmektedir.

Tablo 10.1.

Sağlıklı beslenme takıntısının gelir kaynağına göre incelenmesi

	Gruplar	N	Sıra Ort.	Sd	X^2	P	Anlamlı Fark
SBT	Kendi gelirim var ve destek almıyorum.	20	105,93				
	Kendi gelirim var ve destek alıyorum.	41	107,43	2	0,743	0,690	-
	Kendi gelirim yok ve destek alıyorum	164	115,26				

Sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) gelir kaynağına göre incelendiği Kruskal-Wallis H testinde katılımcıların gelir kaynağı ile SBT arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir [$X^2(2)=0,743; p>0,05$].

Sağlıklı ortoreksiya (SO) değişkenini gelir kaynağına göre incelemek için uygulanan One Way ANOVA analizinin sonucu Tablo 10.2.'de verilmiştir.

Tablo 10.2.

Sağlıklı ortoreksiyanın gelir kaynağına göre incelenmesi

Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P	Anlamlı Fark
Gruplar Arası	0,218	2	0,109	0,312	0,732	-
Gruplar İçi	77,369	222	0,349			
Toplam	77,587	224				

Tablo 10.2.'de verilen sağlıklı ortoreksiyanın (SO) gelir kaynağına göre incelendiği One Way ANOVA analizinde grupların SO puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir [$F(2-222)=0,312; p>0,05$].

4.2.8. Yaşadığı Ortam ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (SBT) ve Sağlıklı Ortoreksiya (SO) Arasındaki İlişki

Bireylerin yaşadığı ortamlardan “eşimle yaşıyorum” kategorisindeki katılımcılar, sayılarının azlığı nedeniyle analiz sırasında “ailemle yaşıyorum” kategorisine dahil edilmiştir.

Sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) için yapılan normallik incelemesinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur (1,430 ile 1,688). Bu nedenle, SBT'yi yaşadığı ortama göre incelemek için uygulanan parametrik olmayan Kruskal-Wallis H testinin sonuçları Tablo 11.1.'de verilmektedir.

Tablo 11.1.

Sağlıklı beslenme takıntısının yaşadığı ortama göre incelenmesi

	Gruplar	N	Sıra Ort.	Sd	X ²	P	Anlamlı Fark
SBT	Yalnız	18	131,08	3	2,152	0,541	-
	Ailemle	139	113,83				
	Ev arkadaşıyla	20	104,10				
	Yurtta	48	107,52				

Sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) yaşadığı ortama göre incelendiği Kruskal-Wallis H testinde katılımcıların yaşadığı ortam ile SBT arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir [$X^2(3)=2,152; p>0,05$].

Sağlıklı ortoreksiya (SO) değişkenini yaşadığı ortama göre incelemek için uygulanan One Way ANOVA analizinin sonucu Tablo 11.2.'de verilmiştir.

Tablo 11.2.

Sağlıklı ortoreksiyanın yaşadığı ortama göre incelenmesi

Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P	Anlamlı Fark
Gruplar Arası	2,086	3	0,695	2,035	0,110	-
Gruplar İçi	75,501	221	0,342			
Toplam	77,587	224				

Tablo 11.2.'de verilen sağlıklı ortoreksiyanın (SO) yaşadığı ortama göre incelendiği One Way ANOVA analizinde, grupların SO puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir [$F(2-222)=2,035; p>0,05$].

4.2.9. Yaşamının çoğunu Geçirdiği Ortam ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (SBT) ve Sağlıklı Ortoreksiya (SO) Arasındaki İlişki

Bireylerin yaşamının çoğunu geçirdiği ortam kategorilerinden “belde” kategorisi katılımcı sayısının azlığı nedeniyle “köy” kategorisi ile birleştirilerek “köy ve belde” şeklinde analize dahil edilmiştir.

Sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) için yapılan normallik incelemesinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur (1,430 ile 1,688). Bu nedenle, SBT’yi bireyin yaşamının çoğunu geçirdiği (büyüdüğü) ortama göre incelemek için

uygulanan parametrik olmayan Kruskal-Wallis H testinin sonuçları Tablo 12.1.'de verilmektedir.

Tablo 12.1.

Sağlıklı beslenme takıntısının büyüdüğü ortama göre incelenmesi

	Gruplar	N	Sıra Ort.	Sd	X²	P	Anlamlı Fark
SBT	Köy ve belde	21	116,52	3	0,105	0,991	-
	İlçe	44	111,28				
	İl	37	114,00				
	Büyükşehir	123	112,71				

Kruskal-Wallis H testinde katılımcıların yaşamının çoğunu geçirdiği ortam ile SBT arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir [$X^2(3)=0,105$; $p>0,05$].

Sağlıklı ortoreksiya (SO) değişkenini büyüdüğü ortama göre incelemek için uygulanan One Way ANOVA analizinin sonucu Tablo 12.2.'de verilmiştir.

Tablo 12.2.

Sağlıklı ortoreksiyanın büyüdüğü ortama göre incelenmesi

Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplar Arası	2,246	3	0,749	2,196	0,089	-
Gruplar İçi	75,341	221	0,341			
Toplam	77,587	224				

Tablo 12.2.'de verilen SO'nun bireyin yaşamının çoğunu geçirdiği (büyüdüğü) ortama göre incelendiği One Way ANOVA analizinde, grupların SO puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir [$F_{(3-221)}=2,196$; $p>0,05$].

4.2.10. Düzenli Spor Alışkanlığı ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (SBT) ve Sağlıklı Ortoreksiya (SO) Arasındaki İlişki

Sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) için yapılan normallik incelemesinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur (1,430 ile 1,688). Bu nedenle, SBT'yi düzenli spor alışkanlığına göre incelemek için uygulanan parametrik olmayan Mann Whitney U testinin sonuçları Tablo 13.1.'de verilmektedir.

Tablo 13.1.

Sağlıklı beslenme takıntısının düzenli spor alışkanlığına göre incelenmesi

	Gruplar	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	Z
SBT	Evet	180	108,78	19580,50	3290,500	-1,957*
	Hayır	45	129,88	5844,50		

 $p=0,05^*$

Mann Whitney U testinde düzenli spor alışkanlığı olan katılımcıların SBT puanları (ortanca=108,78) ile düzenli spor alışkanlığı olmayan katılımcıların SBT puanları (ortanca=129,88) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur [U=3290,500; $p=0,05$]. Düzenli spor alışkanlığı olmayan katılımcıların SBT düzeyleri düzenli spor alışkanlığı olanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Sağlıklı ortoreksiya (SO) değişkenini düzenli spor alışkanlığına göre incelemek için uygulanan ilişkisiz örneklem t-testi analiz sonuçları Tablo 13.2.'de verilmiştir.

Tablo 13.2.

Sağlıklı ortoreksiyanın düzenli spor alışkanlığına göre incelenmesi

		N	\bar{X}	S	Sd	t	p
SO	Yok	180	1,1247	0,55021	223	-4,729	0,000*
	Var	45	1,5679	0,60914			

 $p<0,001^*$

Tablo 13.2.'de verilen sağlıklı ortoreksiyanın (SO) bireyin düzenli spor alışkanlığı olması durumuna göre incelendiği ilişkisiz örneklem t-testinde, düzenli spor alışkanlığı olan katılımcıların SO ortalama puanları ($\bar{x}=1,57$) ile düzenli spor alışkanlığı olmayan katılımcıların SO ortalama puanları ($\bar{x}=1,12$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir [t(223)=-0,00; $p>0,05$]. Buna göre, düzenli spor alışkanlığı olan bireylerin spor alışkanlığı olmayanlara göre SO davranışları daha fazla olabilir.

4.3. Genç Yetişkinlerde Görülen Sağlıklı Beslenme Takıntısının (SBT) Ailelerindeki Geçmiş Olumsuz Yaşantıları ile İlişkisi

Genç yetişkinlerdeki sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) ve sağlıklı ortoreksiya (SO), gençlik dönemindeki aile sorunlarının varlığı ve bu streslerden etkilenme düzeylerine göre incelenmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenler için Pearson korelasyon katsayısı ve

basit doğrusal regresyona bakılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerde ise Spearman korelasyon katsayıları incelenmiştir.

SBT için yapılan normallik incelemesinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur (1,430 ile 1,688). Bu nedenle SBT puanı ile GDASDÖ stres ve etkilenme puanlarının ilişkilerini incelemek için parametrik olmayan testlerden Spearman korelasyon katsayısı analizi uygulanmıştır. Testin sonuçları Tablo 14.1.'de verilmektedir.

Tablo 14.1.

Sağlıklı beslenme takıntısının gençlik dönemindeki aile sorunlarına göre incelenmesi

		Stres Puanı	Etkilenme Puanı
SBT	r	-0,050	0,037
	p	0,460	0,584
	n	225	225

Sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) bireylerin gençlik dönemindeki aile sorunlarına göre incelendiğinde, katılımcıların SBT puanları ile stres puanı arasında [$r_{\text{spearman}}=-0,050$; $p=0,460$; $p>0,05$] ve SBT puanları ile etkilenme puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir [$r_{\text{spearman}}=0,037$; $p=0,584$; $p>0,05$].

Tablo 14.2.

Sağlıklı ortoreksiyanın gençlik dönemindeki aile sorunlarının varlığına göre incelenmesi

	B	Std. Hata	t	P	R ²
Sabit Değer	0,787	0,397	1,980	0,049	0,005
Aile Sorunları	0,242	0,225	1,080	0,282	
SO	r			0,072	
	p			0,141	

Regresyon analizi yapılırken gerçekleştirilen Pearson korelasyon analizinde, sağlıklı ortoreksiya (SO) ve gençlik dönemindeki aile sorunlarının varlığı (stres puanı) arasında pozitif korelasyon olduğu fakat anlamlı bir ilişki görülmediği bulunmuştur ($r_{\text{pearson}}=0,072$; $p=0,141$; $p>0,05$). Tablo 14.2.'deki regresyon analizinde de bireylerin stres puanı SO'yu istatistiksel olarak yordamamaktadır [$p>0,05$].

GDASDÖ etkilenme puanının normallik incelemesinde, basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur (1,362 ile 1,767). Bu nedenle GDASDÖ

etkilenme puanlarının sağlıklı ortoreksiya (SO) puanları ile ilişkisini incelemek için, parametrik olmayan testlerden Spearman korelasyon katsayısı uygulanmıştır. Testin sonuçları Tablo 14.3.'te verilmektedir.

Tablo 14.3.

Sağlıklı ortoreksiyanın gençlik dönemindeki aile sorunlarından etkilenmeye göre incelenmesi

		Etkilenme Puanı
Sağlıklı Ortoreksiya	r	-0,105
	p	0,116
	n	225

Tablo 14.3.'te sağlıklı ortoreksiya (SO) bireylerin gençlik dönemindeki aile sorunlarından etkilenme puanına göre incelendiğinde, katılımcıların SO puanları ve etkilenme puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir [$r_{\text{spearman}}=-0,105$; $p=0,116$; $p>0,05$].

4.3.1. Genç Yetişkinlerde Görülen Sağlıklı Beslenme Takıntısının (SBT) Ailelerindeki Geçmiş Olumsuz Yaşantılardan Otoriter-Baskıcı Tutum ile İlişkisi

Genç yetişkinlerdeki sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) ve sağlıklı ortoreksiya (SO), gençlik dönemindeki aile sorunlarından “otoriter-baskıcı tutum” faktörünün (faktör-1) varlığı ve bundan etkilenmeye göre incelenmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenler için Pearson korelasyon katsayısı ve basit doğrusal regresyona bakılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerde ise Spearman korelasyon katsayıları incelenmiştir.

SBT için yapılan normallik incelemesinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur (1,430 ile 1,688). Bu nedenle SBT'yi GDASDÖ otoriter-baskıcı tutum stres puanına ve etkilenme puanına göre incelemek için uygulanan parametrik olmayan Spearman korelasyon katsayısı analizinin sonuçları Tablo 15.1.'de verilmektedir.

Tablo 15.1.

Sağlıklı beslenme takıntısının otoriter-baskıcı tutuma göre incelenmesi

		Faktör-1 Stres Puanı	Faktör-1 Etkilenme Puanı
SBT	r	-0,027	0,035
	p	0,683	0,598
	n	225	225

Sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) GDASDÖ alt boyutu otoriter-baskıcı tutuma göre incelendiğinde, katılımcıların SBT puanları ve faktör-1 stres puanı arasında negatif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı [$r_{\text{spearman}}=-0,027$; $p=0,683$; $p>0,05$], SBT puanları ve faktör-1 etkilenme puanı arasında ise pozitif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir [$r_{\text{spearman}}=0,035$; $p=0,598$; $p>0,05$].

Tablo 15.2.

Sağlıklı ortoreksiyanın otoriter-baskıcı tutum stres puanına göre incelenmesi

	B	Std. Hata	t	P	R²
Sabit Değer	1,087	0,263	4,130	0,000	0,001
Faktör-1	0,074	0,152	0,487	0,626	
SO	r			0,033	
	p			0,313	

Regresyon analizi yapılırken gerçekleştirilen Pearson korelasyon analizinde, sağlıklı ortoreksiya (SO) ve GDASDÖ otoriter-baskıcı tutum stres puanı arasında pozitif korelasyon olduğu fakat anlamlı bir ilişki görülmediği bulunmuştur ($r_{\text{pearson}}=0,033$; $p=0,313$; $p>0,05$). Tablo 15.2.'de verilen regresyon analizinde de otoriter-baskıcı tutum stres puanı SO'yu istatistiksel yordamamaktadır [$p>0,05$].

GDASDÖ alt boyutu otoriter-baskıcı tutum etkilenme puanının normallik incelemesinde, basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur (1,471 ile 2,064). Bu nedenle faktör-1 etkilenme puanı ve sağlıklı ortoreksiya (SO) ilişkisini incelemek için uygulanan parametrik olmayan Spearman korelasyon katsayısı sonuçları Tablo 15.3.'te verilmektedir.

Tablo 15.3.

Sağlıklı ortoreksiyanın otoriter-baskıcı tutumdan etkilenmeye göre incelenmesi

	Faktör-1 Etkilenme Puanı	
Sağlıklı Ortoreksiya	r	-0,071
	p	0,291
	n	225

Tablo 15.3.'te katılımcıların sağlıklı ortoreksiya (SO) puanları ve faktör-1 etkilenme puanı arasında negatif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir [$r_{\text{spearman}}=-0,071$, $p=0,291$, $p>0,05$].

4.3.2. Genç Yetişkinlerde Görülen Sağlıklı Beslenme Takıntısının (SBT) Ailelerindeki Geçmiş Olumsuz Yaşantılardan İlişkilerde Duyarsızlık ve Tutarsızlık ile İlişkisi

Genç yetişkinlerdeki sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) ve sağlıklı ortoreksiya (SO), gençlik dönemindeki aile sorunlarından “ilişkilerde duyarsızlık ve tutarsızlık” faktörünün (faktör-2) varlığı ve bundan etkilenmeye göre incelenmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenler için Pearson korelasyon katsayısı ve basit doğrusal regresyona bakılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerde ise Spearman korelasyon katsayıları incelenmiştir.

SBT için yapılan normallik incelemesinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur (1,430 ile 1,688). Bu nedenle SBT'yi “ilişkilerde duyarsızlık ve tutarsızlık” stres ve etkilenme puanına göre incelemek için uygulanan parametrik olmayan Spearman korelasyon katsayısı analizinin sonuçları Tablo 16.1.'de verilmektedir.

Tablo 16.1.

Sağlıklı beslenme takıntısının ilişkilerde duyarsızlık ve tutarsızlığa göre incelenmesi

		Faktör-2 Stres Puanı	Faktör-2 Etkilenme Puanı
SBT	r	-0,061	0,059
	p	0,362	0,376
	n	225	225

Sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) GDASDÖ alt boyutu ilişkilerde duyarsızlık ve tutarsızlığa göre incelendiğinde, katılımcıların SBT puanları ve faktör-2 stres puanı arasında negatif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı [$r_{\text{spearman}}=-0,061$; $p=0,362$, $p>0,05$], SBT puanları ve faktör-2 etkilenme puanı arasında ise pozitif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir [$r_{\text{spearman}}= 0,059$; $p=0,376$; $p>0,05$].

Tablo 16.2.

Sağlıklı ortoreksiyanın ilişkilerde duyarsızlık ve tutarsızlık varlığına göre incelenmesi

	B	Std. Hata	t	P	R²
Sabit Değer	1,026	0,245	4,184	0,000	0,003
Faktör-2	0,113	0,146	0,772	0,441	
SO	r		0,052		
	p		0,221		

Regresyon analizi yapılırken gerçekleştirilen Pearson korelasyon analizinde, sağlıklı ortoreksiya (SO) ve GDASDÖ ilişkilerde duyarsızlık ve tutarsızlık stres puanı arasında pozitif korelasyon olduğu fakat anlamlı bir ilişki görülmediği bulunmuştur ($r_{\text{pearson}}=0,052$, $p=0,221$, $p>0,05$). Tablo 16.2.'deki regresyon analizinde de ilişkilerdeki duyarsızlık ve tutarsızlık stres puanı SO'yu istatistiksel olarak yordamamaktadır [$p>0,05$].

Tablo 16.3.

Sağlıklı ortoreksiyanın ilişkilerde duyarsızlık ve tutarsızlıktan etkilenmeye göre incelenmesi

	B	Std. Hata	t	P	R²
Sabit Değer	1,240	0,058	21,352	0,000	0,002
Faktör-2	-0,031	0,049	-0,630	0,299	
SO	r		-0,042		
	p		0,265		

Regresyon analizi yapılırken gerçekleştirilen Pearson korelasyon analizinde, SO ve GDASDÖ ilişkilerde duyarsızlık ve tutarsızlık etkilenme puanı arasında negatif korelasyon olduğu fakat anlamlı bir ilişki görülmediği bulunmuştur ($r_{\text{pearson}}=-0,042$, $p=0,265$, $p>0,05$). Tablo 16.3.'teki regresyon analizinde de ilişkilerdeki duyarsızlık ve tutarsızlıktan etkilenmenin SO'yu istatistiksel yordamadığı görülmektedir [$p>0,05$].

4.3.3. Genç Yetişkinlerde Görülen Sağlıklı Beslenme Takıntısının (SBT) Ailelerindeki Geçmiş Olumsuz Yaşantılardan Anne-Baba İlişkilerinde Uyumsuzluk ile İlişkisi

Genç yetişkinlerdeki sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) ve sağlıklı ortoreksiya (SO), gençlik dönemindeki aile sorunlarından “anne-baba ilişkilerinde uyumsuzluk” faktörünün (faktör-3) varlığı ve bundan etkilenmeye göre incelenmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenler için Pearson korelasyon katsayısı ve basit doğrusal regresyon; normal dağılım göstermeyen değişkenlerde ise Spearman korelasyon katsayıları incelenmiştir.

SBT için yapılan normallik incelemesinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur (1,430 ile 1,688). Bu nedenle SBT'yi "anne-baba ilişkilerinde uyumsuzluk" stres puanına ve etkilenme puanına göre incelemek için uygulanan parametrik olmayan Spearman korelasyon katsayısı analizinin sonuçları Tablo 17.1.'de verilmektedir.

Tablo 17.1.

Sağlıklı beslenme takıntısının anne-baba ilişkilerinde uyumsuzluğa göre incelenmesi

		Faktör-3 Stres Puanı	Faktör-3 Etkilenme Puanı
SBT	r	-0,104	0,095
	p	0,121	0,155
	n	225	225

Sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) GDASDÖ alt boyutu anne-baba ilişkilerinde uyumsuzluğa göre incelendiğinde, katılımcıların SBT puanları ve faktör-3 stres puanı arasında negatif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı [$r_{\text{spearman}}=-0,104$; $p=0,121$; $p>0,05$], SBT puanları ve faktör-3 etkilenme puanı arasında ise pozitif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir [$r_{\text{spearman}}=0,095$; $p=0,155$; $p>0,05$].

Tablo 17.2.

Sağlıklı ortoreksiyanın anne-baba ilişkilerinde uyumsuzluğa göre incelenmesi

	B	Std. Hata	t	P	R²
Sabit Değer	0,884	0,329	2,686	0,008	0,005
Faktör-3	0,185	0,183	1,009	0,314	
SO	r			0,067	
	p			0,157	

Regresyon analizi yapılırken gerçekleştirilen Pearson korelasyon analizinde, sağlıklı ortoreksiya (SO) ve GDASDÖ anne-baba ilişkilerinde uyumsuzluk stres puanı arasında pozitif korelasyon olduğu fakat anlamlı bir ilişki görülmediği bulunmuştur ($r_{\text{pearson}}=0,067$, $p=0,157$, $p>0,05$). Tablo 17.2.'deki regresyon analizinde de anne-baba ilişkilerinde uyumsuzluk stres puanı SO'yu istatistiksel yordamamaktadır [$p>0,05$].

GDASDÖ alt boyutu anne-baba ilişkilerindeki uyumsuzluk etkilenme puanının normallik incelemesinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur (1,471 ile 2,064). Bu nedenle faktör-3 etkilenme puanı ve sağlıklı ortoreksiya (SO) ilişkisini incelemek için uygulanan parametrik olmayan Spearman korelasyon katsayısı Tablo 17.3.'te verilmektedir.

Tablo 17.3.

Sağlıklı ortoreksiyanın anne-baba ilişkilerindeki uyumsuzluktan etkilenmeye göre incelenmesi

Faktör-3 Etkilenme Puanı		
Sağlıklı Ortoreksiya	r	-0,034
	p	0,612
	n	225

Tablo 17.3.'te katılımcıların sağlıklı ortoreksiya (SO) puanları ve faktör-3 etkilenme puanı arasında negatif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir [$r_{\text{spearman}}=-0,034$; $p=0,612$; $p>0,05$].

4.3.4. Genç Yetişkinlerde Görülen Sağlıklı Beslenme Takıntısının (SBT) Ailelerindeki Geçmiş Olumsuz Yaşantılardan Sosyal Etkinliklerde Kısıtlılık ile İlişkisi

Genç yetişkinlerdeki sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) ve sağlıklı ortoreksiya (SO) gençlik dönemindeki aile sorunlarından “sosyal etkinliklerde kısıtlılık” faktörünün (faktör-4) varlığı ve bundan etkilenmeye göre incelenmiştir.

GDASDÖ alt boyutu sosyal etkinliklerde kısıtlılık stres puanı (-1,342 ile 1,086) ve etkilenme puanının (1,965 ile 3,909) normallik incelemelerinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur. Bu nedenle SBT ve SO ile ilişkilerine bakmak için parametrik olmayan testlerden Spearman korelasyon katsayıları incelenmiştir.

Tablo 18.1.

Sağlıklı beslenme takıntısının sosyal etkinliklerde kısıtlılığa göre incelenmesi

		Faktör-4 Stres Puanı	Faktör-4 Etkilenme Puanı
SBT	r	-0,198	-0,197
	p	0,004**	0,003**
	n	225	225

$p<0,01$ **

Sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) GDASDÖ alt boyutu sosyal etkinliklerde kısıtlılığa göre incelendiğinde, katılımcıların SBT puanları ve faktör-4 stres puanı arasında negatif bir korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu [$r_{\text{spearman}}=-0,198$; $p=0,004$; $p<0,01$], SBT puanları ve faktör-4 etkilenme puanı arasında ise negatif bir korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir [$r_{\text{spearman}}=-0,197$; $p=0,003$; $p<0,01$].

Tablo 18.2.

Sağlıklı ortoreksiyanın sosyal etkinliklerde kısıtlılığa göre incelenmesi

		Faktör-4 Stres Puanı	Faktör-4 Etkilenme Puanı
SO	r	-0,044	0,046
	p	0,510	0,490
	n	225	225

Sağlıklı ortoreksiya (SO) GDASDÖ alt boyutu sosyal etkinliklerde kısıtlılığa göre incelendiğinde, katılımcıların SO puanları ve faktör-4 stres puanı arasında negatif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı [$r_{\text{spearman}}=-0,044$; $p=0,510$; $p>0,05$], SO puanları ve faktör-4 etkilenme puanı arasında ise pozitif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir [$r_{\text{spearman}}=0,046$; $p=0,490$; $p>0,05$].

4.3.5. Genç Yetişkinlerde Görülen Sağlıklı Beslenme Takıntısının (SBT) Ailelerindeki Geçmiş Olumsuz Yaşantılardan Ev Ortamındaki Düzensizlik ile İlişkisi

Genç yetişkinlerdeki sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) ve sağlık ortoreksiya (SO), gençlik dönemindeki aile sorunlarından “ev ortamındaki düzensizlik” faktörünün (faktör-5) varlığı ve bundan etkilenmeye göre incelenmiştir.

GDASDÖ alt boyutu ev ortamındaki düzensizlik stres puanı (-1,743 ile 2,752) ve etkilenme puanının (2,347 ile 5,445) normallik incelemelerinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur. Bu nedenle SBT ve SO ile ilişkilerine bakmak için parametrik olmayan testlerden Spearman korelasyon katsayısı incelenmiştir.

Tablo 19.1.

Sağlıklı beslenme takıntısının ev ortamındaki düzensizliğe göre incelenmesi

		Faktör-5 Stres Puanı	Faktör-5 Etkilenme Puanı
SBT	r	-0,116	0,110
	p	0,084	0,101
	n	225	225

Sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) GDASDÖ alt boyutu ev ortamındaki düzensizliğe göre incelendiğinde, katılımcıların SBT puanları ve faktör-5 stres puanı arasında negatif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı [$r_{\text{spearman}}=-0,116$; $p=0,084$; $p>0,05$], SBT puanları ve faktör-5 etkilenme puanı arasında ise pozitif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir [$r_{\text{spearman}}=0,110$; $p=0,101$; $p>0,05$].

Tablo 19.2.

Sağlıklı ortoreksiyanın ev ortamındaki düzensizliğe göre incelenmesi

		Faktör-5 Stres Puanı	Faktör-5 Etkilenme Puanı
SO	r	0,058	-0,060
	p	0,387	0,371
	n	225	225

Sağlıklı ortoreksiya (SO) GDASDÖ alt boyutu ev ortamındaki düzensizliğe göre incelendiğinde, katılımcıların SO puanları ve faktör-5 stres puanı arasında pozitif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı [$r_{\text{spearman}}=0,058$; $p=0,387$; $p>0,05$], SO puanları ve faktör-5 etkilenme puanı arasında ise negatif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir [$r_{\text{spearman}}=-0,060$; $p=0,371$; $p>0,05$].

4.3.6. Genç Yetişkinlerde Görülen Sağlıklı Beslenme Takıntısının (SBT) Ailelerindeki Geçmiş Olumsuz Yaşantılardan Ekonomik Sorunlar ile İlişkisi

Genç yetişkinlerdeki sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) ve sağlık ortoreksiya (SO), gençlik dönemindeki aile sorunlarından “ekonomik sorunlar” faktörünün (faktör-6) varlığı ve bundan etkilenmeye göre incelenmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenler için Pearson korelasyon katsayısı ve basit doğrusal regresyona bakılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerde ise Spearman korelasyon katsayıları incelenmiştir.

SBT için yapılan normallik incelemesinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur (1,430 ile 1,688). Bu nedenle faktör-6 stres puanının ve etkilenme puanının SBT ilişkisini incelemek için uygulanan parametrik olmayan Spearman korelasyon katsayısı analizinin sonuçları Tablo 20.1.'de verilmektedir.

Tablo 20.1.

Sağlıklı beslenme takıntısının ekonomik sorunlara göre incelenmesi

		Faktör-6 Stres Puanı	Faktör-6 Etkilenme Puanı
SBT	r	0,018	-0,029
	p	0,786	0,667
	n	225	225

Sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) GDASDÖ alt boyutu ekonomik sorunlara göre incelendiğinde, katılımcıların SBT ve faktör-6 stres puanı arasında pozitif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı [$r_{\text{spearman}}=0,018$; $p=0,786$; $p>0,05$], SBT puanları ve faktör-6 etkilenme puanı arasında negatif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir [$r_{\text{spearman}}=-0,029$; $p=0,667$; $p>0,05$].

Tablo 20.2.

Sağlıklı ortorekiyanın ekonomik sorunlar stres puanına göre incelenmesi

	B	Std. Hata	t	P	R ²
Sabit Değer	1,027	0,231	4,451	0,000	0,003
Faktör-6	0,108	0,132	0,819	0,414	
SO	r			0,055	
	p			0,207	

Regresyon analizi yapılırken gerçekleştirilen Pearson korelasyon analizinde, sağlıklı ortoreksiya (SO) ve GDASDÖ “ekonomik sorunlar” stres puanı arasında pozitif yönde korelasyon olduğu fakat anlamlı bir ilişki görülmediği bulunmuştur ($r_{\text{pearson}}=0,055$; $p=0,207$; $p>0,05$). Tablo 20.2.'deki regresyon analizinde de ekonomik sorunlar stres puanı SO'yu istatistiksel olarak yordamamaktadır [$p>0,05$].

GDASDÖ alt boyutu ekonomik sorunlardan etkilenme puanının normallik incelemesinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur (1,345

ile 1,016). Bu nedenle, faktör-6'nın SO ile ilişkisini incelemek için uygulanan parametrik olmayan Spearman korelasyon katsayısı analizinin sonuçları Tablo 20.3.'te verilmektedir.

Tablo 20.3.

Sağlıklı ortoreksiyanın ekonomik sorunlardan etkilenmeye göre incelenmesi

			Faktör-6 Etkilenme Puanı
Sağlıklı Ortoreksiya (SO)	r		-0,077
	p		0,251
	n		225

Tablo 20.3. incelendiğinde katılımcıların SO puanları ve faktör-6 etkilenme puanı arasında negatif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir [$r_{\text{spearman}}=-0,077$; $p=0,251$; $p>0,05$].

4.3.7. Genç Yetişkinlerde Görülen Sağlıklı Beslenme Takıntısının (SBT) Ailelerindeki Geçmiş Olumsuz Yaşantılardan İlişkilerde Sınırsızlık ve İstismar ile İlişkisi

Genç yetişkinlerdeki sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) ve sağlık ortoreksiya (SO) gençlik dönemindeki aile sorunlarından “ilişkilerde sınırsızlık ve istismar” faktörünün (faktör-7) varlığı ve bundan etkilenmeye göre incelenmiştir.

GDASDÖ alt boyutu ilişkilerde sınırsızlık ve istismar stres puanı (-1,854 ile 4,248) ve etkilenme puanının (2,447 ile 8,672) normallik incelemelerinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur. Bu nedenle SBT ve SO ile ilişkilerine bakmak için parametrik olmayan testlerden Spearman korelasyon katsayıları incelenmiştir.

Tablo 21.1.

Sağlıklı beslenme takıntısının ilişkilerde sınırsızlık ve istismara göre incelenmesi

		Faktör-7 Stres Puanı	Faktör-7 Etkilenme Puanı
SBT	r	-0,022	0,012
	p	0,739	0,860
	n	225	225

Sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) GDASDÖ alt boyutu ilişkilerde sınırsızlık ve istismara göre incelendiğinde, katılımcıların SBT puanları ve faktör-7 stres puanı arasında negatif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı [$r_{\text{spearman}}=-$

0,022; $p=0,739$; $p>0,05$], SBT puanları ve faktör-7 etkilenme puanı arasında pozitif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir [$r_{\text{spearman}}=0,012$; $p=0,860$; $p>0,05$].

Tablo 21.2.

Sağlıklı ortoreksiyanın ilişkilerde sınırsızlık ve istismara göre incelenmesi

		Faktör-7 Stres Puanı	Faktör-7 Etkilenme Puanı
SO	r	0,103	-0,115
	p	0,124	0,086
	n	225	225

Sağlıklı ortoreksiya (SO) GDASDÖ alt boyutu ilişkilerde sınırsızlık ve istismara göre incelendiğinde, katılımcıların SO puanları ve faktör-7 stres puanı arasında pozitif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı [$r_{\text{spearman}}=0,103$; $p=0,124$; $p>0,05$], SO puanları ve faktör-7 etkilenme puanı arasında negatif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir [$r_{\text{spearman}}=-0,115$; $p=0,086$; $p>0,05$].

4.3.8. Genç Yetişkinlerde Görülen Sağlıklı Beslenme Takıntısının (SBT) Ailelerindeki Geçmiş Olumsuz Yaşantılardan Sağlık ve Sosyal Sorunlar ile İlişkisi

Genç yetişkinlerdeki sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) ve sağlık ortoreksiya (SO) gençlik dönemindeki aile sorunlarından “sağlık ve sosyal sorunlar” faktörünün (faktör-8) varlığı ve bundan etkilenmeye göre incelenmiştir.

GDASDÖ alt boyutu sağlık ve sosyal sorunlar stres puanı (-1,975 ile 2,967) ve etkilenme puanının (2,557 ile 6,383) normallik incelemelerinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur. Bu nedenle SBT ve SO ile ilişkilerine bakmak için parametrik olmayan testlerden Spearman korelasyon katsayıları incelenmiştir.

Tablo 22.1.

Sağlıklı beslenme takıntısının sağlık ve sosyal sorunlara göre incelenmesi

		Faktör-8 Stres Puanı	Faktör-8 Etkilenme Puanı
SBT	r	-0,025	0,038
	p	0,711	0,575
	n	225	225

Sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) GDASDÖ alt boyutu sağlık ve sosyal sorunlarına göre incelendiğinde, katılımcıların SBT puanları ve faktör-8 stres puanı arasında negatif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı [$r_{\text{spearman}}=-0,025$; $p=0,711$; $p>0,05$], SBT puanları ve faktör-8 etkilenme puanı arasında pozitif bir korelasyon olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir [$r_{\text{spearman}}=0,038$; $p=0,575$; $p>0,05$].

Tablo 22.2.

Sağlıklı ortoreksiyanın sağlık ve sosyal sorunlara göre incelenmesi

		Faktör-8 Stres Puanı	Faktör-8 Etkilenme Puanı
SO	r	0,155	-0,152
	p	0,020*	0,023*
	n	225	225

$p<0,05^*$

Sağlıklı ortoreksiya (SO) GDASDÖ alt boyutu sağlık ve sosyal sorunlarına göre incelendiğinde, katılımcıların SO puanları ve faktör-8 stres puanı arasında pozitif bir korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu [$r_{\text{spearman}}=0,155$; $p=0,020$; $p<0,05$], SO puanları ve faktör-8 etkilenme puanı arasında negatif bir korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir [$r_{\text{spearman}}=-0,152$; $p=0,023$; $p<0,05$].

4.4. Genç Yetişkinlerde Görülen Sağlıklı Beslenme Takıntısının (SBT) Yeme Tutumu ile İlişkisi

Genç yetişkinlerdeki sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) ve sağlık ortoreksiya (SO) bireylerin yeme tutumuna göre incelenmiştir. Yeme tutumu için yapılan normallik incelemesinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1 arasında olmadığı bulunmuştur (1,398 ile 1,440). Normal dağılım aralığında olmadığı için parametrik olmayan testlerden Spearman korelasyon katsayıları incelenmiştir.

Tablo 23.

Sağlıklı beslenme takıntısının ve sağlıklı ortoreksiyanın yeme yutumuna göre incelenmesi

		SBT	SO
Yeme Tutumu	r	0,571	0,228
	p	0,000**	0,001**
	n	225	225

$p<0,001^{**}$

Sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) yeme tutumuna göre incelendiğinde, katılımcıların SBT puanları ve yeme tutumu puanı arasında pozitif bir korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir [$r_{\text{spearman}}=0,571$; $p=0,000$; $p<0,01$]. Sağlıklı ortoreksiya (SO) yeme tutumuna göre incelendiğinde ise, katılımcıların SO puanları ve yeme tutumu puanı arasında pozitif bir korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur [$r_{\text{spearman}}=0,228$; $p=0,001$; $p<0,01$].



BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırma sonuçlarına yer verilerek alanyazında bulunan diğer araştırmalar ışığında tartışılacak, ardından daha sonra yapılabilecek araştırmalara yönelik öneriler sunulacaktır.

5.1. Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) cinsiyete göre tartışılması

Araştırma kapsamında genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) cinsiyet değişkenine göre incelenmesi sonucunda, SBT'nin cinsiyete göre anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur. Sağlıklı ortoreksiya (SO) puanlarının da cinsiyete göre bir fark göstermediği görülmektedir. Alanyazına bakıldığında da SBT'nin belli bir cinsiyete atfedilemediği araştırmalar olduğu gibi kadınlarda veya erkeklerde daha sık görüldüğünü söyleyen araştırmalar da bulunmaktadır. Oğur vd. (2015), üniversite öğrencileriyle yaptıkları araştırmada kadın öğrencilerde; Fidan vd. (2010) ise, erkek öğrencilerde daha yüksek SBT eğilimi bulmuşlardır.

Bu araştırmada olduğu gibi erkek katılımcı oranı az olan (%12.2) bir diğer araştırmada, bu araştırmadan farklı olarak kadınlarda SBT riski daha yüksek çıkmıştır (Villa vd., 2022). Ruiz ve Quiles (2021)'in üniversite öğrencileri ile yaptıkları araştırmada ise kadınların TOÖ kullandıklarında erkeklere göre daha yüksek puanlar aldıkları ORTO-11-Es kullandıklarında ise daha düşük puanlar aldıkları görülmektedir. Güngör (2021) ise, düzenli spor yapan bireylerle yaptığı araştırmasında erkeklerde SBT riskinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde Öner (2021) de spor merkezi üyeliği olan bireylerde erkeklerin SBT eğiliminin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

Awad vd. (2021), TOÖ kullandıkları araştırmalarında SO puanlarının kadınlarda anlamlı şekilde yüksek olduğunu bulsalar da SBT ile cinsiyet arasında bu araştırmadaki gibi anlamlı ilişkili bulunmamıştır. Benzer şekilde cinsiyet ve SBT arasında anlamlı bir ilişki bulunmayan araştırmalar bulunmaktadır (Baş, 2014; Özkahya, 2015; Dege, 2017; Duran, 2016; Özdenoğlu ve Dege 2015; Uğurlu, 2020; Sümege, 2020; Ulus ve Taşçı, 2021; Çakır, 2021; Turhan, 2021; Yıldız, 2020; Yıldırım ve Demire, 2022). Pehlivan vd. (2019) de yaptıkları araştırmada her iki cinsiyet için de benzer oran bulmuştur. Strahler vd. (2021) de SBT ve

egzersiz arasındaki ilişkiyi incelemek için yaptıkları meta-analiz çalışmasında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulmamışlardır.

Bu araştırmada cinsiyete dair dikkat çekilmesi gereken bir durum kadın-erkek katılımcı dağılımıdır. Form her iki cinsiyete açık şekilde gönderildiği halde katılımcılarda kadın oranı %92,4'tür ve benzer şekilde kadın oranı %92,2 olan bir araştırmada da cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır (Berber, 2021). SBT ile yapılan araştırmaların büyük çoğunluğunda kadın katılımcı oranının daha yüksek olduğu görülmektedir (Özkahya, 2015; Dege, 2017; Kaya, 2018; Hamurcu, 2019; Çağlar, 2019; Uğurlu, 2020; Sümengen, 2020; Oliveira vd., 2021). Fakat araştırmadaki güvenilirlik katsayıları yüksek çıkmasına rağmen erkek katılımcı oranının %10 dahi olmaması göz önüne alınmalıdır. Bu konu, erkek katılımcı sayısının daha yüksek olduğu bir örnekleme tekrar incelenmeye açık bir konudur.

5.2. Genç yetişkinlerde sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) öğrenim durumuna göre tartışılması

Araştırma kapsamında, genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) bireyin öğrenim durumuna göre incelenmesi sonucunda SBT'nin öğrenim durumuna göre anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur. Sağlıklı ortoreksiya (SO) puanlarının da öğrenim durumuna göre bir fark göstermediği görülmektedir. Özkahya (2015), Merdin (2018), Çok (2020), Yıldız (2020), Strahler vd. (2020) ve Güvenç (2020)'in çeşitli yaşlardaki yetişkin bireylerle yaptığı araştırmalarda bu çalışmanın bulgularına benzer şekilde öğrenim durumu ile SBT arasında anlamlı bir ilişki bulmamışlardır.

Tatlises (2016)'in araştırmasında, hem spor alışkanlığı olan hem de olmayan bireylerin SBT puanları incelenmiş ve öğrenim durumu ile SBT puanları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Benzer şekilde Öner (2021) ve Turhan (2021) da, öğrenim durumu ve SBT arasında ilişkiye ulaşmamıştır. Obeid vd. (2021), Lübnanlı 787 yetişkinle ve Missbach vd. (2015), 1029 Alman yetişkinle yaptıkları araştırmalarda bu araştırmanın sonucunu destekler şekilde öğrenim durumu ile SBT arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bulmuşlardır.

Bu sonuçlardan farklı olarak, Aslan ve Aktürk (2020) lisans ve üstü eğitime sahip olanlarda daha yüksek SBT riski bulmuşlardır. Yeşil vd. (2018), yetişkin bireylerde

cinsiyetin SBT ile ilişkisini inceledikleri araştırmalarında SBT eğilimi gösterenlerin %60,1'inin lisans ve lisansüstü düzeyde öğrenim düzeyine sahip olduğunu bulmuşlardır. Ramacciotti vd. (2011) ise, İtalya'da yürüttükleri araştırmalarında lisansüstü düzeyinde eğitim görenlerde daha az SBT'ye rastlamışlardır.

5.3. Genç yetişkinlerde sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) kronik rahatsızlığa göre tartışılması

Araştırma kapsamında genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) bireyin kronik rahatsızlığı olup olmama durumuna göre incelenmesi sonucunda, SBT'nin ve SO'nun bireyde bulunan kronik rahatsızlığa göre anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur. Baş (2014), 75 diyetisyenle yaptığı yüksek lisans tez araştırmasında kronik rahatsızlık ve SBT arasında anlamlı bir ilişki bulmamıştır. Erol (2018)'un tıp öğrencileri ile yürüttüğü araştırmasında da bireylerin sağlık sorununun varlığı ya da yokluğu ile SBT eğilimi arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Merdin (2018), ciddi bir rahatsızlık yaşamış ve yaşamamış bireyleri SBT riski açısından karşılaştırdığında anlamlı bir fark bulmamıştır. Çok (2020) ve Güvenç (2020)'in araştırmalarında da benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır: Kronik rahatsızlığı olan ve olmayan bireylerin ortorektik eğilimleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Turhan (2021), psikiyatrik geçmişe bakmıştır ve anlamlı bir fark bulmamıştır. Fakat bu araştırmanın sonucundan farklı olarak, kronik rahatsızlığın SBT eğilimi olanlarda daha sık görüldüğünü bulan çalışmalar da bulunmaktadır (Yıldırım ve Demirer, 2022). Aslan ve Aktürk (2020)'ün, meme kanseri teşhisi olan hastalar ile sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırdıkları çalışmada da meme kanserli grubun ve kanser dışında başka kronik rahatsızlıkları olanların daha yüksek SBT riski olduğu belirtilmektedir. Hyrnik vd. (2016)'nin 15-21 yaş grubu ile yaptıkları araştırmada ise, zayıf veya ortalama sağlığın SBT ile ilişkili olabileceği görülmektedir.

5.4. Genç yetişkinlerde sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) yeme bozukluğu tanısına göre tartışılması

Araştırma kapsamında, genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) bireyin yeme bozukluğu tanısı olup olmamasına göre incelenmesi sonucunda SBT'nin yeme bozukluğu tanısına göre anlamlı bir fark gösterdiği bulunmuştur. Daha önce yeme bozukluğu tanısı olan bireylerin SBT düzeyleri anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır.

Sağlıklı ortoreksiyanın (SO) ise yeme bozukluğu tanısına göre bir fark göstermediği görülmektedir.

Ruiz ve Quiles (2021), üniversite öğrencileri ile yaptıkları ve TOÖ kullandıkları araştırmada SBT ve YB arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır. Barnes ve Caltabiano (2017) da 220 yetişkin ile yaptıkları araştırma sonucunda bireyin yeme bozukluğu öyküsünün olmasının SBT için güçlü bir etken olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Matera vd. (2022), Polonyalı ve İtalyan genç yetişkinleri inceledikleri araştırmalarında, bulimiya başta olmak üzere bozulmuş yeme tutumu ve sağlıklı beslenmeyle ilgili problemler arasında bağlantı olduğunu bulmuşlardır. Alanyazında, SBT semptomlarının AN'li ve BN'li kişilerde oldukça yaygın olduğu ve terapi ve klinik iyileşme süreciyle ilişkili olabildiği söylenmektedir. Bir diğer deyişle, bir bireyde YB ve SBT bir arada var olabilir ve karıştırılabilir, ayrıca birbirinden önce veya sonra görülebilirler (Garcia vd., 2015). SBT ve YB'nin aynı anda var olabileceğine dair bir diğer açıklama ise, SBT'nin anoreksik bireyler tarafından başa çıkma mekanizması olarak kullanılabilirdiği yönündedir (Barthels vd., 2017).

5.5. Genç yetişkinlerde sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) gelir durumu ve gelir kaynağına göre tartışılması

Araştırma kapsamında, genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) bireyin gelir durumuna ve gelir kaynağına göre incelenmesi sonucunda SBT'nin ve SO'nun gelir durumuna ya da gelir kaynağına göre anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur. Benzer şekilde, alan yazında gelir durumu ile ortorektik belirtiler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış araştırmalar bulunmaktadır (Merdin, 2018; Uğurlu, 2020; Çakır, 2021; Turhan, 2021; Yıldız, 2020). Üniversite öğrencisi kadınlarla yapılan ve aile gelir düzeyine bakılan bir araştırmada da SBT gelir düzeyine göre anlamlı bir fark göstermemiştir (Oktay vd., 2021). Tatlıses (2016)'in araştırmasında ise düzenli spor yapanlarda alt gelir düzeyine sahip bireylerin SBT puanları daha yüksek çıksa da gelir düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Aynı şekilde, düzenli spor yapmayan bireylerin SBT puanları ve gelir düzeyleri arasında da ilişki bulunmamıştır. Kaya (2018)'nin araştırmasında öğrencilerin aylık harcamalarına bakılmıştır ve SBT puanları ile aylık harcamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Benzer şekilde, üniversite öğrencilerinin aylık gıda harcamalarına bakılan bir diğer araştırmada da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Sümengen, 2020). Strahler vd. (2020), Lübnanlı ve Alman yetişkinlerle yaptıkları

araştırmalarında sosyoekonomik durum ile SBT arasında belirgin bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Bu sonuçlardan farklı olarak Aslan ve Aktürk (2020)'ün araştırmasında ise SBT riskinin daha yüksek gelir düzeyi ile ilişkili olabileceği görölmüştür.

5.6. Genç yetişkinlerde sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) yaşam alanlarına göre tartişılması

Araştırmanın kapsamında genç yetişkinlerde görölen sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) bireyin hem şu an yaşadığı ortam (yalnız, yurt, aile, eş, arkadaş vs.) hem de yaşamının çoğunu geğirdiği (büyüdüğü) ortama (köy, belde, il, ilęe, büyük şehir, yurtdişi) göre incelenmesi sonucunda, SBT'nin yaşam alanlarına göre anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur. Sağlıklı ortoreksiya (SO) puanlarının da yaşam alanlarına göre bir fark göstermediği görölmektedir.

Dege (2017)'nin ęalıřmasında yurttan ve evde kalanların SBT puanlarına bakılmış, fakat SBT ve yaşam ortamı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Özdenoğlu ve Dege (2015)'nin araştırmasında, arkadaşlarıyla yaşayan öğrencilerin SBT puanları ailesiyle yaşayan ve yurttan kalan öğrencilere göre daha düşük çıkmış, fakat belirgin bir farklılık ortaya konmamıştır. Missbach vd. (2015), Alman yetişkinlerle yaptığı araştırmada yaşam alanının SBT puanlarını etkilemediğini belirtmektedir. Berber (2021) de bireylerin yalnız yaşayıp yaşamadığına göre SBT riskini incelediğinde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Benzer şekilde Turhan (2021) da yalnız veya aileyle yaşama ile SBT arasında ilişki bulunmamıştır.

Merdin (2018), bireyin yaşamının çoğunu geğirdiği yeri sorduğu araştırmasında ortorektik belirtiler ile arasında bu araştırmaya benzer şekilde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Erol (2018) da bireyin ikamet yerine göre (il, ilęe, köy) SBT eğilimini incelediği araştırmasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yine aynı araştırmada bu araştırmadaki gibi yalnız, yurt, aileyle, arkadaşla vs. yaşama durumuna bakıldığında benzer şekilde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kaya (2018)'nin ve ağlar (2019)'ın araştırmasında yurttan, aile evinde, öğrenci evinde kalanlar ve SBT puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Bu ęalıřmada SBT ve yaşadığı ortam arasında anlamlı bir ilişki çıkmasa da Villa vd. (2022)'nin şilili beslenme öğrencileri ile yaptıkları araştırmada, bir veya daha az kişiyle yaşamanın SBT üzerinde etkisinin olduğu bulunmuştur. Bu nedenle diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi SBT oluşumunda sosyal desteğin öneminden bahsedilmiştir.

Karakus vd. (2017)'nin yaptığı araştırmada ise ailesiyle birlikte yaşayan bireylerde SBT eğilimi daha yüksek çıkmıştır. Hamurcu (2019)'nun araştırmasında ise yalnız yaşayanların SBT riski diğer gruplara göre anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır.

5.7. Genç yetişkinlerde sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) düzenli spor alışkanlığına göre tartışılması

Araştırma kapsamında genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) düzenli spor alışkanlığına göre incelenmesi sonucunda, SBT'nin spor alışkanlığına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur. Düzenli spor alışkanlığı olan bireylerin SBT puanları daha düşüktür. Sağlıklı ortoreksiyanın (SO) da düzenli spor alışkanlığına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir.

Bu çalışmada düzenli spor alışkanlığı olanlarda SBT puanları daha düşük çıkmıştır. Başka bir deyişle, spor alışkanlığı olmayan bireylerin SBT eğiliminin daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Bu da Berber (2021)'in pandemi sürecinde spor yapmayanların SBT riskinin daha yüksek olduğunu bulduğu araştırması ile benzetilmektedir. Fakat düzenli spor alışkanlığı olanların SBT riskinin daha yüksek olduğunu ortaya koyan araştırmalar da bulunmaktadır (Dalmaz ve Yurttaş, 2015; Pehlivan vd., 2019; Baysal, 2020). Tatlıses (2016)'in araştırmasında da düzenli spor yapanların yapmayanlara göre SBT düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Dalmaz ve Yurtdaş (2015) da 20-45 yaş arasındaki bireylerle yaptıkları araştırmalarında spor yapma ile ortorektik eğilim arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Guglielmetti vd. (2022), farklı bölümlerden üniversite öğrencileri ile yaptıkları araştırmada, ekonomi-beşeri bilimler bölümü öğrencilerinde sporun koruyucu etken olduğunu ve beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinde haftalık spor süresinin etkili olduğunu bulmuşlardır. Strahler vd. (2021) ise, yaptıkları meta-analiz çalışmasında ortorektik yeme ile egzersiz arasında hafif, egzersiz bağımlılığı ile orta düzeyde korelasyon bulmuşlardır. Bu sonuçlardan farklı olarak Çok (2020) ve Turhan (2021)'in araştırmalarında düzenli egzersiz yapma ya da yapmama durumu ile SBT arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

5.8. Genç yetişkinlerde sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) bireyin ailesindeki geçmiş olumsuz yaşantılara göre tartışılması

Alanyazında, sağlıklı beslenme takıntısı (SBT) ile aile yaşantıları ve geçmiş yaşantılar gibi kavramlar arasında neredeyse hiç araştırma bulunamamıştır. Bu nedenle, bu

çalışma bu değişkenler ile sağlıklı beslenme takıntısı arasındaki ilişkilerin inceleyen ilk araştırmadır.

Araştırma kapsamında genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının bireyin gençlik dönemindeki aile sorunlarının varlığı ve bunlardan etkilenmesine göre incelenmesi sonucunda, SBT'nin gençlik dönemindeki aile sorunlarına göre anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur. Sağlıklı ortoreksiyanın (SO) da gençlik dönemindeki aile sorunlarına göre anlamlı bir fark göstermediği görülmektedir. Merdin (2018) ve Yıldız (2020), çocukluk çağı travma yaşantıları ile SBT ilişkisini inceledikleri araştırmalarında SBT ve çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişki bulmamışlardır. SBT ve çocukluk çağı travmaları arasında bir ilişki bulunmamış olması diğer yeme bozuklukları (AN, BN, TYB vs.) ile çocukluk çağı travmalarının ve aile hayatının ilişkili olabileceğini ortaya koyan araştırmalardan farklılık göstermektedir (Soyumtürk, 2021; Dancyger vd., 2005; Tetzlaff vd., 2016).

Genç yetişkinlerdeki sağlıklı beslenme takıntısının geçmişteki otoriter-baskıcı aile tutumuna göre incelenmesi sonucunda, SBT'nin ve SO'nun otoriter-baskıcı aile tutumuna göre anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur. Turhan (2021), özel olarak bir ebeveyn tutumuna yönelik değil de genel ebeveyn tutumları ile SBT ilişkisini incelemiştir ve ebeveyn tutumları ve SBT arasında anlamlı bir ilişki bulmamıştır. Barnes vd. (2012), 18-20 yaş aralığındaki gençlere yönelik yaptıkları araştırmada algılanan ebeveyn tutumlarının gencin yeme davranışı üzerine etkisini incelemişlerdir. Araştırma bulgularına göre ebeveyn tutumunun 18-20 yaş aralığındaki gençlerin sağlıklı beslenme davranışını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Fakat aynı araştırmada katılımcılar, yeme davranışları üzerinde ailelerinin etkisinin nasıl olduğu sorulan açık uçlu soruya genel olarak ebeveynlerinin sağlıklı bir yemek ortamı sağlayarak, sağlıklı beslenme hakkında sohbet ederek ve iyi rol model olarak yeme davranışlarını olumlu yönde etkiledikleri şeklinde cevap vermişlerdir.

Ebeveynlerin otoriter-baskıcı tutum sergilemesi, bulimiya gibi diğer yeme bozukluklarında SBT ile otoriter-baskıcı tutum arasındaki ilişkinin aksine genellikle anlamlı bir ilişki göstermektedir (Haycraft ve Blissett, 2010). Örneğin Aytaç ve Hocaoğlu (2016)'nın vaka sunumunda, 46 yaşındaki BN'li kadın danışanın annesinin otoriter-baskıcı bir tutum sergilediği belirtilmektedir. Bir başka vaka sunumunda, benzer şekilde, 28

yaşındaki üniversite öğrencisi BN'li erkek danışan da annesini otoriter-baskıcı, mükemmeliyetçi, katı şeklinde tanımlamaktadır (Hocaoğlu, 2015).

Genç yetişkinlerde sağlıklı beslenme takıntısının bireyin ailesindeki geçmiş ilişkilerde duyarsızlık ve tutarsızlığa göre incelenmesinin sonucunda, SBT'nin ve SO'nun ailedeki geçmiş ilişkilerde duyarsızlık ve tutarsızlığa göre anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur. Ailedeki duyarsızlık ve tutarsızlık da diğer yeme bozukluklarına göre incelendiğinde bu çalışmada elde edilen SBT ile ailedeki duyarsızlık ve tutarsızlık arasındaki ilişkiden farklılık göstermektedir. Örneğin McIver ve Thompson (1989)'ın 175 kadın üniversite öğrencisi ile yaptığı çalışmada, büyürken sevginin tutarsız gösterilmesinin bulimik davranışlarda etkili olduğu; annenin tutarsız sevgi ifadesinin bulimik davranışı ve anne ile ilişkideki tutarsızlığın da bulimik davranışlar üzerinde etkisi olan depresyonu yordadığı belirtilmektedir. Bu boyutun ölçüldüğü ölçeğin soruları arasında, ebeveynlerinin bireyin kiminle, nerede, ne yaptığına dair bilgisi olup olmadığı yer almaktadır. Benzer şekilde çocuğun nerede, kiminle olduğu ve ne yaptığı hakkında ebeveyn bilgisine bakılmış bir başka araştırmanın bulguları, ergenlikte ebeveynin bilgisinin daha düşük diyet yapma ve düzensiz yeme davranışlarında bulunma olasılığı ile ilişkili olduğu, ebeveynin psikolojik kontrolünün ise daha yüksek diyet ve düzensiz yemeği yordadığını göstermektedir (Berge vd., 2014).

Sağlıklı beslenme takıntısının geçmişteki anne-baba ilişkilerindeki uyumsuzluğa göre incelenmesi sonucunda SBT'nin ve SO'nun geçmişteki anne-baba ilişkilerinde uyumsuzluğa göre anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur. Bu sonucun aksine, yeme davranışının ebeveynlerin ilişkilerinden etkilenebildiğini gösteren bir çalışmada Salafia vd. (2014), anne-babanın evlilik çatışması ile ergenlik dönemindeki kızların bozulmuş yeme davranışlarını incelediklerinde, evlilikteki çatışmanın artışı ile ergen kızların daha yüksek düzeyde bozulmuş yeme davranışı gösterdiğini bulmuşlardır.

Sağlıklı beslenme takıntısının ailede sosyal etkinliklere yönelik kısıtlılığa göre incelenmesi sonucunda SBT'nin sosyal etkinliklerde kısıtlılık olması ve bundan etkilenme durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Sosyal etkinliklerdeki kısıtlılık ve SBT arasında negatif yönde bir korelasyon bulunmaktadır. SBT, beraberinde sosyal izolasyonu da getiren bir durum iken (Alvarenga vd., 2012; Valente vd., 2019; Koven ve

Abry, 2015; Varga vd., 2013; Mathieu, 2005), aile tarafından sosyal etkinliklerdeki kısıtlamaların artması ile SBT’de azalmanın görülmesi dikkat çeken bir sonuçtur. SBT’nin ailede sosyal etkinliklere yönelik kısıtlılığa göre bir farklılık gösterdiği görülsede ailedeki geçmiş sağlık ve sosyal sorunlara göre ise anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur. Yani birey ailenin sosyal etkinliklere yönelik kısıtlaması arttıkça daha az SBT göstermektedir ve ailedeki sosyal veya sağlık sorunlarına göre ise bireyin SBT davranışlarında bir farklılık görülmemektedir. Sağlıklı ortoreksiyanın (SO) sosyal etkinliklerdeki kısıtlılığa göre anlamlı bir fark göstermediği, fakat ailedeki geçmiş sağlık ve sosyal sorunların varlığına ve bireyin bunlardan etkilenmesine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir. Bireyin sağlık ve sosyal sorunlardan etkilenme durumu arttıkça sağlıklı ortoreksik davranışların azaldığı görülmektedir. Yani birey, aile üyelerinde rahatsızlıklar veya ailenin çevresiyle (komşu, akraba vs.) sorunlar arttıkça sağlıklı beslenmeyi tercih etmemektedir.

SBT’nin ve SO’nun ev ortamındaki düzensizliğe göre anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur. Bu boyutta temizlik ve ailece yemek yemeyip ayaküstü atıştırma gibi konularda maddeler yer almaktadır. Ackard ve Sztainer (2001)’in 560 üniversite öğrencisi ile yaptıkları araştırmalarında aile yemeklerinin bulimiya gibi diğer yeme bozukluklarında önleyici bir etken olarak kullanabileceği söylenmektedir. Fakat bizim araştırmamızda SBT ailece yemek yememe konusunda bir ilişki göstermemektedir. Bu durum Alvarenga vd. (2012)’nin belirttiği SBT’de kendi gibi beslenmeyen bireylerle birlikte yemek yemeyi istememe, yalnız yemeyi tercih etme durumu ile örtüşüyor olabilir.

Genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının geçmişteki ekonomik sorunlara göre incelenmesi sonucunda SBT’nin ve SO’nun ekonomik sorunlara göre anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur. Bu sonuçlar, bu araştırmanın SBT veya SO ile gelir düzeyinin anlamlı bir ilişkisi olmadığını gösteren sonuçlar ile de benzerlik göstermektedir: Alanyazında, kız yurdunda kalan öğrencilerde SBT eğilimleri ile aile gelir düzeyi arasındaki ilişkiye bakılan bir araştırmanın bulgularına göre, SBT ile ailenin aylık geliri arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir (Oktay vd., 2021). Bu sonuçlardan farklı olarak Hyrnik vd. (2016) ise, 15-21 yaş grubu 1899 Polonyalı ile yaptıkları araştırmalarında yüksek aile gelirinin SBT ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Genç yetişkinlerde sağlıklı beslenme takıntısının ailesindeki geçmiş ilişkilerdeki sınırsızlık ve istismar yaşantılarına göre incelenmesi sonucunda, SBT’nin ve SO’nun

ilişkilerde sınırsızlık ve istismar yaşantılarına göre anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur. Merdin (2018) ve Yıldız (2020), içinde istismar boyutunu da ele alan çocukluk çağı travma yaşantıları ile SBT ilişkisini inceledikleri araştırmalarında, çocukluk çağı travmaları ile SBT arasında anlamlı bir ilişki bulmamışlardır. Diğer yeme bozuklukları ile istismar boyutu arasındaki ilişki incelendiğinde ise, SBT ile sınırsızlık ve istismar yaşantıları arasındaki ilişkinin aksi söz konusudur: Çocukluk çağı cinsel istismarı gibi travmaların etkisinin aşırı yeme sorunu olarak ortaya çıkabildiği ve yeme davranışında bozulmalara neden olabildiği görülmüştür (Felitti vd., 1998; Usta vd, 2015). Soyumtürk (2021), yetişkin bireylerin algıladığı ebeveyn tutumları ve çocukluk çağı travmaları ile duygusal yeme üzerine yaptığı araştırmasında, duygusal ihmal ve istismar ile fiziksel istismarın yeme davranışları üzerinde pozitif yönlü ilişki gösterdiğini, cinsel istismarın da pozitif fakat zayıf düzeyde anlamlılık gösterdiğini belirtmiştir. Rorty vd. (2000)'nin BN öyküsü olan kadınlarla yaptıkları araştırmada, bu bireyler ergenlik döneminde özellikle annelerinin kendilerinin mahremiyetlerine saygı duymadığını belirtmişlerdir. Aynı araştırmada BN'li kadınlar babaları tarafından gerçekleştirilen cinsel istismardan da bahsetmektedirler.

5.9. Genç yetişkinlerde sağlıklı beslenme takıntısının (SBT) bireylerin yeme tutumuna göre tartışılması

Araştırma kapsamında genç yetişkinlerde görülen sağlıklı beslenme takıntısının bireylerin yeme tutumuna göre incelenmesi sonucunda, SBT'nin de SO'nun da yeme tutumuna göre pozitif yönde anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur. Öztürk (2021), hemşirelik öğrencileri ile yaptığı araştırmasında da bu araştırmaya benzer şekilde SBT ve yeme tutumu arasında pozitif bir ilişki olduğunu, SBT eğilimi arttıkça yeme tutumunda bozulmanın da arttığını bulmuştur. Duran (2016) da yeme tutumunda bozulmanın artışı ile SBT belirtilerinde artış olabileceğini ortaya koyarak SBT ve yeme tutumu arasında pozitif bir ilişki bulmuştur. Benzer olarak, Sümengen (2020) de SBT riski düştükçe yeme tutumu puanlarının yani yeme bozukluğu riskinin de düştüğünü ortaya koymuştur. Arslantaş vd. (2017)'nin hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları araştırmada ve Baş (2014)'ın diyetisyenlerle yaptığı araştırmasında yeme tutumu ve SBT arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür. Özkahya (2015), çevrimiçi diyet alan bireylerde SBT incelemesi için yaptığı araştırmasında yeme tutumunda bozulma riskinde yükselme ile SBT riskinde yükselme arasında anlamlı ilişki bulmuştur. Benzer şekilde Kaya (2018) ve Çok (2020) da yeme tutumu ve SBT arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Obeid vd. (2021)'nin 878 Lübnanlı yetişkin ile yürüttükleri

araştırma, SBT’de artışın daha yüksek düzeyde bozulmuş yeme tutumu ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Farchakh vd. (2019) tarafından yine Lübnan’da tıp öğrencileri ile gerçekleştirilen bir araştırma da yeme tutumundaki bozulma ile daha yüksek SBT eğilim ve davranışının ilişkili olduğunu göstermektedir. Yıldız (2020) ise araştırmasında SBT riski arttıkça yeme tutumunda bozulmaların da arttığı belirtmiştir.

5.10. Sonuç

Bu çalışmada, genç yetişkinlik dönemindeki bireylerin sağlıklı beslenme takıntısı ile gençlik dönemindeki aile sorunlarının ilişkisi incelenmiştir. Ayrıca cinsiyet, öğrenim durumu, kronik rahatsızlık, yeme bozukluğu tanısı, gelir durumu, yaşadığı ortam gibi demografik özelliklerin sağlıklı beslenme takıntısı ve sağlıklı ortoreksiya ile ilişkisine bakılmıştır. Yapılan çalışmanın sonucunda elde edilen sonuçlar özet olarak aşağıda verilmektedir.

1. Genç yetişkinlerin sağlıklı beslenme takıntısı ve sağlıklı ortoreksiya davranışları ile demografik özelliklerden cinsiyet, öğrenim durumları, gelir durumu, gelir kaynakları, büyüdüğü ortam ve şu anda yaşadığı ortam arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
2. Genç yetişkinlerin kronik rahatsızlık geçmişleri ile SBT ve SO arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken, yeme bozukluğu geçmişi ile SBT arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. YB tanısı alanların SBT puanları daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca SO ile yeme bozukluğu geçmişi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
3. Genç yetişkinlerin düzenli spor alışkanlığı ile SBT ve SO arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Düzenli spor alışkanlığı olan bireylerde SO davranışı görülebilirken; düzenli spor alışkanlığı olmayan bireylerin SBT puanları düzenli spor alışkanlığı olanlara göre daha yüksek çıkmıştır.
4. Genç yetişkinlerin gençlik dönemindeki aile sorunlarının varlığı ve bunlardan etkilenme düzeyleri ile SBT ve SO puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Otoriter-baskıcı tutum, ilişkilerde duyarsızlık ve tutarsızlık, anne-baba ilişkilerinde uyumsuzluk, ev ortamındaki düzensizlik, ekonomik sorunlar, ilişkilerde sınırsızlık ve istismar alt boyutları ile SBT ve SO arasında anlamlı ilişki

bulunmamıştır. Sosyal etkinliklerde kısıtlama alt boyutunun SO ile anlamlı bir ilişkisi bulunmazken, sosyal etkinliklerde kısıtlamanın hem stres puanı hem de bundan etkilenme puanı ile SBT arasında negatif ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Sağlık ve sosyal sorunlar boyutunda SBT ile anlamlı bir ilişki bulunmazken, SO ile stres puanında pozitif ve anlamlı, stresten etkilenme puanında ise negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

5. Sağlıklı beslenme takıntısı ve sağlıklı ortoreksiyanın yeme tutumu ile ilişkisi incelendiğinde, yeme tutumunun hem SBT hem de SO ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak, ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı-SBT) resmi olarak tanı kriterleri olmayan ve etkileyen faktörlerin hala araştırıldığı yeni bir kavramdır. SBT, demografik özelliklere göre incelendiğinde; araştırmanın sonuçları bireyin cinsiyeti, gelir durumu, eğitim düzeyi, yaşadığı veya büyüdüğü yer fark etmeksizin SBT'ye yönelik davranışlar görülebildiğini göstermektedir. Bu bulgular, yaşam ortamları, gelirleri veya eğitimleri ne olursa olsun, SBT'li kişilerin en saf yiyecekleri bulmak için çok fazla zaman ve para harcadıklarını göstermektedir (Morozov vd., 2015; Dunn ve Bratman, 2016).

Bu çalışmada genç yetişkinlerin geçmiş aile yaşantıları ile olan ilişkisi incelendiğinde, aile tarafından sosyal ilişkilerde kısıtlanmanın SBT üzerinde etkisi olabileceği görülürken, ailede görülen sağlık ve sosyal sorunların sağlıklı ortoreksiya üzerinde etkisi olabileceği görülmüştür. Bireyin kendi kronik rahatsızlığının olmasının SBT ya da SO'yu yordamadığı görülse de, yukarıda bahsedilen sonuca göre, aile içerisinde bir bireydeki sağlık sorunlarının bireyde sağlıklı ortoreksiya oluşmasıyla ilişkili olabileceği görülmektedir. Kronik rahatsızlıktan farklı olarak, bireyin yeme bozukluğu tanısı almış olmasının SBT riskini arttırabildiği görülmüştür. Sağlıklı beslenmeyi tercih etme anlamına gelen sağlıklı ortoreksiya (SO) ise yeme bozukluğu ile bir ilişki göstermemiştir. Bu bulguya dayanarak, SO'da bir kişinin gıda ile sağlıklı bir ilişkisi olduğu ve bu nedenle daha az YB görüldüğü varsayımı çıkarılabilir.

Aile tarafından sosyal ilişkilerde kısıtlılığın SBT'yi yordadığı görülmüştür. Bu durumun, diğer yeme bozukluklarında görülen, bireyin kontrol edebileceği tek şeyin yeme davranışı olduğunu ve yeme davranışını kontrol etmenin hayatında da bir miktar kontrole

ulaşabileceğini (Patching ve Lawler, 2009) düşünmesi ile bağlantılı olabileceği düşünülmektedir. Yeme davranışını kontrol etme ile ilgili bir diğer durum ise bireyin içinde bulunduğu gelişim dönemi ile açıklanabilir. Bağımsızlaşma ile birlikte kendilerine öncelik verebilen genç yetişkinler spor alışkanlığı gibi günlük rutinler oluşturabilmektedir. Araştırma sonucunda, düzenli spor alışkanlığı ile sağlıklı ortoreksiya arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir. Ayrıca düzenli spor alışkanlığı olmayan bireylerin SBT riskinin spor alışkanlığı olanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum, sağlıklı beslenmeyi tercih edenlerin “saf sağlığa” ulaşmaya çalışmak takıntısı yerine sağlıklarına dikkat etmeleri nedeniyle düzenli spor yapma olasılıklarının daha yüksek olduğu anlamına gelebilir.

Ortoreksiya nervoza henüz net olarak tanı kitaplarında yer almasa da bir yeme alışkanlığı sorunudur ve bireyin bozulmuş yeme tutumu ile olan ilişkisi de bunu desteklemektedir. Son olarak, gençlik döneminde aile sorunları varlığının ve bu sorunların yarattığı streslerden etkilenme düzeyinin sağlıklı beslenme takıntısı (SBT/ON) ve sağlıklı ortoreksiyayı (SO) tam anlamıyla yordadığını gösteren kanıtlar bulunmasa da bir etkisi olduğu görülmektedir. Bu nedenle, bu tez çalışmasında elde edilen sonuçların fazla geniş olmasa da sıklıkla gündeme gelmeye başlayan bir araştırma alanı olan ortoreksiya nervoza ile psikolojik danışma alanı bilimsel çalışmaları ve psikolojik danışma hizmetleri için önemli bir yeri olduğu düşünülmektedir.

5.11. Öneriler

5.11.1. Araştırmacılara Öneriler

Sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya nervoza) oldukça yeni bir kavramdır. SBT hakkında daha geniş bilgiye ulaşmak hem SBT hem de diğer yeme bozukluklarının görünürlüğünü arttırmak, önleyici çalışmalar yapmak, müdahale planları geliştirmek ve etkili tedavi sürecini belirlemek için oldukça önemlidir. Bu nedenle, etkileyen ve etkilenen faktörlerin araştırılması önemli ve gerekli bir durumdur.

Gelecek çalışmalarda; SBT'nin farklı değişkenlerle ve gruplarla (yaş, etnik köken vs.) uygulanması faydalı olacaktır. Çocukluk ve ergenlik dönemi gibi kritik dönemler, yaşlılık dönemindeki beslenme, hasta aile üyesi olan bireyler, özel gereksinimlere sahip bireyler, üstün yetenekli bireyler, vegan/vejeteryan ya da sağlık sorunları nedeniyle özel bir diyet ihtiyacı olan bireyler gibi farklı gruplarla çalışabileceği gibi obsessif kompulsif bozukluklar

ya da çeşitli erken dönem travmaları ile ilişkileri bakımından da incelenebilir. Aynı zamanda, bu araştırmada incelenen geçmiş aile yaşantıları daha geniş ve cinsiyet bakımından dengeli katılımcı gruplarıyla da incelenebilir.

5.11.2. Uygulayıcılara Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar, yeme bozukluklarının ve SBT'nin tanımlanması, önleyici çalışmalar yapılması, tedavisi ve iyileştirilmesi konusunda ruh sağlığı uzmanlarının eğitilmesine ve farkındalığının artırılmasına yardımcı olması bakımından önemlidir. Yeme bozuklukları ile SBT'nin eş zamanlı ya da peş peşe görülebilmesi nedeniyle; AN, BN, TYB gibi yeme bozukluklarının tedavi sürecinde ve süreç sonrası izleme çalışmalarında SBT'ye yönelik önleme ve müdahale planları da yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Elde edilen sonuçların, SBT vakaları ile çalışan ruh sağlığı uzmanlarının psikolojik danışma ve tedavi sürecinde ailesel etkenleri de göz önüne alarak değerlendirme ve planlama yapmasına yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Erken dönemdeki ve ergenlikteki aile yaşantılarının etkisiyle edinilen genç yetişkinlikteki yaşam biçimi göz önüne alınarak, sözkonusu gruplarla bireysel veya grupla psikolojik danışmada geçmiş aile yaşantıları gibi kavramların incelenmesi, aile danışmanlığı ekol ve tekniklerinden bireysel ve grupla psikolojik danışmada faydalanılması önerilen bir yaklaşımdır. Okullarda bireyin ruh sağlığını gözetmek için okul psikolojik danışmanlarının YB'yi gözlemlenmeleri, önleme çalışmaları yapmaları ve müdahale etmeleri veya öğretmenlere, öğrencilere ve/veya ailelere tanıtılmaları da önemlidir.

Son olarak, spor bireyin ruh sağlığını destekleyici bir ortam yaratmak ve takıntılı değil bilinçli bir şekilde sağlıklı beslenmek için ruh sağlığı uzmanları tarafından desteklenebilir.

KAYNAKÇA

- Ackard, D. M. ve Sztainer, D. N. (2001). Family mealtime while growing up: Associations with symptoms of bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 9(3), 239-249. doi: 10.1080/10640260127551
- Agras, W. S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 371-379. doi: 10.1016/S0193-953X(05)70232-X
- Agras, W. S., Bryson, S., Hammer, L.D. ve Kraemer, H.C. (2007). Childhood risk factors for thin body preoccupation and social pressure to be thin. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(2), 171-178. doi: 10.1097/chi.0b013e31802bd1997
- Aksoydan, E. ve Camci, N. (2009). Prevalence of orhorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 14(1), 33-37. doi: 10.1007/BF03327792
- Aktu, Y. (2016). Levinson'un kuramında ilk yetişkinlik döneminin yaşam yapısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 8(2), 162-177. doi:10.18863/pgy.12690
- Aldridge, V. K., Dovey, T. M., Martin, C. I. ve Meyer, C. (2010). Identifying clinically relevant feeding problems and disorders. *Journal of Child Health Care*, 14(3), 261-270. doi: 10.1177/1367493510370456
- Altınok, M. (2020). *Yeme tutumları, duygusal yeme, farkındalıkla yeme ve ortoreksiyanın metakognisyonlar açısından incelenmesi*. Yüksek lisans tezi. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. İstanbul.
- Alvarenga, M. S., Koritar, P., Pisciolaro, F., Mancini, M., Cordás, T. A. ve Scagliusi, F. B. (2014). Eating attitudes of anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity without eating disorder female patients: differences and similarities. *Physiology and Behavior*, 131, 99-104. doi: 10.1016/j.physbeh.2014.04.032
- Alvarenga, M. S., Martins, M. C. T., Sato, K. S. C. L. J., Vargas, S. V. A., Philippi, S. T., ve Scagliusi, F. B. (2012). Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assed by the Portuguese version of ORTO-15. *Eat Weigh Disord*, 17, e29-e35. doi: 10.1007/BF03325325

- Alvarenga, M. S., Scagliusi, F. B. ve Philippi, S. T. (2008). Changing attitudes, beliefs and feelings towards food in bulimic patients. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*, 58(3), 274-279.
- Alvarenga, M. S., Scagliusi, F. B. ve Philippi, S. T. (2010). Development and validity of the Disordered Eating Attitude Scale (Deas). *Perceptual and Motor Skills*, 110(2), 379-395. doi: 10.2466/pms.110.2.379-395
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev.: E. Koroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Anda, R.F., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Chapman, D., Edwards, V.J., Dube, S.R. ve Williamson, D. F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatr Serv*, 53, 1001-1009.
- Anderson, L., Shaw, J.M. ve Mc Cargar, L. (1997). Physiological effects of bulimia nervosa on gastrointestinal tract. *Can J. Gastroenterol*, 11(5), 451-459. doi: 10.1155/1997/727645
- Andreas, S., Schedler, K., Schulz, H. ve Nutzinger, D. O. (2018). Evaluation of a German version of a brief diagnosis questionnaire of symptoms of orthorexia nervosa in patients with mental disorders (Ortho-10). *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23, 75-85. doi: 10.1007/s40519-017-0473-y
- Archibald, A. B., Graber, J. A. ve Gunn, J. B. (1999). Associations among parent-adolescent relationships, pubertal growth, dieting, and body image in young adolescent girls: A short-term longitudinal study. *Journal of Research on Adolescence*, 9(4), 395-415.
- Arslantaş, H., Adana, F., Öğüt, S., Ayakdaş, D., ve Korkmaz, A. (2017). Hemşirelik öğrencilerinde yeme davranışları ve ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) ilişkisi: Kesitsel bir çalışma. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(3), 137-144. doi: 10.14744/phd.2016.36854
- Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G. ve Merdol, T. K. (2008). Ortoreksiya nervoza ver Orto-11'in Türkçeye uyarlama çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 283-291.
- Asarkaya, B. ve Arcan, K. (2021). Teruel Ortoreksiya Ölçeği'nin (TOÖ) uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikoloji Dergisi*. doi: 10.5455/kpd.26024438m000039
- Aslan, H. ve Aktürk, Ü. (2020). Demographic characteristics, nutritional behaviors, and orthorexic tendencies of women with breast cancer: a case-control study. *Eat Weight Disord*, 25, 1365-1375. doi: 10.1007/s40519-019-00772-y

- Atay, D. (2020). Beslenme ve yeme bozuklukları. G. Kurt, (Ed.), *Çocuk Ruh Sağlığı*. (1. Baskı) (163-183). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Aytaç, H. M. ve Hocaoğlu, Ç. (2016). Bulimiya nervoza ile birlikte yaşamak: Bir vaka sunumu. *Journal of Mood Disorders (JMOOD)*, 6(3), 158-163. doi: 10.5455/jmood.20160328052721
- Awad, E., Salameh, P., Sacre, H., Malaeb, D., Hallit, S. ve Obeid, S. (2021). Association between impulsivity and healthy orthorexia: any moderating role of personality traits? *Psychology, Health and Medicine*, 27(8), 1832-1841. doi: 10.1080/13548506.2021.1954673
- Barnes, M. A. ve Caltabiano, M. L. (2017). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 177-184. doi: 10.1007/s40519-016-0280-x
- Barnes, S. P., Brown, K.M., McDermott, R. J., Bryant, C. A. ve Kromrey, J. (2012). Perceived parenting style and the eating practices of college freshmen. *American Journal of Health Education*, 43(1), 8-17. doi: 10.1080/19325037.2012.10599213
- Barrada, J. R. ve Roncero, M. (2018). Bidimensional structure of the orthorexia: Development and initial validation of a new instrument. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 34(2), 283–291. doi: 10.6018/analesps.34.2.299671
- Barthels, F., Meyer, F., Huber, T. ve Pietrowsky, R. (2017). Orthorexic eating behaviour as a coping strategy in patients with anorexia nervosa. *Eat Weight Disord*, 22, 269-276. doi: 10.1007/s40519-016-0329-x
- Baş, Y. (2014). Diyetisyenlerde sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya nervoza) ve yeme tutumlarının saptanması. *Yüksek lisans tezi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Baysal, I. (2020). Spor yapan bireylerin yeni besin korkusu ve ortoreksiya nervoza eğilimleri ile beslenme durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Yüksek lisans tezi*. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Beauchamp, M. T., Allison, K. C. ve Lundgren, J. D., (2020). The nature of night eating syndrome: Using network analysis to understand unique symptomological relationships. *Int J Eat Disord*, 54, 733-744. doi: 10.1002/eat.23497

- Berber, R. (2021). Covid-19 pandemisinde bireylerin ortoreksiya eğilimleri ile beslenme durumları arasında ilişkinin incelenmesi. *Yüksek lisans tezi*. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Berge, J. M., Wall, M., Larson, N., Eisenberg, M. E., Loth, K. A. ve Sztainer, D. N. N. (2014). The unique and additive associations of family functioning and parenting practices with disordered eating behaviors in diverse adolescent. *J. Behav Med*, 37, 205-217. doi: 10.1007/s10865-012-9478-1
- Bogdanovic, M., Alempijevic, D., Curcic, D. ve Durmic, T. (2018). A fatal outcome of pica syndrome: An unusual case of delayed mortality. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 39(3), 261-263. doi: 10.1097/PAF.0000000000000409
- Bohn, K., Doll, H. A., Cooper, Z., O'Connor, M., Palmer, R. L. ve Fairburn, G. (2008). The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1105-1110. doi: 10.1016/j.brat.2008.06.012
- Bosi, A. T. B., Camur, D. ve Güler, C. (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
- Bratman, S. (2014). *What is orthorexia?* 8 Mayıs 2021, www.orthorexia.com/what-is-orthorexia
- Bratman, S. (2017). Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eat Weight Disorder*, 22, 381-385. doi: 10.1007/s40519-017-0417-6
- Busch, J. R., Löchte, L., Lindh, A.S. ve Jacobsen, C. (2021). Lethal small bowel obstruction due to pica. *Journal of Forensic Sciences*, 67(1), 374-376. doi: 10.1111/1556-4029.14871
- Butcher, J. N., Mineka, S. ve Hooley, J. M. (2013). Yeme bozuklukları ve obezite. O. Gündüz (Çev.), *Anormal Psikoloji içinde* (s. 573-629). İstanbul: Kaknüs Psikoloji. (Orijinal çalışma basım tarihi 2011).
- Cai, J. X., Wong, D., Lee, D. ve Chan, W. W. (2022). Eating and psychiatric disorders are independent risk factors for rumination syndrome. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 56(3), 228-233. doi: 10.1097/MCG.0000000000001510
- Canbaz, E. A. ve Özsöz, C. (2020). Sağlıkla beslenme takıntısının sosyolojik bağlantıları. *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*, 40(1), 279-308.
- Cash, T. F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, 1, 334-342. doi:10.1016/b978-0-12-384925-0.00054-7

- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J. ve Anda, R. F., (2004) Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217-225. doi:10.1016/j.jad.2003.12.013
- Cooper, M. J., Wells, A. ve Todd, G. (2004). Cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 1-16. doi: 10.1348/014466504772812931
- Costa, C. B., Khalil, K. H., ve Gibbs, K. (2017). Orthorexia nervosa: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(12), 980-988. doi: 10.1080/01612840.2017.1371816
- Çağlar, N. (2019). Diyetisyenlerde sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya) belirtilerinin incelenmesi. *Yüksek lisans tezi*. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Çakır, R. D. (2021). Sosyal medya kullanımının ortoreksiya nervoza ve beden algısı üzerine etkisinin incelenmesi. *Yüksek lisans tezi*. İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Çok, F. (1993). Gelişim psikolojisi, kuramlar, yöntemler ve yaşamın ilk yılları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 26(22), 641-670. doi.org/10.1501/Egifak_0000000479
- Çok, G. (2020). Bir aile sağlığı merkezine başvuran bireylerde ortoreksiya nervoza sıklığı ve beslenme durumunun incelenmesi. *Yüksek lisans tezi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Dalmaz, M. ve Yurtdaş, G. T. (2015). Spor salonunda spor yapanlarda ortoreksiya nervoza belirtilerinin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Ortopedi Travmatoloji ve Spor Hekimliği Dergisi*, 4, 23-39. doi: 10.17372/OTSHD.2015412556
- Dancyger, I., Fornari, V., Scionti, L., Wisotsky, W. ve Sunday, S. (2005). Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning?. *Comprehensive Psychiatry*, 46(2), 135-139.
- Darrow, S. M., Accurso, E. C., Nauman, E. R., Goldschmidt, A. B. ve Le Grange, D. (2017). Exploring types of family environments in youth with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(5), 389-396. doi: 10.1002/erv.2531
- Dege, G. (2017). Beslenme ve diyetetik öğrencilerinde ortoreksiya nervozanın saptanması. *Yüksek lisans tezi*. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- De Moor, R. J. G. (2004). Eating disorder-induced dental complications: a case report. *Journal of Oral Rehabilitation*, 31(7), 725-732. doi: 10.1111/j.1365-2842.2004.01282.x

- Dinç, S. Y. ve Koçhan, K. (2016). Yeme bozuklukları tedavisinde aile terapisi yaklaşımı ile ilgili araştırmalar: bir gözden geçirme. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 50(2), 541-551. doi: 10.9761/JASSS3378
- Dingemans, A., Danner, U. ve Parks, M. (2017). *Nutrients*, 9(11), 1274. doi: 10.3390/nu9111274
- Dingemans, A.E., Bruna, M. J. ve van Furth, E.F. (2002). Binge eating disorder: a review. *International Journal of Obesity*, 26, 299-307. doi: 10.1038/sj/ijo/0801949
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M. ve Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(2), 151-157. doi: 10.1007/BF03325060
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M. ve Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10, 28-32.
- Dunn, T. M. ve Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literatüre and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11-17. doi: 10.1016/j.eatbeh.2015.12.006
- Duran, S. (2016). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) riski ve etkileyen faktörler. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 9(3), 220-226. doi: 10.5505/ptd.206.03880
- Erbaş, S. (2015). *Yeme tutumlarının nesne ilişkileri kuramı çerçevesinde incelenmesi*. Doktora tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Erçim, R. E. ve Pekcan, G. (2014). Genç yetişkinlerin beslenme durumunun Sağlıklı Beslenme İndeksi-2005 ile değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 42(2), 91-98.
- Eroğlu, M. ve Gündoğdu, M. (2021). Beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin kişilik özelliklerinin incelenmesi. *Uluslararası Sosyal Bilimlerde Yeni Yaklaşımlar Dergisi*, 5(1), 278-293. doi: 10.38015/sbyy.946518
- Erol, A., Toprak, G. ve Yazıcı, F. (2002). Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 48-57.
- Erol, Ö. (2018). İnönü Üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin ortoreksiya nervoza belirtilerinin ve yeme tutumlarının saptanması. *Yüksek lisans tezi*. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Evcimen, H. ve Ayyıldız, N. İ. (2020). Üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervosaya olan eğilimlerinin obsesyonla ilişkisinin belirlenmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5(3), 391-400. doi: 10.35232/estudamhsd.691686
- Farchakh, Y., Hallit, S. ve Soufia, M. (2019). Association between orthorexia nervosa, eating attitudes and anxiety among medical students in Lebanese universities: results of cross-sectional study. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24, 683-691. doi: 10.1007/s40519-019-00724-6
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. ve Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258.
- Fidan, T., Ertekin, V., Işııkay, S. ve Kırpınar, İ. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 51(1), 49-54. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.03.001
- Fortesa, K. ve Ajete, K. (2014). Family influence on disordered eating behavior. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 314 – 318. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.379
- Garcia, C. S., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloï, M., Caroleo, M., Bruni, A., Gazzarini, D., Sinopoli, S. ve De Fazio, P. (2015). The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder after treatment. *Eat Weight Disord*, 20, 161-166. doi: 10.1007/s40519-014-0171-y
- Garipoğlu, G., Arslan, M. ve Öztürk, S. A. (2019). Beslenme ve Diyetetik Bölümünde Okuyan Kız Öğrencilerin Ortoreksiya Nervosa Eğilimlerinin Belirlenmesi. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(3), 23.27.
- Gladding, S. T. (2012). *Aile terapisi, tarihi, kuram ve uygulamaları* (İkinci Türkçe Baskısı). (İ. Keklik, Çev. Ed.). Ankara: Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği. (Orijinal çalışma basım tarihi 2011/5.Baskı).
- Guan, C., Wen, X., Gong, Y., Liang, Y. ve Wang, Z. (2014). Family environment and depression: A population-based analysis of gender differences in rural china. *Journal of Family Issues*, 35(4), 481-500. doi: 10.1177/0192531X12474624
- Guglielmetti, M., Ferraro, O. E., Gorrasi, I. S. R., Carrao, E., Bo, S., Daga, G. A., Taglibue, A., ve Ferraris, C. (2022). Lifestyle-related risk factors of orthorexia can differ among the students of distinct university courses. *Nutrients*, 14(5), 1111. doi: 10.3390/nu14051111

- Gündüz, A., Yaşar, A. B., Gündoğmuş, İ., Savran, C. ve Konuk, E. (2018). Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(Özel sayı.1), 68-75.
- Güngör, A. (2021). Düzenli olarak spor yapan bireylerde beslenme bilgi düzeyinin ve ortoreksiya nervozanın incelenmesi. *Yüksek lisans tezi*. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Güvenç, F. (2020). Bireylerin sağlıklı beslenme takıntısının (ortoreksiya nervoza) yaşam kalitesi ve mutluluk üzerine etkisi. *Yüksek lisans tezi*. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Hallit, S., Matera, A. B. ve Obeid, S. (2021). Orthorexia nervosa and disordered eating attitudes among Lebanese adults: Assessing psychometric proprieties of the ORTO-R in a population-based sample. *PLoS ONE*, 16(8), E0254948. doi: 10.1371/journal.pone.0254948
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Klump, K. L., Stober, M., Leckman, J. F., Fichter, M., Kaplan, A., Woodside, B., Treasure, J., Berrettini, W. H., Al Shabboat, M., Bulik, C. M. ve Kaye, W. H. (2003). Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 308-319. doi: 10.1002/eat.10138
- Hamlett, K. W. ve Curry, J. F. (1990). Anorexia nervosa in adolescent males: a review and case study. *Child psychiatry and human development*, 21(2), 79-94.
- Hamurcu, T. G. Ö. (2019). Hemşirelik öğrencilerinde sosyal medya kullanımının ortoreksiya nervoza üzerine etkisi. *Yüksek lisans tezi*. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Hartmann, A.S., Zenger, M., Glaesmer, H., Strauß, B., Brähler, E., de Zwaan, M. ve Hilbert, A. (2022). Prevalence of pica and rumination behaviours in adults and associations with eating disorder and general psychopathology: findings from a population based study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31(40), 1–8. doi: 10.1017/S2045796022000208
- Hatami, Z., Hasani, F., Kochakentzar, R. ve Golshani, F. (2021). A study of alexithymia and parental behavior to eating attitude of adolescent girls associated with mediating role of body checking behaviors. *Journal of Health Sciences and Surveillance System*, 9(1), 32-38. doi: 10.30476/jhsss.2020.87665.1119
- Hay, P. J. ve Claudino, A. M. (2010). Bulimia nervosa. *BMJ clinical evidence*. 12 Aralık 2021, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275326

- Haycraft, E. ve Blisset, J. (2010). Eating disorder symptoms and parenting styles. *Appetite*, 54, 221-224. doi: 10.1016/j.appet.2009.11.009
- Hessler, J. B., Diedrich, A., Greetfeld, M., Schlegl, S, Schwartz, C., ve Voderholzer, U. (2017). Weight suppression but not symptom improvement predicts weight gain during inpatient treatment for bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 26(2), 146-149. doi: 0.1002/erv.2573
- Hocaoğlu, C. (2015). Bulimia nervosa in males: A case report. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 28(1), 77-83, doi: 10.5350/DAJPN2015280109
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389-394. doi: 10.1097/01.yco.0000228759.95237.78
- Hyrnik, J., Kozik, M. J., Stochel, M., Jelonek, I., Siwiec, A. ve Rybakowski, J. (2016). The assessment of orthorexia nervosa among 1899 Polish adolescent using the Orto-15 questionnaire. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 20(3), 199-203. doi: 10.1080/13651501.2016.1197271
- İnalkaç, S. ve Arslantaş, H. (2018). Duygusal yeme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(1), 70-82.
- Jassogne, C. ve Zdanowicz, N. (2018). Management of adult patients with anorexia nervosa: a literature review. *Psychiatria Danubina*, 30(7), 533-6.
- Kaçar, M. ve Hocaoğlu, Ç. (2019). Pika, geri çıkarma bozukluğu nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22, 347-354. doi: 10.5505/kpd.2019.50570
- Karadere, M. E. ve Hocaoğlu, Ç. (2018). Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4), 110-118.
- Karakus, B., Hidiroglu, S., Keskin, N. ve Karavus, M. (2017). Orthorexia nervosa tendency among students of the department of nutrition and dietetics at a university in Istanbul. *North Clin Istanb*, 4(2), 117-123. doi: 10.14744/nci.2017.20082
- Karataş, E. A. (2019). Peter pan sendromu: Bugünün gençleri ve yetişkinlikten kaçış. *Medeniyet Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 117-129.
- Kaya, Z. (2018). Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinde sağlıklı yeme takıntısının (ortoreksiya nervoza) değerlendirilmesi. *Yüksek lisans tezi*. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Kerzner, B., Milano, K., MacLean, W. C., Berall, G., Stuart, S. ve Chatoor, I. (2015). A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*, 135(2), 344-353. doi: 10.1542/peds.2014-1630
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Gaxiola, A. A., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J. M., Masfety, V. K., O'Neill, S., Villa, J. P., Sasu, C., Scott, K., Viana, M. C. ve Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization world mental health surveys. *Biol Psychiatry*, 73(9), 904-914. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020
- Kluck, A. S. (2010). Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction. *Body image*, 7(1), 8-14.
- Korkmaz, E. (2021). Duygu odaklı terapide yeme bozukluklarına kapsamlı bir bakış. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 4(8), 14-27.
- Koven, N. S., ve Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 385-394. doi: 10.2147/NDT.S61665
- Kozan, H. İ. Ö. ve Hamarta, E. (2017). Beliren yetişkinlikte beden imgesi: Bağlanma ve sosyal görünüş kaygısının rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 7(48), 63-81.
- Levine, M. P. (2012). Childhood feeding problems and adolescent eating disorders. *Eating Disorders*, 20(1), 78-80. doi: 10.1080/10640266.2012.635575
- Levinson, C. A., Zerwas, S., Calebs, B., Forbush, K., Kordy, H., Watson, H., Hofmeier, S., Levine, M., Crosby, R. D., Peat, C., Runfola, C. D., Zimmer, B., Moesner, M., Marcus, M. D., ve Bulik, C. M. (2017). The core symptoms of bulimia nervosa, anxiety, and depression: A network analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(3), 340-354. doi: 10.1037/abn0000254
- Lydecker, J. A. ve Grilo, C. M. (2016). Fathers and mothers with eating-disorder psychopathology: associations with child eating-disorder behaviors. *Journal of Psychosomatic Research*, 86, 63-69. doi: 10.1016/j.jpsuchores.2016.05.006
- Machado, B. C., Gonçalves, S. F., Martins, C., Hoek, H. W. ve Machado, P. P. (2014). Risk factors and antecedent life events in the development of anorexia nervosa: a Portuguese case-control study. *European Eating Disorders Review*, 22(4), 243-251. doi: 10.1002/erv.2286

- Malesza, M. (2022). Night eating syndrome and delay discounting. *Journal of Public Health: From Theory to Practice*, 30, 341- 344. doi: 10.1007/s10389-020-01272-5
- Martín, A. R., Ruiz, J. N., Nieto, J. M., Jiménez, L. E. ve De Haro, A. C. (2004). Epidemiological study of the influence of family and socioeconomic status in disorders of eating behaviour. *European journal of clinical nutrition*, 58(6), 846-852.
- Matera, A. B. (2012). Orthorexia nervosa—an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit. *Archives of Psychiatry and psychotherapy*, 1(1), 55-60.
- Matera, A. B., Pardini, S., Szubert, J. ve Novara, C. (2022). Orthorexia nervosa and disordered eating attitudes, seelf-esteem and physical activity among young adults. *Nutrients*, 14(6), 1289. doi: 10.3390/nu14061289
- Mathieu, J. (2005). What is orthorexia?. *Journal of the American Dietetic Associaton*, 105(10), 1510-1512. doi: 10.1016/j.jada.2005.08.021
- McDermott, B. M., Batik, M., Roberts, L. ve Gibbon, P. (2002). Parent and child report of family functioning in a clinical child and adolescent eating disorders sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(4), 509-514.
- McIver, L. S., ve Thompson, J. K. (1989). Family correlates of bulimic characteristics in college females. *Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 467-472.
- Merdin, E. (2018). Çocukluk çağı travmaları ve psikopatolojik belirtilerin ortoreksiya nervoza üzerindeki rolü. *Yüksek lisans tezi*. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Micali, N., De Stavola, B., Ploubidis, G., Simonoff, E., Treasure, J., ve Field, A. (2015). Adolescent eating disorder behaviours and cognitions: Gender-specific effects of child, maternal and family risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 207(4), 320-327. doi:10.1192/bjp.bp.114.152371
- Missbach, B., Hinterbuchinger, B., Dreiseitl, V., Zellhofer, S., Kurz, C. ve König, J. (2015) When eating right, is measured wrong! A validation and Critical Examination of the Orto-15 questionnaire in German. *PLoS ONE*, 10(8), e0135772 doi: 10.1371/journal.pone.0135772
- Moline, R., Hou, S., Chevrier, J. ve Thomassin, K. (2021). A systematic review of the effectiveness of behavioural treatments for pica in youths. *Clin Psychol Psychothez*, 28, 39-55. doi: 10.1002/cpp.2491
- 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. doi: 10.1016/j.psych.2014.03.003
- Morrison, J. (2017). Beslenme ve yeme bozuklukları. H. Uğur-Kural (Çev.), M. Şahin (Ed.), DSM-5’i kolaylaştıran klinisyenler için tanı rehberi içinde (s. 276-292). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. (Orijinal çalışma basım tarihi 2014).
- Nicholls, D. ve Waugh, R. B. (2009). Eating disorders of infancy and childhood: Definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 17-30. doi: 10.1016/j.chc.2008.07.008
- Nichols, M. P. (2013). *Aile terapisi: kavramlar ve yöntemler*. (O. Gündüz, Çev.). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Novara, C., Pardini, S., Visioli, F. ve Meda, N. (2021). Orthorexia nervosa and dieting in a non-clinical sample: a prospective study. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. doi: 10.1007/s40519-021-01353-8
- Obeid, S., Hallit, S., Akel, M. ve Matera, A. B. (2021). Orthorexia nervosa and its association with alexithymia, emotion dysregulation and disordered eating attitudes among Lebanese adults. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26, 2607-2616. doi: 10.1007/s40519-021-01112-9
- Oğur, S., Aksoy, A. ve Güngör, Ş. (2015). Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza eğiliminin belirlenmesi. *BEÜ Fen Bilimleri Dergisi*, 4(2), 93-102. doi: 10.17798/beufen.95626
- Oktay, B., Gökçe, A. ve Özer, A. (2021). Malatya Battalgazi yurdunda kalan kız öğrencilerin ortoreksiya nervoza düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi (Online)*, 6(3), 253-263. doi: 10.35232/estudamnhsd.882155
- Okumuş, F. E. E. ve Berk, H. Ö. S. (2020). Yeme tutum testinin kısa formunun (YTT-26) üniversite örnekleminde Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Psikoloji Çalışmaları - Studies in Psychology*, 40(1), 57-78. <https://doi.org/10.26650/SP2019-0039>
- Olden, K. W. (2001). Rumination. *Current Treatment Options Gastroenterology*, 4(4), 351-358. doi: 10.1007/s11938-001-0061-z
- Oliveria, M. F., Malioni, A. B. R. R., Morais, B. A. B., Borges, L. R., Serafim, L. H. M. ve Ganen, A. P. (2021). Relationship between risk behaviors for orthorexia nervosa, social

- media and diets in nutrition students. *Saúde e Pesquisa*, 14(1), e-9469. doi: 10.17765/2176-9206.2021v14Supl.1.e9469
- Öcal, E. E., Ünsal, A., Demirtaş, Z., Emiral, G. Ö. ve Arslantaş, D. (2020). Araştırma görevlilerinde ortoreksiya nervoza ve sosyal görünüş kaygısının değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 49-59.
- Öner, B. (2021). Spor merkezi üyelerinin egzersiz bağımlılıkları ile ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) belirtilerinin incelenmesi. *Yüksek lisans tezi*. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özdenoğlu, A. ve Dege, G. (2015). Üniversite gençliğinde yeme bozukluğunun yordayıcıları olarak benlik saygısı ve beslenme eğitiminin ortoreksiya nervoza gelişmesi üzerine etkisi. *Bozok Tıp Dergisi*, 5(3), 5-14.
- Özen, Y. ve Gül, A. (2007). Sosyal ve eğitim bilimleri araştırmalarında evren-örneklem sorunu. *Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi*, (15), 394-422.
- Özkahya, K. D. (2015). Online diyet alan yetişkin bireylerde ortoreksiya nervoza ve ilişkili parametrelerin değerlendirilmesi. *Yüksek lisans tezi*. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özkan, N., ve Bilici, S. (2018). Yeme davranışında yeni yaklaşımlar: Sezgisel yeme ve yeme farkındalığı. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 16-24.
- Öztürk, P. Ç. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin ortoreksiya nervoza eğilimleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Eurasian Journal Of Health Sciences*, 4(2), 99-105.
- Park, S. W., Kim, J. Y., Go, G. J., Jeon, E. S., Pyo, H. J. ve Kwon, Y. J. (2011). Orthorexia nervosa with hyponatremia, subcutaneous emphysema, pneumomediastinum, pneumothorax, and pancytopenia. *Electrolyte Blood Press*, 9, 32-37. doi: 10.5049/EBP.2011.9.1.32
- Patching, J. ve Lawler, J. (2009) Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: a life-history approach. *Nursing Inquiry*, 16(1), 10-21. doi: 10.1111/j.1440-1800.2009.00436.x
- Pehlivan, E., Mete, B., Fırıncı, B. ve Doğan, E. (2019). Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza yaygınlığı ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 4(2), 166-175. doi: 10.35232/estudamhsd.500538
- Poyraz, C. A., Tüfekcioğlu, 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.
- Pulat, F., Gündüz, H. ve Kılıç, E. (2020). Güdülenme kuramı ve duygu odaklı terapinin entegrasyonu. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 3(5), 17.34.
- Rajindrajith, S., Devanarayana, N. M. ve Perara, B. J. C. (2012). Rumination syndrome in children and adolescents: a school survey assesing prevalence and symptomatology. *BMC Gastroenterology*, 12(163), doi: 10.1186/1471-230X-12-163
- 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-adminstered questionnaire (Orto-15). *Eat Weight Disord*, 16, e127-e130. doi: 10.1007/BF03325318
- Rawool, V. W. (2017). Prevalence of auditory problems in children with feeding and swallowing disorders. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 60(5), 1436-1447. doi: 10.1044/2016_JSLHR-H-16-0217
- Rodgers, R. ve Chabrol, H. (2009). Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: A review. *European Eating Disorders Review*, 17, 137-151. doi: 10.1002/erv.907
- Rorty, M., Yager, J., Rossotto, E. ve Buckwalter, G. (2000). Parental intrusiveness in adolescence recalled by women with history of bulimia nervosa and comparison women. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 202-208. doi: 10.1002/1098-108X(200009)28:2<202::AID-EAT9>3.0CO;2-G
- Ruiz, A. ve Quiles, Y. (2021). Prevalence of orthorexia nervosa in spanish university students: relationship with body image and eating disorders. *Annals of Psychology*, 7(3), 493-499. doi: 10.6018/analesps.449041
- Rybak, A. (2015). Organic and nonorganic feding disorders. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 66(5), 16-22. doi: 10.1159/000381373
- Salafia, E. H. B., Schaefer, M. K. ve Haugen, E. C. (2014). Connections between marital conglict and adolescent girls' disordered eating: Parent-Adolescent Relationship Quality as a Mediator. *J Child Fam Stud*, 23, 1128-1138. doi: 10.1007/s10826-013-9771-9
- 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

- Savaşır, I. ve Erol, N. (1989). Yeme tutum testi: Anoreksiye nervoza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 19-25.
- Schnitzler, E. (2022). The neurology and psychopathology of pica. *Current Neurology and Neuroscience Reports*. doi: 10.1007/s11910-022-01218-2
- Siyez, D. M., Gürçay, E. G. ve Yüncü, Z. (2012). Madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan ergenlerin çocukluk dönemi aile yaşantılarına ilişkin algıları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13, 299-305.
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D. ve Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*, 14, 406-414. doi: 10.1007/s11920-012-0282-y
- Stice, E. ve Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38(5), 669-678.
- Strahler, J. (2020). The dark side of healthy eating: Links between orthorexic eating and mental health. *Nutrients*, 12(2), 3662. doi: 10.3390/nu12123662
- Strahler, J., Haddad, C., Salameh, P., Sacre, H., Obeid, S. ve Hallit, S. (2020). Cross-cultural differences in orthorexic eating behaviors: Associations with personality traits. *Nutrition*, 77, 110811. doi: 10.1016/j.nut.2020.110811
- Strahler, J., Wachten, H. ve Alcazar, A. M. (2021). Obsessive healthy eating and orthorexic eating tendencies in sport and exercise contexts: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 10(3), 456-470. doi: 10.1556/2006.2021.00004
- Soyumtürk, İ. (2021). Yetişkin bireylerde algılanan ebeveyn tutumu ile çocukluk çağı travmalarının duygusal yeme üzerine etkisinin incelenmesi. *Yüksek lisans tezi*. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Sümengen, M. (2020). Üniversite öğrencilerinde yeme davranışları ve ortoreksiya nervoza ilişkisi. *Yüksek lisans tezi*. Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Tackett, K. K. (2002). The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child abuse and neglect*, 26(6-7), 715-729.
- Tatlıses, M. (2016). Spor salonunda düzenli spor yapan kişilerin ortoreksiya nervoza belirtileri ile beden algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yüksek lisans tezi*. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tetzlaff, A., Schmidt, R., Brauhardt, A. ve Hilbert, A. (2016). Family functioning in adolescent with binge-eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 24(5), 430-433. doi: 10.1002/erv.2462


- Toker, D. E. ve Hocaoglu, C. (2009). Yeme bozuklukları ve aile yapısı: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam*, 22(1-4), 36-42.
- Tozzi, F., Sullivan, P. F., Fear, J. L., McKenzie, J., ve Bulik, C. M. (2003). Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 143-154. doi: 10.1002/eat.10120
- Tuğrul, C. (1996). Gençlik dönemindeki aile sorunlarını değerlendirme ölçeği: Faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 11(36), 25-43.
- Turhan, S. (2021). Ortoreksiya nervoza ile mükemmeliyetçilik algısı, beden imajı ve algılanan ebeveyn tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yüksek lisans tezi*. İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Türker, S. (2021). Ergenlerde ebeveyn kontrolünün sağlıklı beslenme takıntısıyla (Ortoreksiya Nervoza) ilişkisi. *Yüksek lisans tezi*. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Tzischinsky, O., Latzer, T., Alon, S. ve Latzer, Y. (2021). Sleep quality and eating disorder-related psychopathologies in patients with night eating syndrome and binge eating disorders. *Journal Clinical Medicine*, 10, 4613. doi: 10.3390/jcm10194613
- Udo, T. ve Grilo, C. M. (2018). Prevalence and correlates of DSM-5 eating disorders in nationally representative sample of united states adults. *Biol Psychiatry*, 84(5), 345-354. doi: 10.1016/j.biopsych.2018.03.014
- Uğurlu, E. B. (2020). Üsküdar Üniversitesi öğrencilerinde ortoreksiya nervoza düzeylerinin sosyal görünüş kaygısı ile ilişkisi. *Yüksek lisans tezi*. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ulus, C. A. ve Taşçı, B. (2021). Ondokuz Mayıs Üniversitesi beslenme ve diyetetik bölümünde okuyan öğrencilerin ortoreksiya nervoza eğilimlerinin belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 63-68. doi: 10.47115/jshs.772051
- Uriegas, N. A., Winkelmann, Z. K., Pritchett, K. ve McGehee, T. M. T. (2021). Examining eating attitudes and behaviors in collegiate athletes, the association between orthorexia nervosa and eating disorders. *Frontiers in Nutrition*, 8:763838. doi: 10.3389/fnut.2021.763838
- Usta, E., Sağlam, E., Şen, S., Aygin, D. ve Sert, H. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumları ve obsesif-kompulsif belirtileri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(2), 187-197.

- Uzdil, Z., Kayacan, A. G., Özyıldırım, C., Kaya, S., Kılınç, G. E., Ulus, C. A. ve Kaya, P. S. (2019). Adölesanlarda ortoreksiya nervoza varlığı ve yeme tutumunun incelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 8-13.
- Vachhani, H. Ribeiro, B. D. S. ve Schey, R. (2020). Rumination syndrome: Recognition and treatment. *Curr Treat Options Gastro*, 18, 60-68. doi: 10.1007/s11938-020-00272-4
- Valente, M., Syurina, E. V., ve Donini, L. M. (2019). Shedding light upon various tools to assess orthorexia nervosa: a critical literature review with a systematic search. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(4), 671-682. doi: 10.1007/s40519-019-00735-3
- Varga, M., Szabó, S. D., Túry, F. ve van Furth, E. F. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord*, 18 (2), 103–111. doi: 10.1007/s40519-013-0026-y
- Villa, M. Opawsky, N., Manriquez, S., Ananias, N., Barra, P. V., ve Rodriquez, M. L. (2022). Orthorexia nervosa risk and associated factors among Chilean nutrition students: a pilot study. *Journal of Eating Disorders*, 10(6), doi: 10.1186/s40337-022-00529-6
- Waugh, R. B. ve Kreipe, R. E. (2012). Avoidant/restrictive food intrake disorder in DSM-5. *Psychiatric Annals*, 42(11), 402-405. doi: 10.3928/00485712-20121105-04
- Waugh, R. B., Markham, L. Kreipe, R. E. ve Walsh, B. T. (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *International Jorunal of Eating Disorders*, 43(2), 98-111. doi: 10.1002/eat.20795
- Yeşil, E., Turhan, B., Tatan, D., Şarahman, C. ve Saka, M. (2018). Yetişkin bireylerde cinsiyetin ortoreksiya nervoza eğilimine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 1-9.
- Yıldırım, H. ve Demirer, B. (2022). The effect of orthorexia nervosa on food label reading habits among university students. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 8(1), doi: 10.1007/s40519-022-01366-x
- Yıldız, K. (2020). Çocukluk çağı travmaları ile mükemmeliyetçilik, ortorektik belirtiler ve yeme tutumu arasındaki ilişki. *Yüksek lisans tezi*. Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Zickgraf, H. F. ve Barrada, J. R. (2021). Orthorexia nervosa vs. healthy orthorexia: relationships with disordered eating, eating behavior, and healthy lifestyle choices. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17, 1-13. doi: 10.1007/s40519-021-01263-9

EKLER

EK 1: Ölçek İzinleri

Re: Gençlik Dönemindeki Aile Sorunlarını Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni

 ceylan daş
Kime: Siz

23.05.2021 Paz 22:35


Merhaba,

Ölçeği inceleyebilir ve kullanabilirsiniz.


Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Prof. Dr. Ceylan Daş

RE: YTT-26 Kullanım İzni

 Fatima Elif ERGÜNEY OKUMUŞ
Kime: Siz

23.06.2021 Çar 22:28

 ytt-26makale.pdf
348 KB


Gülce Merhaba,


Öncelikle ölçek YTT-26, daha önce de ortoreksiya ile ilgili bir yüksek lisans çalışmasında kullanıldı ve orada da ölçeğin iç tutarlığı iyi çıktı. Ekte ölçeğin adaptasyon çalışmasını paylaşıyorum, makalenin sonunda ölçek de yer alıyor.

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Sevgiler,
Elif

Teruel Ortorekiya Ölçeği Kullanım İzni

 1

 Betül A.
Kime: Siz

14.07.2021 Çar 20:41

Merhaba,
Ölçeği çalışmanızda elbette kullanabilirsiniz. Herhangi bir sorunuz olursa bu mail adresi üzerinden iletişim kurabiliriz.

İyi çalışmalar dilerim.

Betül Asarkaya

EK 2: Ölçekler

GENÇLİK DÖNEMİNDEKİ AİLE SORUNLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GDASDÖ)

Aşağıdaki ifadelerde, her bir cümlenin sizin durumunuzu yansıtmaya derecesine göre "Daima" ile "Hiçbir zaman" arasındaki seçeneklerden birini işaretleyiniz.

1. Aile üyelerimizden birinin uzun süreden beri devam eden bir hastalığı var.
2. Sık sık birilerinden borç almak zorunda kalırız.
3. Annem ve babam, arkadaşlarımla yaptıkları birçok şeyi yapmama izin vermez.
4. Bizim evde hatalı davranışlar hemen cezalandırılır.
5. Annem ve babam, genellikle benim nerede ve kiminle olduğumun, ne yaptığının farkında değildir.
6. Annem ve babam sık sık tartışır, kavga ederler.
7. Bizim evde neyin, nasıl ve ne zaman yapılacağına annem ve babam karar verir; benim fikirlerim dikkate alınmaz.
8. Çoğunlukla birbirimize duygularımızı belli etmeyiz.
9. Bizim evde temizlik işleri (süpürme, silme gibi) genellikle ihmal edilir.
10. Annem ve babam, beni sıklıkla kardeşlerim ya da yaşlılarımla karşılaştırır.

YEME TUTUM TESTİ – 26 (YTT-26)

	(1=Daima), (2= Çok Sık), (3=Sık Sık), (4= Bazen), (5= Nadiren), (6=Hiçbir zaman) olacak şekilde, ne ölçüde katıldığınızı işaretleyerek değerlendiriniz.	1	2	3	4	5	6
1	Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
2	Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
3	Kendimi sürekli yemek düşünürken bulurum.						
4	Yemek yemeyi durduramadığımı hissettiğim zamanlar olur.						
5	Yiyeceğimi küçük parçalara bölerim.						
6	Yediğim yiyeceklerin kalorisini bilirim.						

TERUEL ORTOREKSİYA ÖLÇEĞİ (TOÖ)

	(0=Hiç katılmıyorum), (1= Biraz katılıyorum), (2=Oldukça katılıyorum), (3= Kesinlikle katılıyorum) olacak şekilde, ne ölçüde katıldığınızı işaretleyerek değerlendiriniz.	0	1	2	3
1	Sağlıklı beslendiğim zamanlarda kendimi iyi hissedirim.				
2	Olabildiğince sağlıklı beslenebilmek için yiyecek alışverişi, planlaması ve hazırlığı için çok zaman harcarım.				
3	Beslenme şeklimin çoğu insandan daha sağlıklı olduğunu düşünüyorum.				
4	Sosyal ilişkilerim, sağlıklı beslenme konusundaki hassasiyetimden olumsuz etkilendi.				

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

- Yaş:
- Cinsiyet: a) Kadın b) Erkek
- Öğrenim Durumu: a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Ön lisans e) Lisans f) Lisansüstü
- Kronik sağlık sorununuz var mı? (Nedir?)
- Daha önce yeme bozukluğu tanısı veya bununla ilgili destek alındı mı? a) Evet b) Hayır
- Ailedeki fiziksel, psikolojik rahatsızlık geçmişi?.....
- Gelir düzeyi:
- Ekonomik bağımsızlık: a) Ailesine bağlı. b) Ailesinden destek alıyor c) Destek almıyor.
- Yaşam alanı: a) Yalnız b) Ailemle c) Ev arkadaşıyla d) Yurt e) Eşle.
- Büyüdüğü yer: a) Köy b) İlçe c) Küçük şehir b) Büyük şehir
- Düzenli spor alışkanlığı: a) Var b) Yok
- Boy: Kilo:

Değerli katkılarınız için teşekkür ederiz.