

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

RUHSAL BELİRTİLER, ALEKSİTİMİ VE BİLİŞSEL
ÜÇLÜNÜN ORTOREKSİYA NERVOZA EĞİLİMİ İLE
İLİŞKİLERİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Saliha Betül EROĞLU

İstanbul
Temmuz-2024

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

RUHSAL BELİRTİLER, ALEKSİTİMİ VE BİLİŞSEL ÜÇLÜNÜN
ORTOREKSİYA NERVOZA EĞİLİMİ İLE İLİŞKİLERİNİN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Saliha Betül EROĞLU

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ALTUNKAYA ERDOĞMUŞ

İstanbul
Temmuz-2024

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ALTUNKAYA ERDOĞMUŞ

Üye Dr. Öğr. Üyesi Gülşah BALABAN

Üye Doç. Dr. Yıldız BİLGE

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Ruhsal Belirtiler, Aleksitimi ve Bilişsel Üçlünün Ortoreksiya Nervoza Eğilimi ile İlişkilerinin İncelenmesi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Saliha Betül EROĞLU

ÖN SÖZ

Tez çalışmam boyunca yardımlarını esirgemeyen ve her zaman teşvik eden, beraber çalışma fırsatı elde etmekten onur duyduğum kıymetli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ALTUNKAYA ERDOĞMUŞ 'a

12 yıldır tüm güzel anılarımda, gülüşlerimde ve başarılarımda elimi tutan, hayatımı güzelleştiren dostlarım Elif AKSU'ya, Hande Berat GÜNEY HAVUZ'a ve Funda DURDAKAL DİLEK'e

Yüksek lisans sürecimdeki tüm değişimleri ve heyecanları benimle tecrübe eden, desteklerini asla esirgemeyen, yorulup hüznünlendiğim anlarda kalbimde çiçekler açtıran dostlarım Kübra'ya, Özge'ye ve Rümeyisa'ya

Gecelerce benimle uykusuz kalan kedilerime

Eğitim hayatım boyunca desteklerini benden hiç esirgemeyen sevgili abime, aileme

Dualarıyla bana güç veren anneanneme

Özellikle de hayatım boyunca sıkıntılarıımı hafifleterek bana hassasiyet gösteren, koyduğum hedefler için beni her zaman yüreklendiren, kapalı sandığım kapıların arkasından ışık sızdıran, uzak sandığım ne varsa yakınlaştıran Annem'e

teşekkür ederim.

Saliha Betül Eroğlu
İstanbul-2024

ÖZET
RUHSAL BELİRTİLER, ALEKSİTİMİ ve BİLİŞSEL ÜÇLÜNÜN
ORTOREKSİYA NERVOZA EĞİLİMİ İLE İLİŞKİLERİNİN
İNCELENMESİ

Saliha Betül EROĞLU

Yüksek Lisans, Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ALTUNKAYA ERDOĞMUŞ

Temmuz-2024, 150 Sayfa

Bu tez çalışmasının amacı ruhsal belirtiler, aleksitimi ve bilişsel üçlünün ortoreksiya nervoza eğilimi ile ilişkilerinin incelenmesidir. Araştırmanın amacı doğrultusunda veri toplamak için Demografik Bilgi Formu, Kısa Semptom Envanteri (KSE), Perth Aleksitimi Ölçeği (PAÖ), Bilişsel Üçlü Envanteri (BÜE) ve Orto-11 Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini olarak toplum örneklemini kullanılmıştır. Araştırma yaş aralığı 18-63 olan 225 kadın (%74,3) ve 78 erkek (%25,7) olmak üzere toplam 303 katılımcıdan oluşmaktadır. Verilerin çözümlenmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 24.00 programı kullanılmıştır. Ruhsal belirtiler, aleksitimi, bilişsel üçlü ve ortoreksiya nervoza değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı analizi yapılmıştır. Ruhsal belirtiler, aleksitimi ve bilişsel üçlünün ortoreksiya nervoza belirtilerini yordama gücü düzeyinin tespiti için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Ayrıca cinsiyet değişkeninin ruhsal belirtiler, aleksitimi, bilişsel üçlü ve ortoreksiya nervoza düzeyine göre farklılaşıp farklılaşmadığını araştırmak için Bağımsız Örneklem T-Test Analizi yapılmıştır. Değişkenlerin medeni durum, gelir düzeyi, eğitim düzeyi ve yaş aralığı (18-24, 25-34, 35-44 ve 45-63) değişkenlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Araştırmanın sonucunda, ortoreksiya nervoza puanı ile ruhsal belirtiler toplam ve alt faktörleri (somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, hostilite, fobik anksiyete, kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, psikotizm) puanları, aleksitimi toplam ve alt faktörleri (negatif duyguları tanıma zorluğu, pozitif duyguları tanıma zorluğu, negatif duyguları ifade zorluğu, pozitif duyguları ifade zorluğu, genel dışa vuruk düşünme) puanları ve bilişsel üçlü toplam ve alt faktörleri (benlik algısı, dünya

algısı, gelecek algısı) puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ruhsal belirtilerin depresyon ve anksiyete bozukluğu alt faktörleri ile ortoreksiya nervoza puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ortoreksiya nervoza puanının düşük olması eğilimin arttığını göstermektedir. Ruhsal belirtiler, aleksitimi ve bilişsel üçlü puanlarının yüksek olması belirti düzeyinin arttığını göstermektedir. Bu durum ortoreksiya nervoza eğilimi ile ruhsal belirtiler, aleksitimi ve negatif bilişsel üçlü ilişkisinde pozitif yönde korelasyonu ifade etmektedir. Obsesif kompulsif belirtilerin ve genel dışa vuruk düşünmenin ortoreksiya nervoza eğilimini pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ruhsal Belirtiler, Aleksitimi, Bilişsel Üçlü, Ortoreksiya Nevroza

ABSTRACT
EXAMINING THE RELATIONSHIPS BETWEEN
PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS, ALEXITHYMIA AND
COGNITIVE TRIAD WITH ORTHOREXIA NERVOSA
TENDENCY

Saliha Betül EROĞLU

Master, Clinical Psychology

Thesis Advisor: Asst. Prof. Dr. Ayşe ALTUNKAYA ERDOĞMUŞ

July-2024, 150 Pages

The aim of this thesis is examining the relationship between psychological symptoms, alexithymia and cognitive triad with orthorexia nervosa tendency. For collecting data in line with the purpose of the research Demographic Information Form, Brief Symptom Inventory (BSI), Perth Alexithymia Questionnaire (PAQ), The Cognitive Triad Inventory (CTI) and Orto-11 inventory were used. Community sample was used as the sample of the research. The research consists of 303 participants, including 225 women (74,3%) and 78 men (25,7%) with the age range between 18-63. SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 24.00 program was used to analyze the data. Pearson product-moment correlation coefficient was used to examine the relationship between psychological symptoms, alexithymia, cognitive triad and orthorexia nervosa concepts. Multiple Linear Regression Analysis were used to predict the power of psychological symptoms, alexithymia and cognitive triad on orthorexia nervosa tendency. Additionally, Independent Samples T-Test Analysis was used to investigate whether the gender variable differs according to the level of psychological symptoms, alexithymia, cognitive triad and orthorexia nervosa. To examine whether the variables differ according to marital status, income level, education level, and age ranges (18-24, 25-34, 35-44, and 45-63), an analysis of variance (ANOVA) was conducted. As a result of the study, a statistically significant negative correlation was found between orthorexia nervosa scores and the total and subscale scores of psychological symptoms (somatization, obsessive-compulsive symptoms, hostility, phobic anxiety, interpersonal sensitivity, paranoid ideation, psychosis), total and subscale scores of alexithymia (negative-difficulty identifying feelings, positive-

difficulty identifying feelings, negative-difficulty describing feelings, positive-difficulty describing feelings, general-externally orientated thinking), total and subscale scores of cognitive triad (perceptions of the self, the world, the future). No statistically significant relationship was found between the depression and anxiety disorder subfactors of psychological symptoms and the orthorexia nervosa score. A low orthorexia nervosa score indicates that the tendency is increasing. High scores of psychological symptoms, alexithymia and cognitive triad indicate an increased symptom level. This indicates a positive correlation between orthorexia nervosa tendency and psychological symptoms, alexithymia, and negative cognitive triad. It was found that obsessive-compulsive symptoms and general-externally orientated thinking significantly predicted orthorexia nervosa tendency positively.

Keywords: Psychological symptoms, Alexithymia, Cognitive Triad, Orthorexia Nervosa

İÇİNDEKİLER

| | |
|------------------------------|------|
| TEZ ONAYI | i |
| BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ..... | ii |
| ÖN SÖZ..... | iii |
| ÖZET | iv |
| ABSTRACT | vi |
| İÇİNDEKİLER | viii |
| TABLolar | xiii |
| KISALTMALAR LİSTESİ..... | xv |

BİRİNCİ BÖLÜM

| | |
|-------------------------------|---|
| GİRİŞ | 1 |
| 1.1.Problem | 3 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı | 4 |
| 1.3. Araştırmanın Önemi..... | 5 |
| 1.4. Varsayımlar | 6 |
| 1.5. Sınırlılıklar | 6 |
| 1.6. Tanımlar | 7 |

İKİNCİ BÖLÜM

| | |
|---|----|
| RUHSAL BELİRTİLER, ALEKSİTİMİ VE BİLİŞSEL ÜÇLÜNÜN ORTOREKSİYA NERVOZA EĞİLİMİ İLE İLİŞKİLERİNİN İNCELENMESİ | 8 |
| 2.1. Ruhsal Belirtiler | 8 |
| 2.1.1. Somatizasyon | 9 |
| 2.1.2. Anksiyete | 10 |
| 2.1.3. Obsesif Kompulsif Belirtiler | 10 |

| | |
|---|----|
| 2.1.4. Depresyon | 11 |
| 2.1.5. Kişilerarası duyarlılık..... | 12 |
| 2.1.6. Psikotizm..... | 13 |
| 2.1.7. Paranoid Düşünce | 14 |
| 2.1.8. Hostilite..... | 15 |
| 2.1.9. Fobik Anksiyete | 15 |
| 2.2. Aleksitimi..... | 16 |
| 2.3. Bilişsel Üçlü..... | 17 |
| 2.4. Yeme Bozuklukları | 19 |
| 2.4.1. Pika..... | 20 |
| 2.4.2. Geri Çıkarma (Geviş Getirme/Ruminasyon) Bozukluğu..... | 20 |
| 2.4.3. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu | 21 |
| 2.4.4. Anoreksiya Nervoza..... | 21 |
| 2.4.5. Bulimiya Nervoza | 22 |
| 2.4.6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu | 23 |
| 2.4.7. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu..... | 24 |
| 2.4.8. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu | 25 |
| 2.5. Ortoreksiya Nervoza | 25 |
| 2.5.1. Ortoreksiya Nervoza Belirtileri..... | 26 |
| 2.5.2. Ortoreksiya Nervoza'nın Sınıflandırılması | 27 |
| 2.5.3. Ortoreksiya Nervoza Tanısı | 30 |
| 2.5.4. Ortoreksiya Nervoza Etiyolojisi..... | 32 |
| 2.5.5. Ortoreksiya Nervoza Epidemiyolojisi..... | 33 |
| 2.5.6. Ortoreksiya Nervoza Tedavisi | 34 |
| 2.6. İlgili Çalışmalar..... | 35 |

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

| | |
|--------------------------------|-----------|
| YÖNTEM..... | 42 |
| 3.1. Araştırmanın Modeli | 42 |
| 3.2. Evren ve Örneklem | 42 |

| | |
|---|----|
| 3.3. Veri Toplama Araçları | 42 |
| 3.3.1. Demografik Bilgi Formu..... | 43 |
| 3.3.2. Kısa Semptom Envanteri (KSE) | 43 |
| 3.3.3. Perth Aleksitimi Ölçeği (PAÖ)..... | 44 |
| 3.3.4. Bilişsel Üçlü Envanteri (BÜE)..... | 44 |
| 3.3.5. ORTO-11 | 45 |
| 3.4. İşlem..... | 46 |
| 3.5. Veri Analizi..... | 46 |

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI..... 48

| | |
|---|----|
| 4.1. Demografik Bilgiler | 48 |
| 4.2. Katılımcıların KSE, PAÖ, BÜE, ORTO-11 puanlarının Normallik Varsayımı Testleri ve Betimsel Analizi..... | 49 |
| 4.3. KSE, PAÖ, BÜE ve ORTO-11 Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 49 |
| 4.4. KSE, PAÖ, BÜE ve ORTO-11 Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 52 |
| 4.5. KSE, PAÖ, BÜE ve ORTO-11 Puanlarının Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 56 |
| 4.6. KSE, PAÖ, BÜE ve ORTO-11 Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 59 |
| 4.7. KSE, PAÖ, BÜE ve ORTO-11 Puanlarının Yaş Aralığı Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 62 |
| 4.8. KSE, PAÖ, BÜE ve ORTO-11 Puanlarını Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi .. | 65 |
| 4.8.1. Ruhsal Belirtiler ve Aleksitimi Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi | 66 |
| 4.8.2. Ruhsal Belirtiler ve Bilişsel Üçlü Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi | 68 |
| 4.8.3. Ruhsal Belirtiler ve Ortoreksiya Nervoza Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi | 69 |
| 4.8.4. Aleksitimi ve Bilişsel Üçlü Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi . | 70 |
| 4.8.5. Aleksitimi ve Ortoreksiya Nervoza Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi | 70 |

| | |
|---|----|
| 4.8.6. Bilişsel Üçlü ve Ortoreksiya Nervoza Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi | 71 |
| 4.9. KSE, PAÖ ve BÜE Puanlarının ORTO-11 Puanları Üzerindeki Yordayıcılık Etkisinin İncelenmesi | 73 |

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1. Genel Değerlendirme ve Tartışma

5.1.1. Medeni Durum Değişkenine Ait Fark Analizlerine İlişkin Tartışma

5.1.2. Gelir Düzeyi Değişkenine Ait Fark Analizlerine İlişkin Tartışma

5.1.3. Eğitim Düzeyi Değişkenine Ait Fark Analizlerine İlişkin Tartışma.....

5.1.4. Yaş Aralığı Değişkenine Ait Fark Analizlerine İlişkin Tartışma

5.1.5. Cinsiyet Değişkenine Ait Fark Analizlerine İlişkin Tartışma.....

5.1.6. Ruhsal Belirtiler, Aleksitimi, Bilişsel Üçlü ve Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin Korelasyon Analizlerine İlişkin Tartışma

5.1.6.1. Ruhsal Belirtiler ve Aleksitiminin Korelasyon Analizlerine İlişkin Tartışma

5.1.6.2. Ruhsal Belirtiler ve Bilişsel Üçlünün Korelasyon Analizlerine İlişkin Tartışma.....

5.1.6.3. Ruhsal Belirtiler ve Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin Korelasyon Analizlerine İlişkin Tartışma

5.1.6.4. Aleksitimi ve Bilişsel Üçlünün Korelasyon Analizlerine İlişkin Tartışma

5.1.6.5. Aleksitimi ve Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin Korelasyon Analizlerine İlişkin Tartışma

5.1.6.6. Bilişsel üçlü ve Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin Korelasyon Analizlerine İlişkin Tartışma

5.1.7. Ruhsal Belirtiler, Aleksitimi, Bilişsel Üçlü ve Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin Regresyon Analizlerine İlişkin Tartışma

5.2. Araştırmanın Anlattıkları

SONUÇ VE ÖNERİLER.....

KAYNAKÇA

EKLER.....

| | |
|---|------------|
| EK-1: İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL İZİNİ | 139 |
| EK-2: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU | 141 |
| EK-3: KISA SEMPTOM ENVANTERİ | 142 |
| EK-4: PERTH ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ..... | 145 |
| EK-5: BİLİŞSEL ÜÇLÜ ENVANTERİ | 147 |
| EK-6: ORTO-11 ÖLÇEĞİ..... | 149 |
| ÖZGEÇMİŞ..... | 150 |



TABLULAR

| | |
|---|----|
| Tablo 4.1: Sosyo-Demografik Bilgiler Tablosu..... | 48 |
| Tablo 4.2: Normallik Varsayımı Analizi ve Güvenilirlik Analizi | 49 |
| Tablo 4.3: Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 50 |
| Tablo 4.4: Perth Aleksitimi Ölçeği Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 51 |
| Tablo 4.5: Bilişsel Üçlü Envanteri Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 52 |
| Tablo 4.6: ORTO-11 Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması..... | 52 |
| Tablo 4.7: Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 53 |
| Tablo 4.8: Perth Aleksitimi Ölçeği Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 54 |
| Tablo 4.9: Bilişsel Üçlü Envanteri Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 55 |
| Tablo 4.10: ORTO-11 Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 55 |
| Tablo 4.11: Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 56 |
| Tablo 4.12.: Perth Aleksitimi Ölçeği Puanlarının Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 57 |
| Tablo 4.13.: Bilişsel Üçlü Envanteri Puanlarının Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 58 |
| Tablo 4.14: ORTO-11 Puanlarının Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 58 |
| Tablo 4.15: Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 59 |
| Tablo 4.16.: Perth Aleksitimi Ölçeği Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 60 |
| Tablo 4.17: Bilişsel Üçlü Envanteri Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 61 |
| Tablo 4.18: ORTO-11 Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 62 |
| Tablo 4.19: Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Yaş Aralığı Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 62 |
| Tablo 4.20.: Perth Aleksitimi Ölçeği Puanlarının Yaş Aralığı Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 63 |

| | |
|--|----|
| Tablo 4.21: Bilişsel Üçlü Envanteri Puanlarının Yaş Aralığı Değişkenine Göre Karşılaştırılması | 64 |
| Tablo 4.22: ORTO-11 Puanlarının Yaş Aralığı Değişkenine Göre Karşılaştırılması.... | 65 |
| Tablo 4.23: Ruhsal Belirtiler, Aleksitimi, Bilişsel Üçlü ve Ortoreksiya Nervoza Değişkeni Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi | 72 |
| Tablo 4.24: Ruhsal Belirti, Aleksitimi ve Bilişsel Üçlü Alt Boyutlarının Ortoreksiya Nervoza Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesi..... | 73 |



KISALTMALAR LİSTESİ

- KSE : Kısa Semptom Envanteri
PAÖ : Perth Aleksitimi Ölçeği
BÜE : Bilişsel Üçlü Envanteri
SPSS : (Statistic Packets For Social Seciencies) Sosyal Araştırmalar İçin İstatistiksel Program Paketi
DSM-5-TR : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5-TR
vd : Ve Diğerleri



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Ruhsal belirtiler, bireylerin ruhsal sağlıkları doğrultusunda bilişsel, duygusal ve davranışsal örüntülerinde uyumsuzluklarla gözlemlenmektedir. Her birey zaman zaman aşırı davranışlarda bulunabilir veya uygunsuz duygulanım yaşayabilir. Ancak bunların devamlı olması ve yaşamda işlev bozukluğuna sebep olması psikolojik sağlığın bozulmasını işaret eder (Hacıalioğlu, Tedik ve Yaralı, 2019: 197). Somatizasyon, anksiyete, obsesif kompulsif belirtiler, depresyon, kişilerarası duyarlılık, psikotizm, paranoid düşünce, hostilite ve fobik anksiyete bu bozulmalarda görülen rahatsızlıklardandır.

Aleksitimi, ilk olarak 1970'li yıllarda duygularını ifade edemeyip şikayetlerini somutlaştıran ve somatik yakınmalara dönüştüren hastalar için kullanılmıştır (Yıldız ve Güllü, 2019: 203). Sorunun yalnızca psikosomatik bileşenlerle ilgili olmadığı yapılan çalışmalardan sonra anlaşılmıştır ve aleksitimik bireylerin hem kendilerinin hem de diğer insanların duygularını uygun bir şekilde anlayıp ifade edemedikleri ortaya çıkmıştır (Taylor, Bagby ve Parker, 1991: 156). Aleksitimi, kaygı bozuklukları, duygudurum bozuklukları, yeme bozuklukları gibi ruhsal hastalıkların oluşmasını kolaylaştırırken aynı zamanda bu hastalıkların belirtilerini şiddetlendirebilmektedir (Bankier, Aigner ve Bach, 2001: 235).

Benliğin, dünyanın ve geleceğin algılanmasındaki olumsuz tutumlar, bilişsel model bağlamında olumsuz bilişsel üçlü olarak tanımlanır. Kişinin geçmişte yaşadığı olumsuz olayların sorumlusu olarak kendisini görmesi, diğer insanlar tarafından beğenilmediğini düşünmesi ve kendisine yönelik yetersizlik, değersizlik ve eksiklik gibi olumsuz bilişlere sahip olması benliğin olumsuz algısıdır (Pössel, 2009: 243). Kişinin dünyayı üstesinden gelinemeyecek, zorluklarla dolu bir yer olarak görmesi olumsuz dünya algısını ifade eder. Bilişsel üçlünün son ögesinde, karanlık ve başarısızlıklarla dolu olumsuz bir gelecek algısı vardır (Arkar, 1992: 37). Beck ve Coleman (1981) tarafından açıklanan döngüde, bireyin sahip olduğu olumsuz dünya, benlik ve gelecek algısının sebebi olarak stres temelli durumlar gösterilir ve dünya, benlik ve gelecek için sahip olunan olumsuz düşünceler depresyona özgü olarak bilinen birçok belirtiyi açıklar (Tanç, 1999: 24). Bu da bireylerin sahip olduğu düşüncelerin ruh halleri üzerinde etkili olduğunu, olumsuz algıların depresyona etki

ettiğini ve durumun kısır bir döngü halini aldığını ifade eder. Aynı zamanda olumsuz bilişlerin farklı ruhsal belirtilerin gelişmesinde de etkili olduğu görülmektedir (McIntosh ve Fischer, 2000: 153).

İlk kez Huse ve Lucas (1984: 251) tarafından ortaya atılmış ve “Hastalığa ya da beslenme yetersizliğine neden olabilen yeme alışkanlıklarındaki sapmalar” olarak tanımlanan yeme bozuklukları, temelde vücut ağırlığı ile aşırı ilgilenme sonucunda yeme ile ilgili anormal davranışlar sergilemeyle seyreden hastalıkları kapsar (Arslantaş, vd., 2017: 137). Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu bu hastalıkların başında gelmektedir. Henüz Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5-TR’de (DSM-5-TR) resmi sınıflandırmasına dahil edilmemiş ancak güncel çalışmalarda yer edinmiş gece yeme sendromu, obezite ve ortoreksiya nervoza da yeme bozukluğu olarak değerlendirilmektedir. Tüm psikiyatrik hastalıklar da göz önünde bulundurulduğunda, yeme bozukluklarının mortalite oranı yani ölüm oranı oldukça yüksektir (Kendir ve Karabudak, 2019: 2).

Ortoreksiya nervoza ilk kez 1997 yılında Steven Bratman tarafından ele alınmıştır. İsmi Yunanca "ortho" (düz ve doğru) ve “orexia” (iştah) kelimelerinin birleşiminden almıştır. Ortoreksiya nervoza, sağlık nedenleri dışında aşırı diyetlerle karakterize olan ve aşırı sağlıklı beslenme tutumunun patolojik bir hale gelmesiyle ifade edilir (Dunn ve Bratman, 2016: 12). Ortoreksiya nervozada bireyler, tüketilecek olan besinlerin içeriğinin temiz olması takıntısı yaşarlar ve sağlıklı olan bu besinleri bulmak için aşırı çaba sarf ederler. Burada önemli olan şey tüketilecek olan besinin miktarı değil içeriğidir. Bu obsesyonlar sonucunda aşırı kısıtlayıcı davranışlar meydana gelir. Yiyecek içerisinde katkı maddesi bulunmaması, süt ve süt ürünlerinin hormonsuz hayvanlardan elde edilmesi, yemeğin hazırlanışı esnasında besin değerlerini kaybetmiyor olması, ürün etiketlerinin yeterli bilgiyi sunması gibi şartlarla başlayan ortorektik davranışların seyri zamanla artar (Oğur ve Aksoy, 2015: 94). Kişilerin asıl amacı kilo vermek olmasa da zaman içerisinde kısıtlı beslenme sebebiyle kilolarında azalma olduğu gözlenmektedir. Tam olarak bilinmese de son yıllarda prevalansın arttığı görülmektedir. Bunun sebebi olarak değişen güzellik algısı, diyetle olan ilgi ve ürünlerin temiz içerikli olmamasına ilişkin haberler gösterilmektedir (Şengül ve Hocaoglu, 2019: 102).

Ruh sağlığında meydana gelen bozulmaların aleksitimi ile pozitif yönlü korelasyon gösterdiğini açıklayan çalışmalar oldukça fazladır (Kahramanol ve Dag, 2018: 34;

Roh, Kim ve Kim, 2011: 690). Duyguları fark etme, anlamlandırma ve ifade etme becerilerinin zayıf olması, bireyin duygularını dışsallaştırırken depresyon, anksiyete, somatizasyon, hostilete veya obsesif kompulsif belirtileri kullanması mümkündür veya ruhsal belirtiler zamanla duygulanımda zorlanmaya sebep olarak aleksitimi özelliklerinin artmasına sebep olabilir (Balta, vd., 2016: 3). Aleksitimi, ruhsal belirtiler ve yeme bozuklukları ilişkisinin incelendiği çalışmalarda üç durumun birbirini karşılıklı olarak etkileyebildiği görülmektedir. Beslenmede görülen bozulmalar ruh sağlığını etkilerken, ruh sağlığındaki bozulmalar da beslenme davranışını etkileyerek bozulmaya sebep olabilir (Harmancı, Akdeniz ve Ahçı Gültekin, 2021: 34).

Bu tez çalışmasında mevcut literatür dikkate alınarak ruhsal belirtiler, aleksitimi, bilişsel üçlü ve ortoreksiya nervoza eğilimi arasındaki ilişkiler üzerinde durulmuştur. Bu bölümde araştırmanın problemi, amacı, önemi, varsayımları ve sınırlılıkları hakkında bilgi verilmiştir. İkinci bölümde ruhsal belirtilere dahil olan somatizasyon, anksiyete, obsesif kompulsif belirtiler, depresyon, kişilerarası duyarlılık, psikotizm, paranoid düşünce, hostilete ve fobik anksiyete, aleksitimi, bilişsel üçlü, ortoreksiya nervozayla ilişkili olduğu değerlendirilen yeme bozuklukları ve ortoreksiya nervoza ele alınmış, ilgili konularla yapılmış çalışmalar hakkında bilgiler verilmiştir. Üçüncü bölüm, çalışmanın yöntemini açıklamaktadır. Bu bölüm araştırmanın modelini, evren ve örneklemini, veri toplama araçlarını içermektedir. Araştırmada kullanılan Demografik Bilgi Formu, Kısa Semptom Envanteri (KSE), Perth Aleksitimi Ölçeği (PAÖ), Bilişsel Üçlü Envanteri (BÜE) ve ORTO-11 bu bölümde açıklanmıştır. Dördüncü bölüm araştırmadan elde edilen bulguları içermektedir. Veri toplama araçlarından elde edilen analiz sonuçları bu bölümde sunulmaktadır. Beşinci bölümde tartışma ve sonuç başlıkları bulunmaktadır. Bu bölümde toplanan ve analizleri yapılan verilerden elde edilen sonuçlar yorumlanmakta, literatürdeki araştırmalar doğrultusunda değerlendirilmektedir. Araştırmadan elde edilen bulguların literatüre katkısı, araştırmanın önemi ve ileride yapılacak olan çalışmalar için öneriler bulunmaktadır.

1.1.Problem

Ortoreksiya nervoza yaygınlığı net olarak bilinmemekle beraber genel toplum örnekleminde %6.9-%57.6 arasında değişim göstermekte, spesifik gruplarla yapılan çalışmalarda bu oran %81.1 gibi yüksek oranlar da verebilmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, toplumda ortoreksiya nervoza eğiliminin artış gösterdiğini

vurgulamaktadır (Şengün ve Hocaoğlu, 2019: 102). Ortoreksiya nervozanın sağlıklı beslenmeye sağlıklı bir saplantı oluşturması, beslenmede bozulmaların yanında obsesif kompulsif belirtilerin varlığını da vurgular. Bu sebeple, ortoreksiyanın tanımlanmış yeme bozukluklarında olduğu gibi diğer psikolojik belirtilerle de ilişkisi olabileceği düşünülmüştür. Literatür incelendiğinde yeme bozukluklarının ruhsal belirtiler ve aleksitimiyle ilgili yapılan araştırmalarda anlamlı sonuçlar elde edildiği görülmektedir (Harmancı, Akdeniz ve Ahçı Gültekin, 2021: 34). Bu tez çalışması, ortoreksiya nervoza eğilimini temel alarak, yaşanan sağlıklı beslenme takıntısının somatizasyon, anksiyete, obsesif kompulsif belirtiler, depresyon, kişilerarası duyarlılık, psikotizm, paranoid düşünce, hostilite ve fobik anksiyete ile ilişkisini araştırmayı hedeflemektedir. Bu çalışma aynı zamanda, duyguları tanıma ve anlamlandırma zorluğunun negatif benlik, negatif dünya, negatif gelecek algısıyla ilişkili olabileceğini ortaya koymayı hedeflemektedir. Literatürde özellikle bilişsel üçlünün ortoreksiya nervozayı nasıl açıkladığı incelenmemiş bir konudur. Değişkenler arası ilişkilerin analiz edilmesi ve alanda çalışanlara ortoreksiya nervoza eğiliminin hangi durumlarla ve belirtilerle bağlantılı olabileceğini açıklayan araştırmalara ihtiyaç vardır.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde ortoreksiya nervozanın semptomları doğrultusunda ileride bir yeme bozukluğu olarak tanımlanabileceği, tanımlanmış yeme bozukluklarının ruhsal belirtiler ve aleksitimi ile; bilişsel üçlüdeki olumsuz inançların depresyon ve anksiyetenin semptomları ile ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda tüm değişkenlerin bir arada çalışılmasının anlamlı sonuçlar ortaya koyacağı düşünülmektedir. Bu tez çalışması kapsamında ortoreksiya nervozanın yeme bozukluklarıyla ilişkili olduğu varsayılarak ruhsal belirtiler, aleksitimi ve bilişsel üçlü ile ilişkisi incelenecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Ortoreksiya nervoza araştırmaları, kavram geçmişi çok eski olmamakla ve henüz Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5-TR'de (DSM-5-TR) yer almamakla birlikte son yıllarda araştırmacıların ilgisini çekmektedir. Şu anda dünya literatüründe bu konu özellikle yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkili olarak yaygın bir çalışılma alanına sahiptir. Türkiye'deki alan yazını incelendiğinde ortoreksiya nervoza hakkında yapılan çalışmaların kısıtlı olduğu görülmüştür. Bu bozukluğun ileride DSM'nin güncellenmiş basımında "Beslenme ve

Yeme Bozuklukları” kategorisinde yer alabileceği düşünülmektedir. Bu tez çalışmasında Ortoreksiya nervoza tanı başlığı daha önce ilişkisi değerlendirilmemiş konularla birlikte araştırılarak özellikle klinik psikoloji alanında yapılan ortoreksiya nervoza çalışmalarının gidişatını ve bu konunun ele alınış biçimini etkileyecek, literatüre katkı sağlayacaktır.

Bu tezin amacı, teorik zeminde ilişkili gibi görünen değişkenlerin veri analizi sonucunda birbirleriyle ne derecede ilişkili olduğunu, ortoreksiya nervoza eğiliminin oluşmasında ruhsal belirtiler, aleksitimi ve negatif bilişsel üçlünün yordayıcılık özelliklerini istatistiksel olarak ortaya koymaktır.

Tezin içeriği ve amaçları dikkate alındığında aşağıdaki hipotezler incelenecektir:

1. Ruhsal belirtiler, aleksitimi, bilişsel üçlü ve ortoreksiya nervoza değişkenleri demografik değişkenlere (cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim düzeyi ve yaş aralığı) göre farklılaşmaktadır.
2. Ruhsal belirtiler ile ortoreksiya nervoza eğilimi arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.
3. Aleksitimi ile ortoreksiya nervoza eğilimi arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.
4. Bilişsel üçlü ile ortoreksiya nervoza eğilimi arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.
5. Ruhsal belirtiler, aleksitimi ve bilişsel üçlü ortoreksiya nervoza eğilimini anlamlı düzeyde yordamaktadır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Ortoreksiya nervoza ile ilgili yapılan her araştırma, DSM’de bir yeme bozukluğu olarak tanımlanması ve klinik değerlendirmelerinin yapılabilmesi için önem taşımaktadır (Uzdil, vd., 2019: 9). Alandaki güncel çalışmalar genel olarak beden algısı, obsesif kompulsif bozukluk, yeme tutumu ve mükemmeliyetçilik algısı üzerinedir. Çalışmalar genellikle üniversite öğrencileri, sağlık çalışanları, sporcular gibi belirli bir örneklem ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada geçen değişkenlerin birbirleriyle, özellikle de ortoreksiya nervozanın diğer değişkenlerle ilişkisel çalışmalarına çok az rastlanmaktadır. Araştırmaya özgün değer katan en önemli nokta, diğer yeme bozukluklarıyla ilişkisi kanıtlanmış aleksitimi ve ruhsal belirtilerin

ortoreksiya nervoza ile ilişkisinin yeterince incelenmemiş olmasıdır. Aynı şekilde depresyon ve anksiyete ile ilişkisi olduğu bilinen bilişsel üçlünün (Timbremont ve Braet, 2006: 456) de çalışmaya dahil edilerek araştırmanın değişkenlerinden biri olması, ortoreksiya nervozada benlik, dünya ve gelecek algısının nasıl yapılandığını anlamaya yardımcı olacaktır. Bu araştırmanın toplum örnekleminde yapılarak ortoreksiya nervoza kavramını daha önce birlikte çalışması yapılmamış olan ruhsal belirtiler, aleksitimi ve bilişsel üçlü ile ilişkisel anlamını, yordayıcılık etkisini değerlendirerek yeni yaklaşımlara fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Bireylerin besinlerini aşırı kontrol etme davranışları psikolojik, fiziksel ve sosyal bozukluklara yol açarken sağlıklı beslenmeye sağlıklı bir saplantı oluşturur (Cheshire, Berry, ve Fixsen, 2020: 5). Ortoreksiya nervozanın yatıklaştırıcı faktörleri, sürdürücüleri ve tedavi yöntemleri ile ilgili bilgilerin kısıtlı olması sebebiyle konu hakkında yapılan her bir çalışmanın klinik alanda ilerlemeye yardımcı olacağı düşünülmektedir. Bu araştırmadan elde edilecek verilerin bireylerin pozitif ve negatif duyguları tanıma ve ifade durumunun kendine, dünyaya ve geleceğe olumsuz atıflarının somatizasyon, anksiyete, obsesif kompulsif belirtiler, depresyon, kişilerarası duyarlılık, psikotizm, paranoid düşünce, hostilite ve fobik anksiyete ile değerlendirilmesi sonucunda var olan psikolojik süreçlerin ortoreksiya nervozayla ilişkisini ortaya koyarak literatüre katkı sağlaması hedeflenmektedir.

1.4. Varsayımlar

1. Araştırmaya dahil olan katılımcıların evreni temsil ettiği varsayılmıştır.
2. Katılımcıların tüm sorulara kendi düşünceleri ve iradeleri doğrultusunda içtenlikle yanıt verdikleri varsayılmıştır.
3. Araştırmada kullanılan tüm ölçme araç ve yöntemlerinin amaca uygun olduğu ve geçerliliğinin sağlandığı kabul edilmiştir.

1.5. Sınırlılıklar

1. Araştırmadaki bilgiler, araştırmacının hazırladığı Demografik Bilgi Formu, Kısa Semptom Envanteri (KSE), Perth Aleksitimi Ölçeği (PAÖ), Bilişsel Üçlü Envanteri (BÜE) ve ORTO-11'den elde edilen yanıtlarla sınırlıdır.

2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin tamamı katılımcıların öz bildirimine dayandığından, yöneltilen sorulara doğru ve samimi yanıtlar verilmemiş olma ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır.
3. Araştırmada kullanılan ölçekler, tanı koymak amacıyla değil belirti ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Bu sebeple ruhsal sorunların varlığını ve şiddetini ölçtüğü göz önünde bulundurulmalıdır.
4. Araştırmaya katılım sağlayan örnekleme cinsiyetlerin eşit dağılım göstermemesi, elde edilen verilerin ağırlıklı olarak kadın katılımcılardan gelen bilgileri içerdiği dikkate alınmalıdır.
5. Araştırmadaki katılımcıların demografik bilgileri karşılaştırıldığında yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi dağılımlarının eşit olmadığı görülmektedir. Katılımcılar çoğunlukla 25-34 yaş, ön lisans veya lisans eğitim düzeyi ve orta gelir düzeyi dağılımı göstermiştir. Sonuçlar çoğunlukla bu özellikteki katılımcılardan elde edilen verilerle sınırlıdır.
6. Araştırmada demografik bilgi formu dahil olmak üzere toplam 129 madde bulunmaktadır. Tüm maddelerin cevaplanma şekli kolay olmakla birlikte, formda çok sayıda madde bulunmasının katılımcıların cevaplama isteğini azalttığı gözlenmiştir.

1.6. Tanımlar

Ruhsal Belirti: Psikolojiyi olumsuz etkileyen ve ruhsal hastalıkları teşhis etmek için ayırıcı olan belirtilerdir (Hacıoğlu, Tedik ve Yaralı, 2019: 197).

Aleksitimi: Duyguların işlenmesinde, düzenlenmesinde, anlamlandırılmasında ve ifade edilmesinde zorlanma olarak ortaya çıkan bir düşünme biçimidir. Duygu körlüğü olarak da tanımlanır (Şaşıoğlu, Gülol ve Tosun, 2014: 22).

Bilişsel Üçlü: Bireyin kendisini, dünyayı ve geleceği kişisel perspektifinden değerlendirdiği üç bilişsel örüntüyü içermektedir. Olumsuz bilişsel üçlü; olumsuz benliğe, dünyaya ve geleceğe atfedilen negatif algıları ifade eder (Berghuis, Pössel ve Pittard, 2020: 149).

Ortoreksiya Nervosa: Sağlıklı beslenmenin patolojik bir hal alarak saplantılı bir tutuma dönüşmesidir (Moroz, vd., 2015: 400).

İKİNCİ BÖLÜM

RUHSAL BELİRTİLER, ALEKSİTİMİ VE BİLİŞSEL ÜÇLÜNÜN ORTOREKSİYA NERVOZA EĞİLİMİ İLE İLİŞKİLERİNİN İNCELENMESİ

Bu bölümde ruhsal belirtiler, aleksitimi, bilişsel üçlü, yeme bozuklukları ve ortoreksiya nervoza tanıtılacak, bu kavramların birbirleriyle olan ilişkileri literatür kapsamında açıklanacak ve ilgili kavramları içeren araştırmalara değinilecektir.

2.1. Ruhsal Belirtiler

Ruhsal iyi oluş, bireylerde ruhsal bozuklukların mevcut olmaması durumundan daha fazlasıdır. Bireyin stresli yaşam olaylarıyla baş etme becerisi, sahip olduğu yeteneklerin farkında olması, verimli bir şekilde öğrenmesi ve çalışması, yaşadığı topluma katkı sağlaması durumları "ruhsal iyi oluş hali" şeklinde tanımlamıştır. Parçası olduğu toplum içerisinde iyi ilişkiler kurabilmek ve dünyasını şekillendirme kabiliyetine sahip olmak da ruh sağlığı kriterleri arasında bulunmaktadır. Bireyin yaşamından dengeli ve sürekli bir şekilde tatmin olması, problem çözme davranışlarını kullanması ve çevresini kendi değerlerini dikkate alarak değil nesnel gerçeklikle yorumlama becerisi ruhsal iyi oluşu ifade eder (APA, 2009: 639).

Ruhsal iyi oluş hali değişmez değildir ve psikoloji literatüründe tanımı farklı şekillerde yapılmıştır. Kabul görmüş standartlardan sapma yaşanması ile ruh sağlığındaki bozulmaların ayırt edilmesi mümkündür. Ruhsal belirtiler bireylerin duygusal, bilişsel ve davranışsal örüntülerinde sorunlar yaşanmasıyla ayırt edilir ve bireylerin yaşam kalitesinde olumsuz sonuçlar meydana getirir (Hacıoğlu, Tedik ve Yaralı, 2019: 197). Her bireyde tutarsız, uygunsuz, aşırı veya yetersiz davranışlar belirli düzeyde gözlemlenebilir. Ancak bunların devamlı ve bireyin hayatındaki işlevselliği düşürecek seviyede olması ruhsal bozukluğa işaret eder. Ruhsal iyilik hali kriterlerini sağlamayan, hem kendisiyle hem de çevresiyle uyumsuzluk yaşayan bireyler potansiyellerini gerçekleştiremezler ve psikolojik sağlıkları bozulabilir (Polat ve Kutlu, 2019: 111). Bu tez çalışması çerçevesinde, bireylerdeki ruhsal belirti düzeylerinin değerlendirilmesi için Kısa Semptom Envanteri (Şahin, Uğurtaş ve Batıgün, 2002: 125) kullanılmıştır. Bu sebeple literatür bölümünde psikopatolojilerden yalnızca Kısa Semptom Envanteri'nde yer alan ruhsal belirti ve rahatsızlıklara

(somatizasyon, anksiyete, obsesif kompulsif belirtiler, depresyon, kişilerarası duyarlılık, psikotizm, paranoid düşünce, hostilite ve fobik anksiyete) yer verilmiştir.

2.1.1. Somatizasyon

Somatizasyon, bedensel bir hastalıkla açıklanamayan, fiziksel yakınmaların varlığına işaret eden geniş kapsamlı klinik bir durumdur. Herhangi bir fiziksel bozukluk veya ilaç gibi bir maddenin etkisine bağlı olmadan gelişir, şikayetler özellikle endişeli ve depresif hastalar tarafından detaylandırılarak anlatılabilir (APA, 2009: 1007). Yakınmalar fizyolojik bir hastalığın varlığını işaret ediyor olsa dahi yapılan tetkikler ve tahliller sonucunda organik (biyolojik) bir faktöre rastlanmaz. Bu sebeple görülen bedensel yakınmaların psikolojik temellere dayandığı bilinmektedir. Ancak somatizasyon bozukluğu olan bireylerin sıkça tıbbi müdahale için sağlık kuruluşlarına başvurduğu görülmektedir. Bu bireylerin en belirgin ortak özelliği yaşamlarındaki strese ve duygusal uyaranlara karşı bilişsel ve duygusal değil bedensel yanıtlar vermeleridir. (Kesebir, 2004: 14-19). Bu fiziksel yakınmalara sahip kişiler genellikle acı çekerler ve bu durum, aile ilişkileri, sosyal yaşam ve mesleki yeterlilik konularında işlev bozukluklarına sebep olabilir ve ilerlemesi halinde yeti yitimini artırabilir. Somatizasyon tıbben çözülemez ve hastalar genellikle psikiyatriye yönlendirilir. Birçok psikiyatrik durumla ilişkisi olduğu bilinse de en sık anksiyete bozukluğu ve depresyonla birlikte görülür (Özen, vd., 2010: 60-61). Somatizasyon bozukluğu yaşamın erken dönemlerinde, özellikle ergenlik döneminde ortaya çıkabilen ve ileriki yaşlarda oldukça sık karşılaşılan bir bozukluk olma özelliği taşır (Yalın Sapmaz, vd., 2017: 115). Yaygın görülen şikayetler arasında baş ağrısı, baş dönmesi, mide bulantısı, karın ağrısı, eklemlerde ve sırtta ağrı, kronik yorgunluk, göğüs ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı, sindirim sistemi rahatsızlıkları, adet düzensizliği, cinsel ilgisizlik vardır (Creed, vd., 2012: 315; Yalın Sapmaz, vd., 2017: 115).

Somatizasyon bozukluğu stres, travma, kaygı, depresyon gibi psikolojik temelli olabildiği gibi biyolojik ve çevresel faktörlere bağlı olarak da gelişebilmektedir. Somatizasyon kadınlarda erkeklere %5-10 oranında daha sık görülmektedir. Özellikle ev hanımlarında, ekonomik düzeyi ve eğitim seviyesi düşük bireylerde karşılaşılmaktadır (Morrison, 2016: 252; Yıldız ve Akyol, 1995: 344-347).

2.1.2. Anksiyete

Anksiyete; bireyin huzursuzluk, endişe ve gerilim duygularını tecrübe ettiği psikolojik bir durumdur. Çoğu insan yaşamının belirli dönemlerinde bu duyguları deneyimler ve olaylara karşı normal bir tepki halinde kullanır. Ancak bireyin yaşamındaki işlevselliğini tehdit edecek boyuta gelip rutinleri etkilemeye başladığında anksiyete bozuklukları değerlendirilmesi yapılabilir (Türkçapar, 2004: 13). Bireyler gerçek yaşam olayları dışında zihninde canlandırdığı ve gerçekleşmesinden korktuğu olası tehditler sebebiyle anksiyete yaşarlar (Topçuoğlu, 2022: 38). Her an kötü bir şey olacakmış hissiyle huzursuz ve endişeli olurlar (Kocabaşoğlu, 2008: 175). Toplum içerisinde normal kabul edilen durumlardan dahi korku duyma, geleceği ve yaşamı hakkındaki düşüncelere gün içerisinde fazla vakit harcayarak endişelenme, felakete ve olumsuzluklara odaklanma, gününü gergin ve huzursuzluk içinde geçirme gibi durumlar anksiyete bozukluklarını düşündürür (Kring, vd., 2012: 173-175). Anksiyete, vücudu tehlikelere karşı korumak ve tetikte tutmakla görevli olan sempatik sinir sistemini harekete geçirir ve bireyin tecrübe ettiği rahatsız edici duyguları hissederek ruhsal belirtiler ortaya çıkarmasının yanında bedende aşırı uyarılma meydana getirerek savaş ya da kaç olarak isimlendirilmiş mekanizmayı devreye sokar ve fiziksel tepkiler meydana getirir (McCarty, 2016: 34). Kalp çarpıntısı, terleme, hızlı nefes alıp verme, kaslarda gerginlik gibi bedensel belirtiler gözlemlenebilmektedir (Kring, vd., 2012: 173-175).

Kadınların kaygı bozukluğu tanısı alma ihtimali erkeklere oranla iki kat daha fazladır ve toplum içerisinde görülme ihtimali kültürel farklılıklara göre şekillenmektedir. Etiyolojisinde biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörler değerlendirilmektedir. Bireylerin gelecekle ilgili olumsuz bilişleri, hayatlarında olumsuz şeyler yaşanacağı beklentisi, toplum içerisindeki rolleri kaygı bozukluğu risk faktörlerindedir (Kring, vd., 2012: 182).

2.1.3. Obsesif Kompulsif Belirtiler

Bireyin zihnine istem dışı gelen, tekrarlayıcı niteliği olan ve belirli bir sıkıntı oluşturan düşüncelere obsesyon; obsesyonların oluşturduğu sıkıntıları ve gerilimi azaltmak, onlardan kurtulmak için tekrar tekrar gerçekleştirilen nötralize edici davranışsal ve düşünsel eylemlere kompulsiyon denir (APA, 2009: 725). Bireyler kompulsiyonların gerçekleştirilmesini zorunluluk olarak hissettikleri için ritüel haline gelmiş eylemlerin

amacı yoktur, bireye zevk vermezler (Aksoy, 2006: 4). Obsesif kompulsif bozukluğu (OKB) olan bir birey, genellikle tekrarlayıcı davranışlarının ve düşüncelerinin anlamsızlığının farkındadır. Obsesyonlarını ve kompulsiyonlarını benliğine yabancı (egodistonik) olarak değerlendirir (Yazkan ve Uğurlu, 2022: 50). OKB'nin ortaya çıkarmış olduğu kaygı, sıkıntı, gerilim ve davranışların sebep olduğu vakit kaybı neticesinde bireyin sosyal, mesleki ve günlük yaşam düzeni bozulur, işlevselliği düşer (Bayar ve Yavuz, 2008: 186).

OKB tedavi edilmediği takdirde kronik olarak kötüleşerek seyrederek. En sık görülenler arasında kirlenmeye dair düşünceler ve ardından gelen temizlik davranışı, zarar vermeye dair tekrarlayıcı düşünceler ve ardından gelen kontrol etme davranışı, mükemmel/en iyisini yapmaya yönelik düşünceler ve düzenleme davranışı, cinsellik ve din konularında kabul edilemez düşüncelerin ardından düşünce değiştirme gibi zihinsel kompulsiyonlar vardır (Reuman, Buchholz ve Abramowitz, 2018: 15; Yoldaşcan, vd., 2009: 2). Kompulsiyonlar açık bir şekilde (temizlik, kontrol) yapılabildiği gibi, örtük (dua etmek, zihinden belirli kelimeleri tekrar etmek) bir şekilde de yapılabilmektedir (Aksoy, 2006: 4)

Obsesif kompulsif bozukluk heterojen bir yapıya sahiptir, yani detayları ve içeriği bakımından bireye özgü farklılık göstermektedir (Heyman, Mataix-Cols ve Fineberg, 2006: 425). Ancak yapılan aile ve ikiz çalışmaları OKB'nin biyolojik aktarımını ortaya koymaktadır (Turner, Beidel ve Nathan, 1985: 446). Çocukluk çağında maruz kalınan travma, duygusal istismar, fiziksel istismar veya ihmal çevresel risk faktörleri arasındadır (Kracker Imthorn, vd., 2020: 2; Yoldaşcan, vd., 2009: 5). Toplumda görülme sıklığı %1-3 olan rahatsızlığın, kadınlarda görülme sıklığı erkeklere oranla daha fazladır. Obsesyonların ve kompulsiyonların içeriği cinsiyetlere göre farklılaşma göstermektedir. Erkeklerde çoğunlukla cinsel ve şiddet içerikli belirtiler görülürken, kadınlarda daha çok temizlik ve dini içerikli belirtiler görülmektedir (Karadağ, vd., 2006: 149).

2.1.4. Depresyon

Çökkün duygulanım, zevk almama ve enerji düşüklüğü, depresyonun ana belirtilerindendir ve en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir (Karamustafaloğlu ve Yumrukçal, 2011: 65). Diğer belirtiler ise konsantrasyon kaybı, kendini suçlama, pesimist bakış, uykuya dalmakta ve uykuda kalmakta güçlük çekme,

öz kısıma ilişkin düşünceler, yiyeceklerden tat almama ve cinsel istek kaybı olarak sıralanabilir (Kring, vd., 2012: 134). Bireyler kalıcı üzüntü hissi ve ilgi kaybıyla birlikte kendisi ve çevresiyle ilgili olumsuz beklentiler içerisine girerler. Çökkün duygu durum sebebiyle hayatlarına olumlu bir pencereden bakamazlar (Çelik ve Hocoğlu, 2016: 52). Birçok insan ömürleri boyunca derin üzüntü deneyimi yaşar ancak bu deneyimlerin pek çoğunun yoğunluğu ve süresi tanı için yeterli kriterleri karşılamamaktadır. DSM-5-TR'ye göre bireyin depresyon tanısı alabilmesi için yukarıda bahsedilen fiziksel ve ruhsal durumları en az iki hafta boyunca devam etmelidir (APA, 2022: 178).

Yapılan araştırmalar kadınların erkeklere oranla daha fazla depresyon tanısı aldığını göstermektedir (Darol ve Karapınar, 2022: 267; Kessler, vd., 2005: 597). Her bireyin depresyon deneyimi kendine özgüdür. Depresyon birden fazla faktöre ve nedene bağlı olarak gelişen karmaşık bir psikiyatrik bozukluktur. Bunlar genetik, çevresel, psikolojik ve biyolojik olarak sıralanabilir. Biyolojik nedenine bakıldığında serotonin, dopamin ve nöroepinefrin, gibi nörotransmitterlerin normal seviyenin dışında olması, hormonal değişiklikler, genetik ve nörolojik bozukluklara sebep olabileceği ifade edilmiştir (Schoenfeld, vd., 2017: 914; Vaváková, Ďuračková ve Trebatická, 2015: 1). Yapılan araştırmalar doğrultusunda genetik faktörlerin de depresyonu etkilediği görülmüştür. Birinci derece yakınlarında depresyon olan bireylerde depresyonun ortaya çıkma olasılığı daha yüksek olarak saptanmıştır (Elder ve Mosack, 2011: 193). Çevresel faktörlere bakıldığında depresif belirtilerin ortaya çıkışında kişiler arası sorunlar, yoğun stres ve travma tetikleyici etki oluşturabilir. Çocukluk döneminde yaşanan ihmal, istismar veya aile içi sorunlar gibi olumsuz erken çocukluk deneyimleri, ileriki yaşta oraya çıkabilecek depresyon riskini artırabilirler (Dykman, 1998: 140).

2.1.5. Kişilerarası duyarlılık

Bireyler, yaşadıkları dünyada ilişkili oldukları kişilerin düşüncelerine, duygularına ve davranışlarına anlam yükleyerek kendilerini onlardan aldıkları dönütlerle değerlendirebilirler. Bu dönütlerin içeriği bazen gerçek olabilirken bazen de aşırı duyarlılık sonucunda çarpıtılmış düşünceler barındırabilir. Kişilerarası duyarlılık, bireylerde fayda sağlayıcı özelliğini aşırılığa dönmesi sonucunda kaybederek işlev bozukluklarına sebep olabilir (Akgül, Dirik ve Akgül, 2018: 122). Bu kavram, bireyin kendini diğer insanlarla kıyaslayarak yetersizlik duygusu ve aşağılık kompleksi

yaşamasını tanımlamaktadır (Derogatis, Yevzeroff ve Wittelsberger, 1975: 186). Bu durum bireylerde aşırı farkındalık ve hassasiyete sebep olur (Wilhelm, Boyce ve Brownhill, 2004: 34). Kişilerarası duyarlılığa sahip olan bireyler, diğer insanlar tarafından önemsenmedikleri, kötü muameleye maruz kaldıkları ve onlardan daha kıymetsiz oldukları düşüncelerine sahiptirler. Ayrıca kurdukları ilişkilerde kendilerini değersiz görme eğilimindedirler. Kişilerarası duyarlılık; bireylerde yetersizlik, aşağılık, kırılabilirlik duygularıyla karakterizedir. Bu bireylerde reddedilme ve eleştirilme korkuları oldukça baskındır. Bireylerin zihinleri, diğer kişilerle ilişkilerini düşünerek meşgul olarak genellikle algılama ve yorumlamalarda hatalı çıkarımlarda bulunurlar (Boyce, vd., 1992: 156). Birey çevresi tarafından onaylanmadığı, diğer insanlar tarafından değersiz görüldüğü, idealize ettiği karaktere sahip olmadığı gibi çevresel ve içsel etkenler sonucunda olumsuz bir benlik algısına sahip olur (Özcan, vd., 2013: 108). Başkalarının tepkilerine karşı sürekli tetikte dirler. Diğer insanlardan gelebilecek herhangi bir eleştiri veya redde karşı aşırı duyarlı olmaları sebebiyle onların beklentilerine uyum sağlayacak davranışlarda bulunurlar ve böylelikle riski en aza indirirler. (Boyce, 1990: 82).

Kişilerarası duyarlılık, diğer bireylerle ilişkilerde sorun yaşanması ve ileride ilişkilerin bozulmasına sebep olabilir. Sürekli tetikte olma durumu ilişkilerde huzursuzluk, rahatsızlık ve olumsuz sonuçlar beklentisine sebep olur. (Davidson, vd., 1989: 357) Birey çevresinde önem verdiği kişilerle yaşadığı problemler neticesinde kendisini geri çekmeye başlar ve sosyal kaçınma meydana gelebilir. Kısacası, kişilerarası duyarlılığın başlangıcı bireyin benliğiyle ilgili inançları olsa da sosyal yaşamındaki tutumlara ve yaşam tarzına kadar birçok etkiye sahiptir. (Çakal ve Tastan, 2023: 662) Bu durum işlev bozukluklarının yanında yaşam kalitesinde düşüşe zemin hazırlayarak, aslında küçük olan problemlerin büyütülmesiyle anksiyete, depresyon ve stres gibi daha ciddi durumları tetikleyebilir (Aydınlı, 2024: 76; Erözkan, 2005: 132).

2.1.6. Psikotizm

Psikotizm; Eysenck (1968) tarafından saldırganlık, dürtüsellik, antisosyal davranışlarla karakterize bir kişilik boyutu olarak tanımlanmıştır (APA, 2009: 864). Bireylerin gösterdiği semptomlar hafif bir kişilerarası ilişki probleminden ağır bir psikoza kadar uzanabilmektedir (Derogatis, Rickels ve Rock, 1976: 283). Psikotik bir tabloda dikkat çeken özellikler incelendiğinde bireylerin empatiden yoksun olduğu, diğer insanlarla ilişkilerinde mesafeli ve soğuk davranışlar sergiledikleri, duyarsız

davrandıkları ve benmerkezci bir tutum içinde oldukları görülmektedir (Eysenck, 1992: 758). Aynı zamanda agresif, saldırgan, isyankâr ve yıkıcı davranışlarla toplumda düzen bozan kişiler olarak da bulunabilirler (Acar ve Runco, 2012: 341). Bireyler, içinde buldukları dünyanın ve yaşamlarının gerçekliğinde algı bozulmaları yaşayabilmekte, hayal dünyaları ile gerçek arasındaki bağlantıda karışıklık yaşayabilmektedirler. Psicotizm, bireyin yaşamında duygusal ve bilişsel işlevselliği bozarken çevresiyle etkileşimini de olumsuz yönde etkiler. Bireyler hem sosyal yaşamda hem de iş hayatında problemler yaşayabilir, uygunsuz davranışlar sergileyebilirler (Dal, 2011: 1).

Eysenck psicotizm için yaptığı değerlendirmelerde, bireylerin bir genetik yatkınlık sebebiyle bu psikopatolojiye ve psikoza eğilim gösterdiğini öne sürmüştür. Biyolojik temeli açıklarken yapılan çalışmalarda, psicotizmin erkeklerde kadınlara oranla daha sık karşılaştığı ve bu durumun temelinde erkeklik hormonlarındaki farklı düzeylerin bulunduğu savunulmuştur ancak bu konuda yapılacak olan daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Eysenck, 1992: 773).

2.1.7. Paranoid Düşünce

Paranoid düşünce, bireylerde daimî bir şüphecilikle birlikte başkaları tarafından suistimal edildikleri inancını içeren bir yapıdır (APA, 2009: 759). Sağlıklı bir düzeyde bulunduğu bireyin hayatını kolaylaştırarak tehlikelerden korunması için önemlidir. Aşırılığı durumunda işlev bozukluklarına ve hayatı zorlaştırıcı etkilere sebep olabilir (Freeman, vd., 2005: 427). Bu düşüncelerin sonucunda bireyler herkesten kuşku duyan, kimseye güvenmeyen, onlar tarafından kötü niyetli muameleye maruz kalacağını düşünen bir kişiliğe bürünebilirler. Bu sebeple kendilerini korumak için tedbirli, gizemli ve savunmacı yaklaşımlarda bulunabilirler (Green, vd., 2008: 101). En belirgin özelliklerinin kuşkuculuk ve güvensizlik olması dışında büyülenme ve düşmanlığa da rastlanabilir. Ancak sahip oldukları tüm bu düşünceler asılsızdır. Abartılmış bir düşünce ve algı mevcuttur. Hayatın olağan akışında normal karşılanabilecek şeyleri yanlış yorumlayarak diğer kişilerin davranışlarından, söylediklerinden veya mimiklerinden asılsız değerlendirmelerde bulunabilirler (Freeman, vd., 2012: 1196). Kuşkucu tavırları, özel hayatlarında eşlerine veya sevgililerine patolojik kıskançlık olarak yönelebilir. Tüm bunlarla birlikte sosyal geri çekilme ve çekingenlik gözlenebilir. Aslında var olmayan durumları tecrübe ediyormuş gibi düşünebilirler (Canaslan, 2013: 84). Paranoid düşüncelerdeki bu

aşırılık durumu genellikle genç yetişkinlik döneminde başlayabilmektedir. Paranoid düşüncelerde aşırılık görülmesinin sebepleri arasında stresli yaşam olayları, aşırı öfke veya korku gibi güçlü duygular, utanç, depresyon veya anksiyete bulunabilmektedir (Bentall, vd., 2001: 1146).

2.1.8. Hostilite

Hostilite; yoğun kin, öfke ve düşmanlığın duygular, tutumlar ve eylemlerle açıkça ifade edilmesidir (APA, 2009: 504). Hostilitenin barındırdığı negatif inançlar sistemi, bireyi öfkeye ve saldırganlığa yatkınlaştırır. Birey dışı vurduğu öfke ve düşmanlığı kendisine, başka insanlarla veya çevresindeki nesnelere yöneltebilir. Bu esnada zarar verme, acı çektirme, intikam alma gibi olumsuz davranışlara yönelebilir. Bireyin gösterdiği tepkiler aşırı bedenselleştirilerek rutin yaşamında sağlıklı olmayan aktivitelerde bulunma eğilimi göstermesine sebep olabilir (Smith, 1992: 139). Hostilite, öfkenin kronikleşmiş haline işaret etmektedir (Tatlılıoğlu ve Karaca, 2013: 1104). Öfke ve düşmanlık barındıran bireylerin başkalarıyla ilişkilerinde stresli ortamlar oluşturduğu, normalden farklı tepkiler verdikleri ve çevrelerinden gerekli sosyal desteği görmedikleri ileri sürülmektedir (Dirik ve Şahin, 2008: 252)

2.1.9. Fobik Anksiyete

Fobik anksiyete, bireyin belirli bir yer, durum veya nesneye karşı duyduğu korkuyla karakterizedir (APA, 2009: 792). Bu yer bir hastaneden bir parka kadar farklılık gösterebilir. Durumlar açık alanda bulunmak, yüksek bir binaya çıkmak, uçakla seyahat etmek, asansörde kapalı kalmak, karanlıkta kalmak veya kan vermek gibi birçok farklı kategoride olabilir. Korku duyulan nesne bir böcek, kedi veya köpek gibi canlı bir varlık olabilirken; iğne, makas gibi cansız bir varlık da olabilir (Kring, vd., 2012: 181). Görüldüğü üzere tüm durumlar ve nesnelere gerçek bir altyapıya sahiptir ancak ortaya çıkan korku ve anksiyete seviyesi olası tehlikeden çok daha yüksektir. Bireyler çoğu zaman gösterdikleri tepkinin anlamsız derecede aşırı olduğu düşüncesine sahip olsalar da kendilerini orantısız tepki verirken bulabilirler (Derogatis, Rickels ve Rock, 1976: 283). Fobik bireyler, rahatsızlık duydukları bu yerlerden, durumlardan ve nesnelere kaçınma veya kaçma eğilimi göstererek kaygıyı en aza indirirler (Haines, Imeson ve Meade, 1987: 297). Fobi kaynağı olan durum ve nesneye göre değişiklik gösterse de kadınlarda fobik anksiyete görülme oranı erkeklere kıyasla %50 daha fazladır (Üstündağ, 2019: 17).

2.2. Aleksitimi

Aleksitimi; duyguların bilişsel işlenmesinde, düzenlenmesinde, anlamlandırılmasında ve ifade edilmesinde zorlanma olarak ortaya çıkan bir psikolojik bozulmadır (Şaşıoğlu, Gülol ve Tosun, 2014: 22). Aynı zamanda düşük duygusal farkındalık sebebiyle başkalarının duygularını anlama güçlüğü, sınırlı bir hayal dünyası sebebiyle fantezi azlığı, dışa odaklı bir düşünme biçimiyle yaşamında işlevselliği ön planda tutma ve bedensel duyuları duygulardan ayırt edememe ile kendini göstermektedir (Bilge ve Bilge, 2020: 72).

Aleksitimi terimini ilk kez Sifneos (1973: 255) psikosomatik hastalarla yaptığı çalışmaların ardından hastaların göstermiş olduğu bazı ortak özellikleri göz önünde bulundurarak kullanmıştır. Bu hastaların genellikle fantezi kurma konusunda zorlanan, çatışmalı durumlardan kaçınma eğiliminde olan, işlemsel düşünme tarzına sahip, duygusal deneyimlerinde sınırlılık yaşayan ve özellikle duygularını sözlü olarak ifade etmekte güçlük çeken özelliklere sahip oldukları görülmüştür. Bu durum, aleksitimi terimini ortaya çıkarmıştır.

Yüksek düzeyde aleksitimiye sahip bireyler, duygusal deneyimlerini düşümsel ve sözel olarak yeterince net bir ifade etme becerisine sahip olmadıkları için duygusal uyarılmayı fiziksel uyarılmadan ayırt edemeyebilirler ve bu nedenle duygularını ifade etmek için genellikle fiziksel belirtilerini tarif etme yoluna giderler. Bu durum, bu bedensel hisleri sağlık sorunlarının belirtisi olarak yanlış yorumlama eğilimine yol açabilir ve bu nedenle semptomlarına tıbbi yardım arama çabasında olabilirler. Ancak sonunda, bu semptomların altında herhangi bir tıbbi açıklama bulunmayabilir (Luminet, Nielson ve Ridout, 2021: 437).

Aleksitimi, başlangıçta yalnızca psikosomatik hastalarda görülen belirtileri tarif etmek için ortaya çıkmış olmasına karşın, günümüzde yapılan çalışmalar travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, yeme bozuklukları, panik bozukluk ve madde kötüye kullanımı gibi bazı psikopatolojik rahatsızlıklarda da görülebildiğini ortaya koymuştur (Bankier, Aigner ve Bach, 2001: 235). Bununla birlikte, yapılan çalışmalar aleksitiminin sağlıklı kabul edilen popülasyonda karşımıza çıkabilecek bir kişilik özelliği olarak kabul edilebileceğini göstermektedir (Şaşıoğlu, Gülol ve Tosun, 2014: 23).

Aleksitiminin kalıcı mı yoksa geçici mi olduğu tartışmaları içinde Freyberger primer aleksitimi ve sekonder aleksitimi terimlerini vurgulamıştır. Primer aleksitimi,

psikosomatik hastalıklarla ilişkilendirilen ve bedensel belirtilerin başlamasına ve devam etmesine neden olan bir tür olarak tanımlanırken; sekonder aleksitimi travmatik olaylar yaşayan veya ciddi bedensel hastalıklar geçiren kişilerde açığa çıkan, hem geçici hem de kalıcı olabilen bir tür olarak tanımlanmıştır (Freyberger, 1977: 339). Aleksitiminin, bireyin aleksitimi öncesindeki gelişimsel işlevlerine bağlı olarak şekillenip değişebilen geçici ve kalıcı özelliklerin bir kombinasyonu olabileceği de görüşler arasındadır (Lumley, Neely ve Burger, 2007: 239).

Aleksitimi etiyojisi tam olarak bilinmemekle birlikte bilişsel, psikanalitik, sosyal öğrenme ve nörofizyolojik açılardan çeşitli açıklamalar bulunmaktadır (Koçak, 2002: 191). Nörofizyolojik perspektifle çalışan uzmanlara göre, aleksitimi beyin yarım küreleri arasındaki iletişim eksikliğinden kaynaklanan bir durumdur. Bu kişiler duygusal uyarılma durumlarıyla fiziksel uyarılma durumlarını birbirinden ayıramaz ve duygularını anlatmak için fiziksel belirtilerini tarif ederler. Bu görüş, aleksitiminin neokortekse iletilmek üzere limbik sistemden harekete geçen duygusal uyarıcıların engellenerek otonom sinir sistemi aracılığıyla hızlı bir şekilde ifade edilerek bilinçli duygusal deneyimlere dönüşememe sorunundan kaynaklanan bir bozukluk olduğunu ortaya koyar (Temiz, 2018: 27). Aleksitiminin sosyokültürel bir olgu olduğu savunulan görüşe göre; aleksitimi duyguları sözel olarak ifade etmenin desteklendiği, sağlıklı ve olgun bir davranış olarak kabul edildiği batı toplumlarında ortaya çıkmıştır. Öte yandan, doğu toplumlarında duygular bastırılıp gizlenerek ifade edilmediğinde bedensel semptomlara dönüştürülür (Lesser, 1981: 538). Bilişsel kurama göre aleksitimi, bilişsel gelişim dönemlerindeki bazı eksikliklerden kaynaklanan veya bilişsel süreçlerdeki çarpıtmaların, mantık dışı düşüncelerin ve işlevsiz otomatik düşüncelerin bir sonucu olarak ortaya çıkar (Bermond, 2000: 240). Aleksitimik bireylerin duygu düzenleme konusunda zorlandığı ve duyguları bilişsel olarak işleme açısından eksiklikler yaşadığı vurgulanmaktadır (Taylor, Bagby ve Parker, 1991: 156). Psikanalitik yaklaşıma göre aleksitimi, bireylerin erken dönem yaşantılarında tecrübe ettikleri duygusal travmaların veya sağlıklı ego savunma mekanizmalarının bir sonucu olarak ortaya çıkar (Koçak, 2002: 192).

2.3. Bilişsel Üçlü

Beck'in bilişsel yaklaşımına göre depresyonun gelişimi ve sürdürülmesinde şemalar, bilişsel çarpıtmalar, bilişsel üçlü ve otomatik düşünceler merkezi bir rol oynar. Depresyona sebep olan şemalar, olumsuz yapıllı benlik ve dünya ilişkisi tutumlarını

içerir. Bu şemalar stres ile tetiklenerek depresyona yol açan bilişsel hatalara sebep olur. Çarpıtılmış düşünceler ve işlevsel olmayan varsayımlardan oluşan bilişsel çarpıtmalar ise algının olumsuz ve gerçek dışı olmasına neden olarak depresyonu sürdürür (Erarlan, 2014: 22). Bu yaklaşıma göre bireyin düşünce ve duyguları arasında karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır. Beck, bilişsel modelinde, bireyin yaşadığı duygusal problemlerin ve zorlantıların temelinde bilişsel süreçlerin etkili olduğunu savunmaktadır. Bireyin kendi ile ilgili düşünceleri, dünyasını algılayış biçimi, geleceğine bakış açısı bilişsel süreçlerin belirlenmesinde, olayları algılama ve yorumlama tarzında aktif bir rol oynamaktadır (McIntosh ve Fischer, 2000: 153).

Bilişsel üçlü; bireyin kendisini, dünyayı ve geleceği kişisel perspektifinden değerlendirdiği üç bilişsel örüntüyü içermektedir (Berghuis, Pössel ve Pittard, 2020: 149). Bu örüntüler, bireyin kontrolü dışında ortaya çıkan ve belirsiz olan otomatik düşüncelerinde yoğunlaşır. Beck'in yaklaşımına göre, otomatik düşünceler durdurulamaz ve birey istem dışı da olsa bu düşüncelere inanarak davranışlarını devam ettirir. Özetle, bu tür düşüncelerin davranışları etkilediği ve birçok duyguya yol açtığı göz önünde bulundurulmaktadır (Bilgin, 2004: 35). Beck, bilişsel üçlü kavramını depresyonun psikolojik bileşenlerini açıklamak amacıyla öne sürmüştür (Anderson ve Skidmore, 1995: 603). Beck'in teorisine göre, bireylerin depresyona yakınlığında yaşamlarındaki olayları yorumlama şeklinin önemli bir rolü vardır. Olumsuz düşünce kalıplarına sahip bireylerin kendilerine, dünyaya ve geleceğe yönelik olumsuz bilişsel yapılar geliştirdiği ve buna bağlı olarak depresif belirtiler gösterdiği öne sürülmüştür. Bireyin olumsuz inançları depresyonun temelinde yer alır ve depresyonun somatik, motivasyonel ve duygusal rahatsızlıklar gibi yönleri de bu olumsuz inançlar neticesinde ortaya çıkar (Beckham, vd., 1986: 566).

Bilişsel üçlünün olumsuz benlik algısı, bireyin geçmişte yaşadığı olumsuz olayların sorumlusu olarak kendisini görmesi, diğer insanlar tarafından beğenilmediğini düşünmesi ve kendisine yönelik yetersizlik, değersizlik ve eksiklik gibi olumsuz bilişlere sahip olması ile karakterizedir (Pössel, 2009: 265). Bireyin dünyayı üstesinden gelinemeyecek, zorluklarla dolu bir yer olarak görmesi olumsuz dünya algısını ifade eder. Birey, dünyayı kendinden çok daha yüksek beklentilere sahip, amaçlarına ulaşmasını sürekli olarak engelleyen bir yer olarak görme eğilimindedir (Pössel ve Thomas, 2011: 225). Bilişsel üçlünün son ögesinde, karanlık ve başarısızlıklarla dolu olumsuz bir gelecek algısı vardır. Bireyler şu anda yaşadıkları

olumsuzlukların sonsuza kadar süreceğini ve hayatlarının iyiye gitmeyeceğini düşünür (Arkar, 1992: 37). Bilişsel üçlünün depresyona yatkınlık oluşturmasının yanı sıra, bireyde depresif durumun devam etmesinde de etkili bir rol oynamaktadır. Negatif bilişsel üçlünün aksine, pozitif bilişsel üçlü olarak adlandırılan benlik, dünya ve gelecek hakkındaki olumlu inançların bireyleri depresyondan koruduğu öne sürülmüştür (Erarslan ve Işıklı, 2019: 33).

2.4. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, yemeyle ilgili tutum ve davranışların patolojik olarak bozulmasıyla karakterize çok boyutlu bir yapıdır (APA, 2009: 347). Bireyin yeme paternindeki anormallikler bilişsel, duygusal, sosyal ve fiziksel sağlığını da olumsuz etkileyerek devam eder (Culbert, Racine ve Klump, 2015: 1141). Hastalarda vücut imajı değerlendirmesinde bozulma, vücut ağırlığı kontrolüne yönelik ısrarcı davranışlar ve yemek düşüncesiyle aşırı zihinsel meşguliyet gözlenir (Kring, vd., 2012: 334). Yeme bozuklukları, tıbbi açıdan ciddi sorunlar meydana getirebilen, hastaların yaşamlarını tehdit ederek daha ileri vakalarda hayati risk meydana getirebilecek ciddi psikiyatrik bozukluklardandır. Yeme bozukluklarına tedavi müdahalesinde bulunulmazsa kronikleşerek ilerleyebildiği, tedavi edildiğinde dahi nüks etme riskinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Ergüney Okumuş, 2017: 12). Yeme bozuklukları tedavi edilmediği takdirde yüksek intihar girişimi, ölüm ve düşük yaşam kalitesi riski taşır. (Barakat, vd., 2023: 8).

Yeme bozukluklarının etiolojisi tam olarak bilinmese de biyolojik, bilişsel, duygusal, davranışsal ve sosyokültürel bileşenler sebebiyle ortaya çıktığı değerlendirilmektedir (Arıca, vd., 2011: 2). Biyolojik etkenler, kültürel baskılar, olumsuz aile ve bireysel deneyimler kişileri aşırı diyet, aşırı yeme veya laksatiflerin kullanımına yöneltiyor gibi görünmektedir. Bu davranışlar başladıktan sonra sebep olduğu fizyolojik ve psikolojik rahatsızlıklar hastalığın devam etmesine neden olabilir (Walsh ve Devlin, 1998: 1388). Yapılan çalışmalar, duygu düzenleme güçlüğü'nün bozulmuş yeme davranışının yordayıcısı olduğunu göstermektedir (Brockmeyer, vd., 2014: 565). Yeme bozuklukları iki cinsiyet için de risk durumunda olmasıyla birlikte kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir. Özellikle son yıllarda yapılan araştırmalar göstermektedir ki sosyokültürel fiziksel görünüm normları bireyleri idealleşmiş kalıplara çekmektedir. Kadınlar zayıflık idealize ederken, erkekler yağ kaybıyla birlikte kas kütlelerinin artmasını hedeflemektedir (Dakanalis, vd., 2016: 249).

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın son versiyonunda (DSM-5-TR) Pika, Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu, Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu, Anoreksiya Nervoza (AN), Bulimiya Nervoza (BN), Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB), Tanımlanmış Diğer Yeme Bozuklukları, Tanımlanmamış Diğer Yeme Bozuklukları "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" başlığı altında sınıflandırılmıştır (APA, 2022: 372).

2.4.1. Pika

Pika'nın temel özelliği besin niteliği ve besleyici değerı olmayan saç, kâğıt, sabun, toz, tebeşir gibi maddelerin 1 ay veya daha uzun süreli tüketilmesidir. Bu maddelerin tüketimi bireyin bulunduğu kültür dahilinde de olağan değildir ve başka bir ruhsal bozuklukla ilişkisi ayırt edilmelidir (APA, 2009: 797). Pika, özellikle çocukluk yaş grubunda daha yaygın olmakla birlikte, tüm toplumlarda ve yaş gruplarında görülebilir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber kökeninde kültürel etmenler, ihmalkâr ebeveyn, istismar, stres yanıtı, açlık gibi psikososyal faktörler olduğu değerlendirilmektedir. Özellikle hamilelik döneminde demir, kalsiyum ve çinko gibi mikrobelerin eksikliğinden kaynaklanan biyokimyasal sebeplerle ilişkisi de gözlenmiştir (Kaçar ve Hocaoğlu, 2019: 348).

2.4.2. Geri Çıkarma (Geviş Getirme/Ruminasyon) Bozukluğu

Geri çıkarma bozukluğu besinlerin kusma hissi, kusma davranışı veya zorlama olmaksızın istem dışı bir şekilde mideden geri gelmesi ve ağızda geri toplanmasıyla karakterize bir bozukluktur (Kaçar ve Hocaoğlu, 2019: 350). Geri gelen besinler ağızdan çıkarılabilir, tekrar çiğnenebilir veya geri yutulabilir. Herhangi bir mide-bağırsak rahatsızlığından veya başka bir yeme bozukluğu döneminden kaynaklanmaksızın en az 1 ay süreyle görülmektedir (APA, 2009: 126). Görülme sıklığı nadirdir, genellikle bebeklik veya çocukluk döneminde teşhis alırken yetişkinlik dönemindeki vakalar da bildirilmiştir (Faraji ve Fırat, 2022: 157). Sosyoekonomik düzey, kültürel etkenler, organik ve psikodinamik faktörler; psikososyal çevrenin olumsuz yapısı ve yüksek stresli yaşam olayları ruminasyon bozukluğu etiyolojisinde ön plandadır. Zekâ geriliğiyle birlikte görülme sıklığı yüksektir ve ebeveyn ihmali, ebeveynle yetersiz ilişki durumlarında çocuğun kendini rahatlatmak için bu davranışa gittiği düşünölmektedir (Kaçar ve Hocaoğlu, 2019: 350).

2.4.3. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu yemeye karşı isteksizlik ve seçici yeme davranışı belirtileriyle tanımlanan bir bozukluktur (Faraji ve Fırat, 2022: 158). Vücut imajı ve kilo alma ile ilgili endişe bulunmamaktadır ve bu sebeple anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza tanılarında bağımsız yeni bir tanı olarak literatüre girmiştir (Karadere ve Hocaoğlu, 2018: 111). Yetersiz beslenmenin sebebi gıdaya ulaşamama ya da kültürel olarak kabul görmüş uygulamalar değildir. Gıdalara karşı ilginin kaybolması, besinlerin görünümü ve kokusu gibi duyulara hitap eden özelliklerinden rahatsızlık duymakla veya yemek yerken boğulma/tıkanma gibi kötü tecrübeler ile ortaya çıkabilmektedir. Bireyin yiyeceklerden kaçınması yetersiz beslenmeyle birlikte ciddi kilo kaybını beraberinde getirir. Bu durum enteral (tüp yardımıyla) besin takviyesi alımını gerektirebilecek kadar ciddi boyuta ulaşabilir. Beraberinde psikososyal becerilerde bozulmalar ve zorlanmalar, ailesel sorunlar meydana geldiği görülmektedir (APA, 2022: 378). DSM-5-TR kriterlerinde bir yaş sınırlaması bulunmamaktadır ancak tanı almış olguların çoğu çocuktur ve düşük yaş gruplarında yetersiz beslenmenin gelişimsel geriliğe sebep olduğu da takip edilmiştir (Lock ve La Via, 2015: 416).

2.4.4. Anoreksiya Nervoza

Anoreksiya nervoza, kişinin yaşına, boyuna ve cinsiyetine uygun kabul edilen sağlıklı vücut ağırlığının altında olmasına rağmen kendisini kilolu olarak görmesi ve kilo almaktan kaçınmasıyla karakterize bir yeme bozukluğudur (APA, 2009: 59). Çarpıtılmış beden imgeleri kişinin kendisini vücut ağırlığı ve görünümüne göre değerlendirmesine sebep olur, bu yüzden kilo almaktan fazlasıyla korkulmaktadır. Vücut ağırlıkları olağan en düşüğün altında ve hayati tehlike oluşturabilecek seviyede olmasına rağmen kilo vermek için yüksek bir motivasyon vardır. Kişiler yemelerini kontrol ettiğinde ve kilo verdiğini gördüğünde kendilerini değerli hissetme eğilimindedirler. Anoreksiya nervoza hastalarında yeme davranışları ve diyetin duygusal durum üzerindeki etkileri incelendiğinde, bu hastalarda bilinçli kontrolün yerini bir süre sonra otomatik vejetatif kontrole bıraktığı; açlık, doyunluk, yorgunluk, ağrı, soğuk ve cinsel uyarıcıların yanlış algılandığı varsayılmaktadır (Özdel, Ateşçi ve Oğuzhanoglu, 2003: 154). Anoreksiya nervoza; kalori hesaplamalarıyla sıkı diyet, gıda alımını kısma ve aşırı egzersiz yapma davranışlarıyla kendini gösterebildiği gibi; tıkinircasına yeme davranışı sonrasında laksatif ilaçlar kullanma, idrar söktürücü

kullanma veya kusma davranışlarıyla da görülebilir. Vücudun ihtiyacını karşılayacak düzeyde enerji alımı sağlanmadığı için mensturasyon dönemlerinde en az 3 ay düzensizlikler ya da bu dönemlerin tamamen kaybolması tanı kriterleri arasındadır (APA, 2022: 382). Anoreksiya nervoza, genel olarak ergenlikte 15-19 yaşlar arasında başlamakta ve kızlarda erkeklerden 10 kat daha fazla görülmektedir (Varlık Özsoy, 2017: 256).

Etiyolojisinde biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörler değerlendirilmektedir (Kring, vd., 2012: 343). AN öyküsü bulunan bir ailede birinci derece yakınlarında anoreksiya nervoza olma riski, anoreksiya nervoza öyküsü bulunmayanlara göre daha yüksektir (Strober, vd., 2000: 398). Özgüven eksikliği, yüksek mükemmeliyetçi özelliklere sahip olmak, etkin bir kimlik arayışı gibi bireysel özelliklerin aşırı zayıflama davranışı riskini yordayıcı olduğu tespit edilmiştir. Anoreksiya nervoza hastalarının duygu düzenlemede güçlük yaşadıkları gözlenmiştir (Brockmeyer, vd., 2014: 565). Duygu düzenleme eksikliği, anoreksiya nervoza hastalarının yeme bozukluğu ile başa çıkmak için gıda ve kilo kontrolünü kullanma eğilimlerini artırabilir, böylece isteyerek zayıflama durumu yemekler üzerinden öz-kontrol fonksiyonu görmeye başlayabilir (Holland, Bodell ve Keel, 2013: 406). Araştırmalar, anoreksiya nervoza hastalarının yaşamlarında çözümlenemeyen aile sorunu öyküsü, ebeveynle bağlanma sorunları, istismar ve saldırı gibi kişiler arası travma öyküsüne dikkat çekmektedir (Dikmeer Bektaş, 2020: 12-15). Yıllar içinde değişen güzellik algısının idealize ettiği zayıf ve ince kadın bedeninin gençleri ağır diyet ve egzersizlere yönelttiği araştırmalarla saptanmıştır (Simpson, 2002: 65).

2.4.5. Bulimiya Nervoza

Bulimiya nervozanın temel özelliği tıknırcasına yeme davranışı sonrasında besinlerin çeşitli çabalarla henüz sindirilmeden vücuttan atılmasıdır (Fairburn ve Garner, 1986: 404). Tıknırcasına yeme davranışı çoğu kişinin benzer koşullar ve sürede tüketebileceğinden daha fazla, yüksek kalorili, şeker ve karbonhidrat içeren besinlerin yemek yeme denetimi sağlanamadan vücuda alınması olarak karakterize edilmiştir (Kring, vd., 2012: 337). Kişi kendilik değerini beden yapısı ve kilosuyla ölçtüğü için tükettiği besinlerden duyduğu pişmanlığı uygunsuz ödünleyici davranışlarla (kendini kusturma, laksatif ve diüretik ilaç kullanımı, neredeyse hiç yememe, aşırı egzersiz yapma) gidermeye çalışır ve besinleri vücuttan uzaklaştırır (Varlık Özsoy, 2017: 256). Görüntüye aşırı önem verme, yemeyi kısma davranışıyla dışa vurulur. Ancak

yiyeceklerle ilgili düşüncelerin sonu gelmez, katı diyetin ardından temel psikopatoloji olan yemeyi durduramama davranışı ve uygunsuz ödünleyici davranışlar gelişerek birbirini izler. Hem tıknırcasına yeme davranışı hem de uygunsuz ödünleyici davranışlar üç ay içerisinde ortalama haftada en az bir kez görülür (APA, 2022: 389).

Bulimiya nervoza olan bireyler anoreksiya nervozada olduğu gibi kilo almaktan korkarlar, kendilik değerleri beden şekline ve kilosuna bağlıdır ancak anoreksiyadaki gibi aşırı zayıflık tablosu görülmez; kişiler normal kiloda ya da normal kilonun üstünde bir görüntüye sahip olurlar. Yaşadıkları bulimik epizodları gizleme eğilimindedirler (Castillo ve Weiselberg, 2017: 85). Bu sebeple yaşadıkları haz, suçluluk, korku gibi duygularla birlikte sergiledikleri aşırı yeme ve sonrasında telafi davranışlarını dışarıdan gözlemlemek kolay olmayabilir. Genç kadınlar en yüksek risk grubunu oluşturmakta ve klinik incelemelere bakıldığında hastaların yalnızca %5-10'unun erkek olduğu görülmektedir (Sesverir, 2015: 7).

Bulimiya nervoza etiyolojisinde biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörler dikkat çekmektedir. Geniş katılımlı randomize kontrollü bir aile çalışmasında, anoreksiya nervoza veya bulimiya nervoza tanısı konmuş birinci derece akrabalara sahip bireylerde, bulimiya nervoza sıklığının normal popülasyona göre dört kat daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Strober, vd., 2000: 393). Toplumda yer alan güzellik algıları, aile sorunu öyküsü, çocukluk çağı istismar öyküsü gibi çevresel faktörler de dikkat çekmektedir (Castillo ve Weiselberg, 2017: 87).

2.4.6. Tıknırcasına Yeme Bozukluğu

Tıknırcasına yeme bozukluğu; bireyin yemeyle ilgili denetimini kontrol edememesi ve benzer koşullar ve zaman diliminde çoğu insanın yiyebileceğinden daha fazla yiyecek tüketmesi ile karakterize bir bozukluk olarak tanımlanır (Kring, vd., 2012: 340). DSM-5-TR tanı kriterlerine göre tıknırcasına yeme dönemlerine; normalden daha hızlı ve rahatsızlık verecek derecede doygunluk hissine sebep olacak kadar yeme, fiziksel olarak açlık hissi olmamasıyla beraber yediği miktardan dolayı utanç duyarak yeme davranışını yalnız başına gerçekleştirme ve ardından kendini suçlayan ve kendinden içrenen depresif bir ruh hali de eşlik eder. Tıknırcasına yeme davranışı üç ay içerisinde haftada en az bir kez görülür (APA, 2022: 394).

Tıknırcasına yeme bozukluğunda anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozada olduğu gibi beden şekli ve kiloyla ilgili endişeler görülmektedir. Ancak bu bireyler sık sık

diyet yapmalarına, kilo kontrol programlarına katılım göstermelerine ve bedenlerinden memnun olmamalarına karşın oldukça kiloludurlar (Varlık Özsoy, 2017: 256). Özellikle bulimiya nervosa ile benzerlikleri olmakla birlikte en temel farklılık bulimik ataklardan sonra kilo almayı engellemek amacıyla uygunsuz ödünleyici davranışlar gerçekleştirilirken tıknırcasına yeme bozukluğunda bu davranışlar görülmez (APA, 2022: 394).

Depresyon ve kaygı gibi duygudurumlarla tetiklendiği bilinirken, tıknırcasına yeme davranışının bu istenmeyen duygulardan kısa süreli rahatlama hissi getirdiğinden söz edilmektedir. Bu bozukluğa sahip kişilerde yüksek oranlarda depresyon, anksiyete, alkol kötüye kullanımı ve kişilik bozuklukları görüldüğü bildirilmiştir (Varlık Özsoy, 2017: 256).

Uzun bir zaman diliminde vücuda alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması sonucunda ortaya çıkan obezite ile ilgili yapılan çalışmalar, sürdürülen tıknırcasına yeme ataklarının obeziteyi ortaya çıkarabileceğini değerlendirmektedir. Bu sebeple obezitenin getirdiği fiziksel hastalıklar tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireyleri risk grubuna sokar (Turan, Poyraz ve Özdemir, 2015: 421). TYB tanısı başlangıçta obezite hastalarını hedefleyerek oluşturulmuş olsa da şu anda tanı almak için obezite bir kriter değildir (Dingemans, Bruna ve van Furth, 2002: 299).

Yapılan araştırmalar, tıknırcasına yeme bozukluğunun kadınlarda görülme olasılığının erkeklerde görülme olasılığından 2 ila 3 kat daha fazla olduğunu bildirmektedir (Lewinsohn, vd., 2002: 427). Bozukluğun etiyojisi tam olarak bilinmese de biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin etkileri değerlendirilmektedir (Turan, Poyraz ve Özdemir, 2015: 421). Yapılan bir araştırma tıknırcasına yeme bozukluğu aile içi aktarımının %41 ila %57 arasında değiştiğini göstermektedir (Kessler, vd., 2016: 231). Farklı bir çalışmada, tıknırcasına yeme başlangıcını %92 doğrulukla öngördüğü belirtilen faktörler arasında duyguları yönetmede güçlük, zarardan kaçınma davranışları, ileri mükemmeliyetçilik, olumsuz öz değerlendirme, görünümün aşırı değerlendirilmesi ve vücut memnuniyetsizliği, depresif belirtiler, duygusal yeme ve düşük benlik saygısı yer almaktadır (Mathes, vd., 2009: 546).

2.4.7. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Bu kategori, beslenme ve yeme bozukluğunun belirti özelliklerinin öne çıktığı ancak bu belirtilerin beslenme ve yeme bozuklukları tanı kriterlerini tam olarak

karşılamağı durumları tanımlar. Bu durumlar klinik açıdan bireyin yaşamında belirgin işlev düşüklüğüne yol açar. Örnekler arasında, atipik anoreksiya nervoza, düşük sıklıkta veya sınırlı süreli bulimiya nervoza, düşük sıklıkta veya sınırlı süreli tıknırcasına yeme bozukluğu, çıkarma bozukluğu ve gece yeme bozukluğu bulunmaktadır (APA, 2022: 397).

2.4.8. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Bu kategori; klinik açıdan bireyin yaşamında belirgin işlev düşüklüğüne yol açan, beslenme ve yeme bozukluklarında görülen semptomların baskın olduğu ancak bu semptomların belirli bir beslenme ve yeme bozukluğu tanı ölçütünü tam olarak karşılamadığı durumları tanımlar. Daha özel bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı veya özellikle acil servis koşullarında klinisyenin tanı koymak için yeterli bilgiye sahip olmadığı durumlarda kullanılabilir (APA, 2022: 398).

2.5. Ortoreksiya Nervoza

Yaşamın devamlılığı için vazgeçilmez bir unsur olan beslenme davranışı, günümüz şartlarının farklılaşmasıyla birlikte fiziksel bir ihtiyaç olma hali dışında bireyin ifade biçimi ve sosyal olgu halini almaya başlamıştır. Bu durum, yiyeceklerin farklı formlar doğrultusunda değerlendirilmesini de kapsar. Bu değerlendirmelerden biri de sağlıklı beslenmedir (Kingır ve Kardeş, 2019: 164). İletişim araçlarının gelişmesiyle birlikte insanların yeni bilgilere ulaşması kolaylaşmıştır. Besin içerikleri ve sağlıklı beslenmeyle ilgili kolayca elde edilen her bilgi farklı bir yorumlama, anlama ve uygulama sonucunda beslenme alışkanlıklarına etki eder. Bireylerin beslenmelerinde yaptıkları değişimler ve bu konuda edindikleri yeni alışkanlıklar bazen patolojik hale gelebilmektedir (Şengül ve Hocoğlu, 2019: 101). Sağlıklı beslenme davranışının takıntı haline getirilmesi beklenen olumlu sonuçların aksine olumsuz şekilde neticelenebilir. Sağlıklı beslenme konusunda aşırı uğraş ortaya çıktığında, bu uğraş uzun süreli hale geldiğinde ve bireyin yaşamında olumsuzluklara sebep olmaya başladığında bir bozukluk olarak değerlendirilebilmektedir. Bu durum “ortoreksiya nervoza (ON)” olarak tanımlanmaktadır (Donini, vd., 2004: 151).

Ortoreksiya nervoza terimi ilk kez Baratman ve Knight tarafından 1997 yılında ele alınmıştır. Terimin kökeni Yunanca “ortho” (düz ve doğru) ve “orexia” (iştah) kelimelerinin birleşiminden gelmektedir. (Dunn ve Bratman, 2016: 12). Türkçeye “doğru ve uygun yemek yeme” olarak çevrilmiştir (Şengül ve Hocoğlu, 2019:

102). Besinlerle ilgili yapılan kısıtlamalar zayıf olma arzusuyla değil, sağlıklı bir beslenme stiline sahip olma arzusuyla karakterize bir patolojidir. Değişimler genellikle masum görünen sağlığını iyileştirme, sağlıklı beslenme diyetleri ve alışkanlıklarıyla başlar (Hâman, vd., 2015: 1).

Ortoreksiya nervozada sağlıklı bir diyet yapıyor olmak hayatın temel konusu haline gelmektedir (Yeşil, vd., 2018: 2). Sınırlayıcı diyetin amacı yemek miktarını azaltmak veya zayıflamak değil, içeriği temiz besinler tüketmektedir. Bazı besinler kirli ve sağlıksız olarak nitelendirilir. Organik, katkısız, pestisit gibi ilaç kalıntısı bulunmayan besinler tercih edilir. Özellikle üretilen hazır yiyeceklerin katkı maddesi içermemesi, hazırlanırken besin değerini kaybetmemesi, hiçbir koruyucu ve katkı kimyasalları içermemesi, süt ve süt ürünlerinin hormonsuz hayvanlardan elde edilmesi, ambalajlı ürünlerin paketlerinde kansorejen madde bulunmaması, besin içeriğini açıklayan etiketlerin yeterli bilgi içermesi dahil olmak üzere besini ilgilendiren her türlü ayrıntı önem taşır (Şengül ve Hocoğlu, 2019: 102). Bireyler öğünlerini bu obsesyonlarını göz önünde bulundurarak tüketmesi ve bu alışkanlıklar bir süre sonra ritüelleşir. Fiziksel sağlığı üst seviyeye çıkarmak ve bedenini en sağlıklı hale getirmek için benimsenen uygulamalar yemek yemeyi kompleks hale getirebilir. Gıdanın saflığına ve kalitesine olan saplantı sebebiyle gün içerisinde besinlerle ilgili fazladan süre harcanır. Birey hangi besini hangi öğünde, ne ölçüde ve ne şekilde yiyeceğine dair düşüncelerle meşgul olur. (Koven ve Abry, 2015: 386).

2.5.1. Ortoreksiya Nervozaya Belirtileri

Ortoreksiya nervozaya belirtileri yapılan araştırmalar ve analizler sonucunda belli başlıklar altında toplanmıştır. Bireylerin sağlıklı besin tüketimi için ortaya koyduğu davranışların zamanla patolojik bir hale gelmesiyle besinlerin içeriği ve hazırlanması için uzun süreler harcanır. Temiz içerikli gıdaların tüketimi bireylerin sağlıksız olduğunu düşündüğü koruyucu maddeler, tatlandırıcılar, renklendiriciler, kimyasal ilaçlar, yağ, şeker, tuz ve genetiğiyle oynanmadığından emin olunmayan et ve süt ürünlerinin diyetten çıkarılması ilk adımdır (Niedzielski ve Kazmierczak-Wojtaś, 2021: 1).

Zararlı içerikli ürünler diyetten çıkmasına rağmen, zaman içerisinde zararsız olanların da tüketiminin terkedildiği görülür. Bunun neticesinde besin yetersizliği ve çalışmalar net olmasa da besin yetersizliğine bağlı tıbbi hastalıkların (anemi, hormonal bozulma,

kalp rahatsızlıkları, osteoporoz ve zayıf bağışıklık fonksiyonu vb.) anoreksiya nervozada olduğu gibi ortoreksiya nervoza öyküsünde de eşlik edeceği ön görülmektedir. Katı beslenme alışkanlıkları daha şiddetli hale gelerek bireylerin faydalı besinleri tüketmeyi bırakması ve detoks oruçlarıyla kendini gösterebilir. Vücudun ihtiyacı olan protein, yağ, vitamin ve mineral besin maddelerinden alınmadığı için eksikliklerine yol açabilir (Styk, vd., 2024: 3).

Bireyler, gıdanın besin değerini kaybetmemesi için sadece çiğ veya işlenmemiş gıdaları tüketmeye odaklanabilir. Bu durum, gıda kaynaklı hastalık ve enfeksiyon riskini artırabilir. "Saf olmayan" besinleri yeme korkusu, yemeğe ilişkin artan kaygı ve stresi tetikleyerek ortoreksiyanın psikolojik etkisini artırabilir (Horovitz ve Argyrides, 2023: 6).

Bireylerin uygulanan diyetin saflığı ve temizliği konusundaki endişeleri meşguliyete sebep olur. Ortorektik bireyler sıkı sıkıya bağlı oldukları diyetlerini aksatacak veya diyeti bozacak bir durumla karşılaştıklarında hayal kırıklığı yaşarlar. Obsesif kompulsif belirti döngüsünün güçlenmesiyle kendinden nefret etme ve suçluluk duyguları var olan endişelerini pekiştirerek tiksinti duymalarına neden olabilir (Koven ve Abry, 2015: 386).

Başkalarının yemek alışkanlıklarını yanlış olarak gördükleri için, sosyal izolasyon gösterme ve yabancılaşıma eğilimindedirler. Kendi diyetlerini ancak kendileri yalnızken daha uygun biçimde hazırlayabilirler, sosyal ortamlardaki besin içeriklerinin temizliği konusunda stres ve endişe yaşarlar. Bireyin kişilerarası ilişkileri ve duygusal dünyası olumsuz etkilenecek yaşam kalitesi önemli ölçüde düşebilir (Şengül ve Hocoğlu, 2019: 101).

2.5.2. Ortoreksiya Nervozanın Sınıflandırılması

Ortoreksiya nervozanın henüz bir bozukluk olarak tanımlanmamış olması kategorizasyonu için farklı görüşlerin sunulmasına imkân sağlamaktadır. Tanımlanmış patolojilerle benzerlik ve farklılıklarının incelenmesiyle, beslenme ve yeme bozuklukları başlığı altında kendine özgü bir tanı olarak veya obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar başlığının altında bulunabileceği düşünülmektedir (Brytek-Matera, 2012: 58). Yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk ilişkilerinin incelenmiş olduğu birçok çalışma bulunmaktadır. Yeme tutumunun ve obsesif kompulsif belirtilerin ortorektik eğilim için yordayıcı olduğu ve obsesif

kompulsif belirtileri yüksek olan kişilerde ortoreksiya nervoza eğiliminin daha fazla olduğu görülmüştür (Arusoğlu, vd., 2008: 287). Yeme bozukluklarında görülen kompulsif kalori sayımı, fazla fiziksel egzersiz ve belirli yiyecekler üstüne obsesyonlar obsesif kompulsif bozukluk ile benzer özellikler olarak bulunmuştur. Bu sebeple yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluğun beraber değerlendirilmeleri anlamlı olacaktır (Asil ve Sürücüoğlu, 2015: 304).

Ortoreksiya nervozanın anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozadan en belirgin farkı beslenmeyle ilgili tutumlarda beden imajıyla ilgili bir endişe bulunmaması, besinlerin miktarına değil içeriğine önem veriliyor olmasıdır (Brytek-Matera, 2012: 58). Ayrıca anoreksiya nervoza hastalarının diyetlerini saklama eğilimi göstermesine karşın, ortoreksiya nervozada diyetle ilgili üstünlük hissedilmektedir (McComb ve Mills, 2019: 72). Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza erkeklere oranla kadınlarda daha çok görülürken ortoreksiya nervoza için bu durum cinsiyetler arası fark olmadığı yönünde değerlendirilmiştir (Cena, vd., 2019: 240).

Anoreksiya nervozayla benzerliklerine bakıldığında yetersiz beslenme sonucunda kilo kaybı ve mükemmellik arayışı ortak özellikleridir. Yapılan çalışmalar kısıtlı olsa da ortorektik ve anorektik hastaların öykülerinde benzerliklere dikkat çekilmektedir. Kendiyle aşırı ilgili olma, yemeğe aktarılan hayatı kontrol etme çabası, detaylarla fazla ilgilenme ve düzenli olma özellikleri ortak olarak sayılmaktadır. (Brytek-Matera, 2012: 58).

Anoreksiya nervozada olduğu gibi ortoreksiya nervozada da kilo kaybı ve besin yetersizliği sebebiyle kalp yetmezliği, anemi, metabolik hastalıklar ve ilişkili tıbbi komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Her ikisinin birden görüldüğü vakalarda birey yüksek bir disiplin sergiler ve ahlaki üstünlük hissedebilir (Varga, Dukay-Szabó ve van Furth, 2013: 104). İki durumda da birey diyetini bozduğu takdirde kendinden nefret etmeyle yüz yüze gelir. Bir diğer ortak nokta semptomların ego-sintonik doğasıdır. Yani yapılan kısıtlamaların ciddiyeti, meydana gelen sağlık sorunları, işlev bozukluklarıyla ilgili içgörü zayıftır (Niedzielski ve Kaźmierczak-Wojtaś, 2021: 2).

DSM-5-TR’de yer alan bir diğer yeme bozukluğu olan kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğuyla birlikte değerlendirilen çalışmalar, iki durumda da bireyin belirli yiyecekleri tüketmekle ilgili endişeleri olduğunu ve beden imajıyla ilgili kaygı güdülmediğini ortaya koymaktadır (Cheshire, Berry ve Fixsen, 2020: 2; Dunn ve

Bratman, 2016: 12). Her iki durum için de kadınlarda ve erkeklerde görülme oranı eşittir, her ikisi için de anksiyete ve obsesif kompulsif bozukluk eş zamanlı görülmesi yaygındır (McComb ve Mills, 2019: 72). Ancak kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunda beslenmeyle ilgili endişe, sonucunda boğulma gibi travmatik bir olay olması veya kusma gibi rahatsız edici bir davranışla ilgilidir. Ortoreksiya nervozada ise sağlıkla ilgili takıntıdan dolayı bu kısıtlamaya gidilmektedir (Niedzielski ve Kaźmierczak-Wojtaś, 2021: 2). Ayrıca kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu daha çok bebeklik ve çocukluk çağlarında travmatik bir yaşantı sonucunda görülürken, ortoreksiya çalışmaları bu tip bir çerçeve sunmamaktadır (McComb ve Mills, 2019: 72).

Yeme bozukluklarının yanı sıra obsesif kompulsif bozukluk ile semptomal örtüşmeleri incelendiğinde ilk çıkan benzerlikler obsesif düşünceler ve kompulsif davranışlardır. Gıdanın sağlıklı olmasıyla ilgili obsesif düşünmek, zihinde öğünleri planlamakla ilgili tekrarlayıcı düşüncelerin bulunması obsesyon kısmına vurgu yaparken; obsesyonların getirdiği sıkıntıdan kurtulmak adına uyguladığı besinleri tartmak, yemeği hazırlamada belli ritüellere uymak gibi davranışlar kompulsiyonları işaret eder. Bunlarla birlikte yaşam kalitesinde düşme ve işlevsellikte bozulma da ortak özelliklerden sayılabilir (McComb ve Mills, 2019: 72). Tüm bunlarla birlikte ayırıcı özelliklerini incelendiğinde ortoreksiya nervoza ego-sintonik bir yapıdayken, obsesif kompulsif bozukluk ego-distoniktir (Yazkan ve Uğurlu, 2022: 50).

Ortorektik hastaların göstermiş olduğu kaygı ile DSM-5-TR'de somatik belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar başlığı altında bulunan somatik belirti bozukluğu ve hastalık kaygısı bozukluğuna da çalışmalarda değinilmiştir (APA, 2022: 352). Ortoreksiya nervozada görülen kaygının bu iki hastalıktaki kaygıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Quick, McWilliams ve Byrd-Bredbenner, 2012: 207). Somatik belirti bozukluğunda bireyler tıbbi bir veriyle açıklanamayacak somatik belirtiler sebebiyle sıkça sağlık hizmeti almak için başvurur. Hastalık kaygısı bozukluğunda ise bireyler teşhis edilemeyecek bir hastalık kaygısı sebebiyle somatik duyular yaşarlar. Her iki patolojide de beslenme ve sağlık ile ilgili endişeler zaman ve enerji harcanmasına sebep olarak yiyecek ve diyetle ilgili takıntıları tetikleyebilir. Ortoreksiya nervoza ve somatik semptomların ilişkisini inceleyen çalışmalar bir yargıya varılması için yetersiz olsa da, sağlık kaygısının besinler ve diyetle meşguliyet arasındaki ilişki bilinmektedir (Koven ve Abry, 2015: 388).

2.5.3. Ortoreksiya Nervoza Tanısı

Ortoreksiya nervoza çalışmaları yeni olmakla birlikte, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından henüz bir bozukluk olarak kabul edilmemiştir. Ancak, araştırmacıların ortoreksiyayı değerlendirmek amacıyla kullandığı ve ortak görüşte bulunduğu kriterler mevcuttur. (Bratman, 2017: 383).

Moroze ve arkadaşları tarafından oluşturulan tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

Kriter A: Yemeklerde kullanılan malzemeler ve yemeklerin kalitesi hakkındaki kaygılar sebebiyle “sağlıklı gıda” konusunda saplantı oluşan durumlar. (Aşağıdakilerden 2 veya daha fazlası varsa.)

1. Gıda “saflığı” konusunda oluşan inançların bireyi meşgul etmesi ve beslenme stilinde dengesiz bir diyet uygulamak.
2. Saf olmayan veya sağlıksız kabul edilen besinleri tüketme ve gıdanın kalitesi ve bileşiminin fiziksel ve/veya duygusal sağlık üzerindeki etkileri hakkında kaygı ve meşguliyet.
3. Hasta tarafından "sağlıksız" olarak nitelendirilen besinlerden katı bir şekilde kaçınılması, herhangi bir yağ, koruyucu madde, hayvansal ürün ve kişi tarafından sağlıksız olduğu düşünülen diğer gıdaları içeren besinleri tüketmeyi reddetme.
4. Bireylerin gıda uzmanı olmamalarına rağmen belirli türdeki algılanan besin kalitesi ve bileşimleri hakkında okuma, satın alma ve/veya hazırlama için aşırı zaman (günde 3 saat veya daha fazla) harcanması.
5. "Sağlıksız" veya "saf olmayan" besinlerin tüketilmesi halinde suçluluk ve endişe duygusu.
6. Başkalarının yemek tutumlarına karşı hoşgörüsüzlük.
7. Algılanan besin kalitesi ve bileşimi sebebiyle aşırı para harcama

Kriter B: Obsesyonel meşguliyet herhangi biri nedeniyle zarar verici hale gelir:

1. Beslenmedeki dengesizlikler sebebiyle fiziksel sağlığın bozulması (örneğin, dengesiz diyet sebebiyle besin yetersizliği).

2. Hastaların "sağlıklı" beslenme konusundaki inançlara odaklanmış obsesif düşünceleri ve davranışları neticesinde sosyal, akademik veya mesleki alanlarda şiddetli sıkıntı veya işlevsellikte bozulma.

Kriter C: Bu bozukluk yalnızca obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni veya başka bir psikotik bozukluğun şiddetlenmesine bağlı değildir.

Kriter D: Bu bozukluk, bazı dini kurallara uygun gıda tüketimi, özel gıda tüketimi gerektiren alerji veya tıbbi durumlarla açıklanamaz (Morozze, vd., 2015: 403).

Dunn ve Bratman, Morozze ve arkadaşları tarafından geliştirilen kriterleri revize ederek yeni bir yapı oluşturmuşlardır (Bratman, 2017: 383). Bu kriterler aşağıdaki gibidir:

Kriter A: Bir beslenme teorisi veya farklılaşan detaylara sahip inançlar dizisiyle tanımlanan "sağlıklı" beslenmeye obsesyon; sağlıksız olarak nitelendirilen besin seçimleriyle ilgili şiddetli duygusal sıkıntı, diyet seçimleri sebebiyle amaç olmamasına rağmen ortaya çıkabilen kilo kaybı. Aşağıda açıklandığı gibi:

1. Bireyin maksimum sağlığına kavuşmak inancı sebebiyle kısıtlayıcı diyet uygulamalarıyla ilgili kompulsif davranışlar ve zihinsel meşguliyet.
2. Endişe ve utancın eşlik ettiği şiddetli hastalık korkusu, kişisel kirlilik hissi ve/veya negatif fiziksel duymalara sebep olacak şekilde kendi beslenme kurallarının ihlali
3. Tüm besin gruplarının tüketiminin bırakılması ve arındırıcı olarak kabul edilen "temizlenmelerin" (kısmi oruç) giderek daha sık ve/veya şiddetlenerek uygulanması ile diyet kısıtlamalarının zaman içerisinde artması. Bu artış genellikle kilo kaybetme arzusu olmaksızın kilo kaybına sebep olur.

Kriter B: Kompulsif davranışlar ve zihinsel meşguliyet aşağıdakilerden herhangi biri sebebiyle klinik açıdan zararlı hale gelir:

1. Yetersiz beslenme, şiddetli kilo kaybı ya da sıkı diyet sebebiyle tıbbi komplikasyonlar.
2. Sağlıklı beslenmeyle ilgili düşünce ve davranışlar neticesinde sosyal, akademik ve mesleki işlevsellikte bozulma

3. Olumlu beden imajı, öz saygı, kimlik ve tatminin bireyin kendi tanımladığı "sağlıklı" beslenme davranışına aşırı derece bağlı olması (Dunn ve Bratman, 2016: 16)

2.5.4. Ortoreksiya Nervozza Etiyolojisi

Ortoreksiya nervozanın doğasını anlamak için yapılmış psikofizyolojik, genetik veya nörokimyasal araştırmalar bulunmamaktadır. Bu sebeple biyolojik yapısını açıklamak adına net veriler bulunmazken; semptomlarının örtüştüğü anoreksiya nervozza ve obsesif kompulsif bozukluk gibi diğer bozuklukların yapısı üzerinden ancak çıkarımlarda bulunulabilmektedir (Koven ve Abry, 2015: 391). Ortoreksiya nervozza oluşumuna sebep olması muhtemel nöropsikolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin üstünde durulmaktadır. Kesin sonuçlar elde edebilmek için daha fazla vaka ve alan çalışması ortaya koymak gerekir (Pratt, Hill ve Madigan, 2023: 2).

Yapılan bir çalışmada ortoreksiya nervozanın bilişsel yapısını tanımlayabilmek adına klinik nöropsikolojik bir değerlendirme uygulanmıştır. Anoreksiya nervozza ve obsesif kompulsif bozuklukta etkilendiği kanıtlanmış sözel uzun süreli hafıza, görsel uzamsal işlev, yürütücü işlevler ve dikkat alanlarının incelenmiş olduğu çalışmada; ortorektik eğilimi olan kişilerin eğilimi olmayan kişilere göre dikkat çekici seviyede işlev bozukluğu yaşadığı görülmüştür. Problem çözme becerilerinde zayıflık ve düşük bilişsel esneklik gözlenmiştir. Bireylerin yemeklere dair saplantılı düşüncelerinin olması, sosyal alanlarda yaşanan düşük işlevsellik, dıştan gelen uyarıcıları değil yalnızca içsel uyarınları dikkate almaları sayılmış olan sebeplere bağlanıyor olabilir (Koven ve Senbonmatsu, 2013: 217).

Psikolojik etkenler incelendiğinde sağlıkla ilgili kaygıların ortoreksiyayı tetikleyen bir unsur olduğu görülmektedir. Bireylerin, sağlıklarına daha fazla önem vermek adına geliştirmiş olduğu diyet yöntemleri bir süre sonra saplantı haline gelebilmektedir (Cheshire, Berry ve Fixsen, 2020: 5). Obsesif kompulsif ve mükemmeliyetçi kişilik özelliklerine sahip olan bireylerde görülme ihtimali yüksektir. Aşırı düzen ve kontrol etme isteği besin tüketimi üzerinden kendini gösterebilir. Ayrıca benlik saygısının düşük olması ve beden memnuniyetsizliği yeme tutumuyla yansıtılıyor olabilir. Birey, besin kontrolü ile kimlik algısı ve kendine olan değerini kanıtlama yoluna gidiyor olabilir. (Strahler, vd., 2018: 1114). Bireyin nevrotik kişilik özellikleriyle yüksek

kaygı seviyesi, olumsuz bakış açısına sahip olması, bir boşluk hissi içinde olması da yatkınlaştırıcı özellik taşımaktadır (Roncero, vd., 2021: 6).

Ayrıca sürmekte olan depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları, somatizasyon, anksiyete bozukluğu ve geçmiş travma öyküsü olan bireylerde ortoreksiya nervozaya yatkınlaştırıcı risk faktörleri olarak görülmektedir (McComb ve Mills, 2019: 67).

Yapılan çalışmalar; sosyal medya kullanımının bireyler üzerinde etki oluşturduğu ve internet sitelerinde sağlıklı beslenme, vejetaryenlik ve işlenmemiş gıda diyetleri gruplarına dahil olan kişilerin daha yüksek ortorektik eğilim gösterdiğini ortaya koymaktadır. Dayatılan güzellik ve sağlıklı olma normları bireylerin beden imajlarını zedeleyebilir. Sosyal etkilenme durumunun yanında diyet kaynaklarına kolay ulaşım sağlanıp uzman olmayan kişiler tarafından önerilerin açıkça paylaşılması sağlıklı beslenme takıntısı için risk taşır. Sosyal kabul görme, günün getirdiği yeniliklere uyum sağlamaya çalışma veya yalnızca daha sağlıklı bir bedene sahip olmak adına başlanan diyet kısıtlamaları bir süre sonra takıntılı hale gelebilmektedir (Turner ve Lefevre, 2017: 278).

2.5.5. Ortoreksiya Nervozaya Epidemiyolojisi

Ortoreksiya nervozanın prevalansı tam olarak bilinmemektedir. Ancak yapılan çalışmalar neticesinde genel toplumda görülme olasılığı %6.9 ile %57.6 arasında değişirken, özel grup araştırmalarında bu oran %81.1'e kadar çıkabilmektedir. Özellikle son yıllarda toplumda ortoreksiya nervozaya görülme sıklığının arttığı bildirilmektedir (Şengün ve Hocaoğlu, 2019: 102)

Belirli meslek gruplarında yapılan çalışmalar; doktorlar, tıp öğrencileri ve diyetisyenler gibi sağlık çalışanlarında ortoreksiya nervozaya eğiliminin daha yüksek olabileceğini ortaya koymaktadır (Alvarenga, vd., 2012: 30; Bosi, Çamur ve Güler, 2007: 663). Dansçılar, sahne sanatlarıyla ilgilenenler ve sporcuların da yüksek eğilim gösterebileceği savunulmaktadır. Bu bireylerin besin kaygısının sebebi göz önünde olan meslek gruplarında bulunmaları, insanlara örnek olduklarını düşünmeleri olabileceği savunulmaktadır (Koven ve Abry, 2015: 386).

Cinsiyetler arası farka bakıldığında, kesin bir sonuç belirtmek mümkün değildir. Ortoreksiya nervozaya araştırmalarının bazılarında erkeklerde görülme olasılığı daha yüksek bulunurken (Donini, vd., 2004: 156; Fidan, vd., 2010: 50; Karakuş, vd., 2017:

120; Oberle, vd., 2017: 304), bazılarında kadınlarda görülme olasılığı daha yüksek bulunmuştur (Arusoğlu, vd., 2008: 288; Missbach, vd., 2015: 8; Rudolph, 2018: 582; Şanlıer, vd., 2016: 270; Yeşil, vd., 2018: 6). Bazı çalışmalarda ise cinsiyetler arası ortoreksiya nervoza eğilimleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Grammatikopoulou, 2018: 459; Herranz, 2014: 470; Reynolds, 2018: 453). Eğitim düzeyi, gelir düzeyi, yaş gibi değişkenler için de net bir fark olup olmadığı bilinmemektedir. Arusoğlu'nun araştırmasından elde ettiği verilere göre eğitim seviyesindeki düşüş, ortoreksiya nervoza belirtilerinde artışı göstermiştir (Arusoğlu, vd., 2008: 288).

2.5.6. Ortoreksiya Nervoza Tedavisi

Ortoreksiya nervoza çalışılma tarihinin henüz yeni olması, kabul edilmiş net bir tanı kriteri bulunmaması ve alandaki çalışmaların az olması sebebiyle tedavi edilmesi konusunda etkili olduğu kanıtlanış veya hali hazırda uygulanmakta olan yapılandırılmış bir tedavi planı bulunmamaktadır. Ancak karşılaşılmış olan vakalara yapılan müdahaleler ve yukarıda değinilmiş olan diğer yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk müdahaleleri göz önünde bulundurularak uzmanlar tarafından tavsiye edilmiş bazı yöntemler bulunmaktadır (Zickraf, 2020: 23).

Ortoreksiya nervozanın çok yönlü yapısı düşünüldüğünde, müdahalede multidisipliner bir yaklaşım kullanılması tedavinin etkinliği için önemli olacaktır. Hekim, psikiyatrist, psikolog ve diyetisyenden oluşan bir ekip ile bu süreç yönetilebilir (Brytek-Matera, 2012: 58). Yapılmış olan bazı çalışmalarda psikotrop ilaçlardan selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) kullanımının ortoreksiya nervozanın iyileşmesi için faydalı olduğu bulunmuştur. Bir başka çalışmada bireyde görülen sihirli bir besin diyeti fikri sebebiyle yiyeceklere düşünce takıntısına müdahale için olanzapin gibi antipsikotikler kullanılmıştır (Koven ve Abry, 2015: 386; Moroze, vd., 2015: 400).

Terapi yöntemi olarak Bilişsel Davranışçı Terapi uygulaması yapılabilir (Şengül ve Hocaoğlu, 2019: 103). İlaç tedavisi yapılacağı zaman, bireylerin ilaçları “doğal değil” şeklinde değerlendirecekleri unutulmamalıdır. Bu sebeple beraberinde uygulanacak olan psikoterapinin de hastanın öznel semptomlarının göz önünde bulundurularak yapılandırılması önem taşır. Ortorektik hastaların en belirgin semptomu besin kısıtlaması olsa da, tedavi esnasında besin alışveriş alışkanlıkları, yiyeceklerin hazırlanış biçimleri ve bireyin duygusal olarak bu yiyeceklere karşı yaklaşımı

çalışılmalıdır. Ortoreksiya nervozanın obsesif ve kompulsif yapısını çalışmak için maruz bırakma ve tepki önleme uygulanabilir. Ayrıca yiyeceklerle ilgili tek yönlü yerine ikili düşünmeyi öne çıkarmak, genellemeyi ve felaketleştirmeyi azaltmak gibi bilişsel çarpıtmalar için bilişsel yeniden yapılandırma önem taşımaktadır. Bu yöntem şiddetli mükemmeliyetçilik durumunu hafifletmek için de uygulanabilir (Koven ve Abry, 2015: 386).

Ortoreksiya nervoza hastalarının yüksek kaygı seviyesi yemekten önce de sonra da kendini gösterir. Kompulsiyonlarla tolere edilmeye çalışılan kaygıyı sağlıklı bir yöntemle azaltmak için gevşeme egzersizleri uygulanabilir. Davranışçı yöntemleri kullanarak kendini yalnızlaştırmış olan bireyin sosyal ortamlarda bulunması, besin ile ilgili davranışlarını dönüştürmek ve işlevsel hale getirmek için besin kısıtlamasını azaltması teşvik edilerek uygulamaya konulabilir. Aynı zamanda davranışsal değişiklikler için aile desteği ve aile terapileri de önerilebilir (Horovitz ve Argyrides, 2023: 11)

İlaç ve psikoterapiyle yapılacak iyileştirmenin yanında psikoeğitim de göz önünde bulundurulmalıdır. Bireyler sahip oldukları beslenme düzeninin doğruluğuna dair sabit ve güçlü inançlar duydukları için bilgilendirme çalışmaları önem taşır. Ortoreksiya hakkında bilgilendirme yapmak, durumun hem duygusal hem de psikolojik etkilerini anlatmak önemlidir. Sahip olduğu yanlış inanç ve bilgilerin bilimsel araştırmalar ile çürütülmesi faydalı olabilir (Niedzielski ve Kazmierczak-Wojtaś, 2021: 3).

Var olan tıbbi komplikasyonların tedavi edilmesi, kaybedilen kiloların geri alınabilmesi ve vücutta eksikliğine rastlanan maddelerin desteklenerek bireyin sağlıklı hale gelmesi için hekim takibi yapılmalıdır. Diyetisyen ile hazırlanacak olan diyet listeleri; hastanın, yiyeceklerle olan ilişkisini değiştirerek negatif halden pozitif hale dönüştürebilir, bakış açısını değiştirebilir (Tremelling, vd., 2017: 1616).

2.6. İlgili Çalışmalar

Aleksitimi ve fiziksel hastalıklar arasında korelasyon olduğu birçok çalışmayla ortaya koyulmuştur (Lumley, Stettner ve Wehmer, 1996: 505). Özellikle son yıllarda artmaya başlayan çalışmalar aleksitiminin depresyon, anksiyete bozuklukları, hastalık kaygısı bozukluğu, yeme bozuklukları, patolojik kumar oynama ve dissosiyasyon gibi psikopatolojik özelliklerle ilişkisini ortaya koymaktadır. Duyguları anlamlandırma ve

işleme konusunda yetersizlik saptanan hastalıklarda aleksitiminin temel özellik olabileceği düşünülmektedir. (Roh, Kim ve Kim, 2011: 690).

Psikolojik belirtiler ile aleksitimi arasında pozitif yönlü ilişki olduğu bilinmektedir (Gabriel, vd., 2016, s. 268; Kahramanol ve Dag, 2018: 34). Balta ve arkadaşları yapmış oldukları bir çalışmada aleksitimi puanlarının depresyon ve hostilite puanlarıyla pozitif yönde korelasyon gösterdiğini ortaya koyarak üç değişkenin birbiriyle ilişkisini kanıtlamışlardır (Balta, vd., 2018: 69). Yaptıkları sonraki çalışmada yüksek somatik semptomlar gösteren somatizasyon bozukluğu olan hastaların, sağlıklı bireylere oranla daha yüksek hostilite, depresyon ve aleksitimi seviyesi gösterdiği ortaya koymuşlardır (Balta, vd., 2016: 3).

Yapılan başka bir çalışmanın somatizasyon puanları incelendiğinde; katılımcıların kadın, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi gibi demografik bilgileriyle birlikte yüksek somatik şikayetler, anksiyete, depresyon ve aleksitimi pozitif ilişkili bulunmuştur (Mattila, vd., 2008: 718). Depresyon ve anksiyetenin somatize edilme sıklığının kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu öne sürülmektedir (Sayar ve Ak, 2001: 268). Bu sonuçları destekleyen başka çalışmalar da bulunmaktadır (De Gucht ve Heiser, 2003: 429; Shipko, 1982: 195).

Geleneksel psikanalitik yaklaşıma göre obsesyonların ve kompulsiyonların dayanılmaz duyguları ve dürtüleri bastırdığı, bu özelliğinin de aleksitimiyle bağlantılı olarak duyguları işlemede zayıflığa sebep olduğu düşünülmektedir (Roh, Kim ve Kim, 2011: 690). 112 katılımcıyla yapılan bir araştırmanın sonucuna göre, obsesif kompulsif bozukluk hastalarının düşük veya mevcut olmayan bir içgörüyeye eşlik eden yüksek aleksitimi seviyesi gösterdiğini vurgulamışlardır (De Berardis, vd., 2005: 352).

Aleksitimisi olan bireyler; duygu ve düşüncelerini tanıyamaz, uyaranları sağlıklı bir şekilde algılayıp değerlendiremezler. Anlamlandırılmayan duygular kendini huzursuzluk olarak gösterip uygun olmayan tutumlarla ortaya çıkabilirler. Somatize etmek bu tutumlardan biridir. Beslenme davranışında görülen bozulmalar, aleksitiminin huzursuzluğu somatize ederek dışsallaştırdığı bir davranış formu olarak kabul edilmektedir. Görüldüğü üzere aleksitimi, yeme bozuklukları için önemli bir etkidir (Taylor, vd., 1996: 567).

Depresyon ve anksiyetenin hem yeme bozukluklarıyla hem de aleksitimiyle ilişkisi bilinmektedir (Westwood, vd., 2017: 78). Anoreksiya nervoza tanısı alan 15 ergen

kızdan oluşan grup ve aynı demografik özelliklere sahip 15 kişilik kontrol grubuyla yapılan bir çalışmada bireylerin depresyon, anksiyete ve aleksitimi değerleri ölçülmüştür. Araştırmanın sonucuna göre; anoreksiya tanısı almış grubun aleksitimi, depresyon ve anksiyete puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek seyrettiği görülmüştür. Bu da yetişkinlerle yapılmış olan çalışmaları destekleyen bir sonuçtur (Lulé, vd., 2014: 212).

Taylor ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, yeme bozukluğu olan bireylerin duyguları işlemede bilişsel yetersizlik yaşadığı ve bu sebeple başka insanlarla ilişki kurmada yetersizlik, güvensizlik ve iç görü eksikliği gösterdiğini öne sürmüşlerdir. Bu bireylerin aleksitimiye bağlı olarak sıkıntı veren ve anlaşılamayan duyguları regüle etmek amacıyla fizikselleştirdiğini, bunun sonucunda da kendini aç bırakma, kusturma, aşırı yeme gibi semptomlar gösterdiğini öne sürmüşlerdir (Taylor, vd., 1996: 567). Bu sonuçlar ışığında yapılan başka bir çalışmada da yeme bozukluğu hastalarında aleksitimi prevalansı yüksek çıkmıştır. Aynı çalışmada depresyon ve anksiyete puanlarında görülen yükseklik, iki şekilde yorumlanmaktadır. Bunlardan birincisi, depresyon ve anksiyetenin aleksitimisinin sebebi olabileceği ve sonucunda yeme bozukluğu ortaya çıkacağı; ikincisi ise aleksitiminin yeme bozukluğu için bir kişilik özelliği olabileceğidir (Eizaguirre, vd., 2004: 329).

Harmancı ve arkadaşlarının (2021: 34) yaptığı yeme bozukluklarının aleksitimi ve ruhsal belirtilerle ilişkisini inceledikleri çalışmada; depresyon, kaygı ve hostilite puanlarının yeme bozukluklarıyla anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Yeme bozuklukları ve depresyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde çift yönlü bir bakış açısı mevcuttur. Bunlardan ilki, depresyon belirtileri arasında görülen beslenme davranışındaki değişimler olmasıdır. İkincisi ise, yeme bozukluğu hastalarında depresif belirtilere sıkça rastlanmasıdır. Bu durum iki bozukluk grubu arasındaki korelasyonun gücünü göstermektedir.

Wallis ve Ridout (2022: 9) aleksitiminin beslenmede yaşanan bozulmalara doğrudan ve dolaylı etkisini araştırmışlardır. Çalışmanın sonucunda aleksitimi ve bulimiya nervoza arasında pozitif korelasyon bulurken, anksiyetenin de bu korelasyona aracılık ettiğini ortaya koymuşlardır.

Beslenme düzenindeki değişimler, kilo kaybı, besinlerin içeriği, öğün düzeni değişikliği, sosyal ilişkilerdeki değişimler yeme bozukluklarında görülebilen

anksiyete belirtilerindedir. Anksiyete bozuklukları incelendiğinde de negatif durumlarla baş ederken yaşanan zorlanmaların, duygusal yeme davranışı ile tolere edilmeye çalışılmasının beslenmede bozulmaları meydana getirebileceğini göstermektedir. Yeme bozuklukları ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişki incelendiğinde karşılıklı bir etkinin mümkün olduğu görülmektedir (Celikel, vd., 2008: 190).

Öfke ve saldırganlık, yeme bozukluğu olan bireylerde rastlanan bir durumdur. Bireyin kendine karşı saldırgan bir tutum içinde olması ve öfkesini ifade etme konusunda yetersizlik yaşaması beslenme düzeni ile yansıtılarak bir bozulmaya sebep olabilir. Aşırı yemenin, yediklerini çıkarmanın ve yemeği kısıtlamanın yüksek düzey öfkenin ifade edilememesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Özsoy, 2017: 259). Yapılmış olan çalışmalar bulimiya nervoza hastalarında görülen öfke ve saldırganlık düzeyinin anoreksiya nervoza hastaları ve sağlıklı gruplarla karşılaştırıldığında daha yüksek seyrettiğini göstermektedir (Fassino, vd., 2001: 760). Aynı şekilde bulimiya nervoza, anoreksiya nervoza tanısı almış ve tanı almamış bireylerden oluşan üç gruba yapılan çalışmada; bulimiya nervoza tanısı almış kişilerin hostilete puanları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur (Miotto, vd., 2008: 369).

93 bulimiya nervoza, 55 anoreksiya nervoza, 55 hem bulimiya hem de anoreksiya nervoza tanısı almış hasta birey ve 95 kişiden oluşan kontrol grubuyla yürütülen bir çalışmada; aynı yaş ve sosyal statüde bulunan kontrol grubunun yeme bozukluğu tanısı almış bireylere daha düşük aleksitimik özellik gösterdiğini ortaya koyulmuştur. Ayrıca anoreksiya nervoza hastalarının aleksitimi puanlarının bulimiya nervoza hastalarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (Schmidt, Jiwany ve Treasure, 1993: 56).

Yapılan bir çalışmada psikotik, psikotik olmayan ve normal bireylerin aleksitimi değerleri incelenmiştir. Elde edilen sonuçta psikotik olan ve olmayan hastaların aleksitimi yaygınlığı, normal bireylere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Duyguları tanımlama ve dışa dönük düşünme alanlarında psikotik hastaların daha yüksek eğilim gösterdiği tespit edilmiştir. Aynı zamanda erkekler ve kadınlar arasındaki fark, erkeklerin daha şiddetli aleksitimik özellik gösterdiğini ortaya koymaktadır (Heshmati, vd., 2010: 56).

Aragona, Petta ve Balbi (2015: 15) tıknırcasına yeme bozukluğu hastaları ile yaptıkları bir çalışma sonucunda benlik algısındaki sapmalar ve aşırı yansıtma gibi psikotik bazı özelliklerin, yeme bozukluklarında görülen benlik yapısı ve kimlik gelişiminde bozulmalar olduğunu tespit etmişlerdir. Psikotizmin ilerlemesi halinde yiyeceklerle ilgili sanrıların gelişerek yiyecek reddine sebep olabileceği savunulmaktadır. Besinlere karşı oluşan bu düşünce yapısı zamanla yeme bozukluklarının birçok kriterini karşılamaya başlayabilir. İki durum birbirini karşılıklı olarak etkileyebilir ve birbirleri için risk faktörü oluşturabilirler (Seeman, 2014: 115). Yeme bozukluğu hastası kadınlar ve sağlıklı kadınlardan oluşan iki gruplu bir araştırmada, yeme bozukluğu tanısı almış olan hastaların tanı almamış sağlıklı kadınlara oranla daha yüksek psikotizm gösterdiği saptanmıştır. Özellikle bulimiya nervoza hastalarının psikotizm ve paranoid düşünce değerlerinin daha yüksek seyrettiği görülmüştür (Miotto, vd., 2010: 241). Yapılan çalışmalar sonucunda, yeme bozukluğu olan hastalarda psikotik atak geçirme oranının %10 ile %15 arasında seyrettiği saptanmıştır (Sarro, 2014: 139). Yeme bozukluklarında görülen yemeye ilgili aşırı zihinsel ve davranışsal meşguliyetlerin ritüel haline gelmesi, psikotizm özellik gösteren obsesif kompulsif bozuklukla benzerlik gösterebilmektedir (Altınyazar ve Maner, 2014: 85).

Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozada görülen kilo alma korkusu ve kaygısı, Crisp (1967: 117) tarafından “kilo fobisi” olarak tanımlanmıştır. Bireyler hem kendilerine yönelik olumsuz değerlendirmeler yapar hem de başka insanlar tarafından aynı olumsuz tutumla değerlendirileceklerine inanırlar (Bulik, 1995: 51). Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza hastalarıyla yürütülen çalışmalar, basit fobilerin yaşam boyu yaygınlığının normal gruplara göre daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Bulik, vd., 1996: 104; Garfinkel, vd., 1995: 1052; Pallister ve Waller, 2008: 369). Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunda özellikle katı yiyeceklerden ve yiyecek tüketimi esnasında boğulmayla ilgili korku ve kaygı gözlenir. Bu yeme bozukluğu tanısında ve sürdürücülerinde fobik anksiyete ve diğer anksiyete bozuklukları dikkat çekmektedir (Karadere ve Hocoğlu, 2018: 115).

Kişilerarası duyarlılığın yeme bozukluklarında önemli bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Bireylerin güzel ve zayıf görünme kaygısı diğer insanların görüşlerine ne kadar değer verildiğini göstermektedir. Yeme davranışının olumsuz duygulanımı düzenlemek amacıyla bir yatıştırıcı olarak kullanılabilmesi savunulmaktadır (Atlas,

2004: 368). Başkaları tarafından olumsuz bir değerlendirmeye maruz kalma korkusunun özellikle bulimik semptomları yordadığı bulunmuştur (Hamann, Wonderlich-Tierney ve Vander Wal, 2009: 127).

Aralarındaki korelasyonu tanımlamak için yapılan ilk çalışmalar, anoreksiya nervoza yeme bozukluğu hastalarının en az yarısının obsesif veya kompulsif özellikler gösterdiğini açıklamışlardır (Kay ve Leigh, 1954: 423; King, 1963: 473). Sonraki yıllarda yapılan çalışmalar da aynı sonuçları doğrular niteliktedir. Anoreksiya nervoza hastalarında obsesif kompulsif bozukluk görülme sıklığı %35 ile %44 arasında değişirken, obsesif kompulsif bozukluk tanısı alanlarda anoreksiya nervoza görülme sıklığı %10'dur. Prevalansı oldukça yüksek olan bu iki hastalık şiddetli kompulsiyonlar, bir sonuçla ilişkilendirilemeyen işlevsiz davranışlar gösterme ve hata yapmaktan şiddetli şekilde endişelenme konularında ortak bulunmuştur (Levinson, vd., 2019: 166).

Stark ve arkadaşlarının (1996: 616) 133 çocuk katılımcıyla yürütmüş olduğu bir çalışma; çocuklarda bilişsel üçlünün depresyon şiddetini etkilediğini göstermiştir. Benliğe, dünyaya ve geleceğe atfedilen olumsuz inançlar, depresyon şiddetinde artışı yordamaktadır. Olumsuz inançların oluşum sebebi olarak bireyin bilgi işleme esnasında gerçekleşen bozulmalar gösterilmektedir (Beckham, vd., 1986: 566). Çocuklarla yapılan başka bir çalışmada da aynı sonuç elde edilirken, özellikle kendine ve geleceğe atfedilen olumsuz inançların yüksek seviyede olması dikkat çekmektedir (Braet, vd., 2015: 1265). Marchetti ve Pössel (2022: 1212) araştırmalarının sonucunda, ergenliğin ilk ve orta evrelerindeki negatif bilişsel üçlü puanlarının ergenliğin son dönemlerindeki daha şiddetli olduğunu ortaya koymuştur. Olumsuz benlik algısının yaş ilerledikçe azalırken, olumsuz gelecek algısının yaş ilerledikçe arttığı görülmektedir. Uzun süreli negatif bilişsel üçlünün depresif belirtilerin yordayıcısı olduğu ve bu belirtiler sonucunda oluşan bilişsel yapılanmanın depresyon oluşumu için risk faktörü teşkil ettiği başka çalışmalar tarafından da ortaya koyulmuştur (Jacobs ve Joseph, 1997: 769; Kaslow, vd., 1992: 344; Timbremont ve Braet, 2006: 456).

Ortoreksiya nervozanın bu çalışmada kullanılan diğer değişkenlerle birlikte çalışıldığı araştırmalar oldukça azdır. Vuillier ve arkadaşlarının (2020: 6) düzenlemiş olduğu bir çalışmada ortoreksiya nervoza eğiliminin, diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi aleksitimiyle korelasyon gösterdiğini bulunmuştur. Ortorektik eğilim arttıkça duyguları tanımlama ve regüle etme alanlarında zorlanmanın arttığı görülmüştür. Aynı

zamanda duyguları kabul etme, hissedilen dürtülere karşı direnç gösterme, hedef odaklı davranışlar sergileme ve üzgün hissettikleri zamanlarda doğru başa çıkma stratejisi bulma konularında daha fazla zorlanma da görülmektedir (Vuillier, vd., 2020: 6).

Tanrıverdi ve Nas'ın (2023: 95) tıp öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmada, ortoreksiya nervoza eğiliminin obsesif kompulsif belirtilere sahip olan öğrencilerde daha sık görüldüğü sonucu elde edilmiştir. Rossi ve arkadaşlarının (2024: 7) toplum örnekleminde 1328 katılımcıyla yürüttüğü çalışmaya göre, obsesif kompulsif semptomlar ve diyet yapmak ortoreksiya nervoza eğilimi üzerinde etkiye sahiptir. Obsesif kompulsif düşüncelerin ortoreksiya nervoza üzerindeki doğrudan etkinin yanı sıra, bu ilişkiye besinlerle ilgili endişelerin ve meşguliyetlerin aracılık ettiği gözlenmiştir. Besinlerle ilgili işlevsiz düşüncelerin ve endişelerin diğer yeme bozukluklarında önemli bir etkisi olduğu bilinmektedir. Elde edilen verilere göre, ortoreksiya nervozanın da aşırı zihinsel meşguliyetler ve endişelerle tetiklendiği söylenebilir (Rossi, 2024: 7).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Tez çalışmasının bu bölümünde, araştırmanın yöntemi açıklanmaktadır. Araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ve ölçekler, verilerin analizinde kullanılan işlem ve veri analiz yöntemleri ile ilgili detaylı bilgiler bu bölümde ele alınmıştır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Yapılan araştırmaya Türkiye’de yaşayan 18-63 yaş aralığındaki bireyler dahil edilmiştir ve “ruhsal belirtiler, aleksitimi, bilişsel üçlü ve ortoreksiya nervoza eğilimi arasındaki ilişki” incelenmiştir. Hipotezlerin testi için ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın örneklemini Türkiye genelinde yaşayan 225 kadın (%74,3) ve 78 erkek (%25,7) olmak üzere toplam 303 gönüllü katılımcı oluşturmaktadır. Katılımcıların yaşları 18-63 arasında değişmektedir ve örneklemin yaş ortalaması 33,33 olarak bulunmuştur. Araştırmanın katılımcılarına ulaşılabilirlik esasına göre, kolay örnekleme yöntemiyle ulaşılmıştır. Çalışmaya katılacak gönüllülerin sayısı en az 300 olarak hedeflenmiştir ve bu hedefe ulaşılmıştır. Tüm katılımcıların verileri eksiksiz doldurması göz önünde bulundurularak 303 kişinin de verileri analize dahil edilmiştir. Örneklemin demografik faktör özelliklerine göre dağılımı, bu tez çalışmasının bulgular kısmında detaylı bir şekilde ele alınmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada incelenmek istenen değişkenlere ilişkin bilgiler Demografik Bilgi Formu, Kısa Semptom Envanteri, Perth Aleksitimi Ölçeği, Bilişsel Üçlü Envanteri ve Orto-11 olmak üzere toplamda 5 ölçekten elde edilmiştir. Demografik Bilgi Formunda katılımcılardan cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve medeni durum bilgileri alınmıştır. Katılımcıların son dönemlerdeki psikolojik belirtilerini tespit etmek amacıyla Kısa Semptom Envanteri; duyguları tanıma, ifade etme ve değerlendirme durumlarını değerlendirmek için Perth Aleksitimi Ölçeği kullanılmıştır. Dünya algısı, gelecek algısı ve benlik algısını tespit etmek amacıyla Bilişsel Üçlü Envanteri ve sağlıklı beslenme takıntısını ölçmek amacıyla ORTO-11 Ölçeği kullanılmıştır. En

başta bilgilendirilmiş gönüllü olur formu bulunmaktadır ve katılımcıların hepsi ölçekleri aynı sırayla doldurmuşlardır. Her ölçeğin başında yönergeleri ve açıklamaları yazılı olarak belirtilmiştir. Ölçeklerin katılımcılara ulaştırılmasında Google Forms online anket yöntemi kullanılmıştır. Katılımcıların araştırmaya gönüllülük esasıyla dahil oldukları ve isterlerse bırakabilecekleri, ölçeklerin uygulanmasında harcanacak toplam süre ve ihtiyaç halinde araştırmacıyla iletişime geçebileceği bilgilendirilmeleri yapıldıktan sonra ölçekleri kendi öznel düşünceleriyle doldurmaları istenmiştir.

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların cinsiyet (kadın-erkek), yaş (18-63), eğitim düzeyi (ilkokul, ortaokul, lise, önlisans veya lisans, yüksek lisans veya doktora), gelir düzeyi (düşük, orta, yüksek) ve medeni durum (bekar, evli, ilişkisi var) bilgilerinin toplanması için araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Formun geliştirilme amacı katılımcıların sosyo-demografik bilgilerine erişebilmektedir.

3.3.2. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Ruhsal belirti değerlendirmesi yapmak için Derogatis (1992) tarafından 53 maddelik kendi kendini değerlendirme ölçeği olarak geliştirilmiştir ve Türkçeye uyarlama çalışması Şahin ve Durak (1994: 44) tarafından yapılmıştır. 90 maddelik SCL-90 Semptom Belirleme Listesi'nin kısa formudur. Her faktörün en yüksek yükü almış maddeleri seçilerek 53 soruya indirilmiştir (Şahin, Uğurtaş ve Batıgün, 2002: 126). SCL-90'da olduğu gibi Kısa Semptom Envanteri (KSE) de 9 alt ölçek, ek maddeler ve üç global indeks (rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı ve semptom rahatsızlık indeksleri) içermektedir. 9 alt ölçek somatizasyon (2, 7, 23, 29, 30, 33 ve 37. maddeler), anksiyete (1, 12, 19, 38, 45 ve 49. maddeler), obsesif kompulsif belirtiler (5, 15, 26, 27, 32 ve 36. maddeler), depresyon (9, 16, 17, 18, 35 ve 50. maddeler), kişilerarası duyarlılık (20, 21, 22 ve 42. maddeler), psikotizm (3, 14, 34, 44 ve 53. maddeler), paranoid düşünce (4, 10, 24, 48 ve 51. maddeler), hostilite (6, 13, 40, 41 ve 46. maddeler) ve fobik anksiyete (8, 28, 31, 43 ve 47. maddeler) başlıklarından oluşmaktadır. Ayrıca ek maddeler alt ölçeği (11, 25, 39 ve 52. maddeler) bulunur. Türkçeye uyarlama çalışmasında Şahin ve Durak (1994: 51) envanterin 5 faktörlü (Anksiyete, Depresyon, Olumsuz benlik, Somatizasyon, Hostilite) yapısının da kullanılabileceğini ortaya koymuşlardır. KSE 5'li Likert tipi yapıdadır, sorulara “Hiç yok (0)”, “Biraz var (1)”, “Orta derecede var (2)”, “Epey var (3)” veya “Çok fazla var

(4)” şeklinde cevap verilmektedir. Her bir alt ölçekten alınan puan ve ölçekten alınan toplam puanın yükselmesi, bireydeki ruhsal belirti şiddetinin yüksekliğini ifade eder (Şahin, Uğurtaş ve Batıgün, 2002: 129).

Kısa Semptom Envanteri için yapılan çalışmalarda ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları 0.96, 0.95 ve 0.94 arasında değişmektedir (Şahin ve Durak, 1994: 46).

3.3.3. Perth Aleksitimi Ölçeği (PAÖ)

Aleksitimiyi dikkat-değerlendirme modeli kapsamında ölçmek amacıyla Preece ve arkadaşları (2020) tarafından geliştirilmiş olan Perth Aleksitimi Ölçeği'nin Türkiye uyarlama çalışmasını Bilge ve Bilge (2020) yapmıştır.

PAÖ, 24 madde ve “negatif duyguları tanıma zorluğu” (NDTZ), “pozitif duyguları tanıma zorluğu” (PDTZ), “negatif duyguları ifade zorluğu” (NDİZ), “pozitif duyguları ifade zorluğu” (PDİZ), “genel dışı vuruk düşünme” (GDVD) isimleriyle 5 alt boyuttan oluşan 7’li Likert Tipi (1- Kesinlikle katılmıyorum, 4- Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 7- Kesinlikle katılıyorum) bir özdeğerlendirme ölçeğidir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, kişinin pozitif ve negatif duygularını değerlendirmede ve dikkatini duygularına vermede güçlük yaşama eğiliminin artması anlamına gelir. Genel ölçek için Türkçe uyarlamasında Cronbach alfa değeri 0,96’dır. Alt ölçeklerin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları sırasıyla 0.89, 0.89, 0.91, 0.90 ve 0.90 olarak bulunmuştur. 5 alt ölçek birleştirilerek de kullanılabilir. Bileşik ölçekler; “genel duyguları tanıma zorluğu” (GDTZ: NDTZ ile PDTZ toplamı), “genel duyguları ifade zorluğu” (GDİZ: NDİZ ile PDİZ toplamı), “negatif duyguları değerlendirme zorluğu” (NDDZ: NDTZ ile NDİZ toplamı), “pozitif duyguları değerlendirme zorluğu” (PDDZ: PDTZ ile PDİZ toplamı), “genel duyguları değerlendirme zorluğu” (GDZ: GDTZ ile GDİZ toplamı) ve “aleksitimi” (tüm maddelerin toplamı) olarak isimlendirilmiştir. Bileşik ölçeklerin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları sırasıyla 0.92, 0.93, 0.94, 0.94, 0.96 ve 0.96 olarak hesaplanmıştır (Bilge ve Bilge, 2020: 73).

3.3.4. Bilişsel Üçlü Envanteri (BÜE)

Beckham ve arkadaşları bireylerin benliğine, dünyaya ve geleceğe yöneltilen algılarını değerlendirmek amacıyla bu envanteri geliştirmişlerdir (Beckham, vd., 1986: 566). Bilişsel Üçlü Envanteri (BÜE) Türkçe uyarlama çalışmasını Erarslan ve Işıklı (2019) yapmıştır. 36 madde ve benlik algısı (5, 10, 13, 17, 21, 25, 29, 31, 33, 35), dünya algısı (3, 8, 12, 18, 20, 23, 24, 27, 30, 34) ve gelecek algısı (6, 9, 11, 15, 16, 19, 26, 28, 32,

36) olmak üzere 3 alt boyuttan oluşan bir kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. 7'li Likert Tipi yapıdadır, sorulara “1- Hiç katılmıyorum”, “2- Çoğunlukla katılmıyorum”, “3- Biraz katılmıyorum”, “4- Ne katılıyorum ne katılmıyorum”, “5- Biraz katılıyorum”, “6- Çoğunlukla katılıyorum” veya “7- Tamamen katılıyorum” şeklinde yanıt verilir. Ölçekten 3 alt boyut puanı ve toplam puan elde edilir. 1, 2, 4, 7, 14, 22 maddeler puanlamaya dahil edilmezken 3, 6, 8, 9, 11, 12, 17, 20, 24, 25, 28, 31, 33, 36 maddeler ters kodlanmaktadır. Alt ölçekler bireyin hem olumlu hem de olumsuz değerlendirmelerini ölçmektedir. Envanterden alınan düşük puan pozitif bilişsel üçlüyü, yüksek puan ise negatif bilişsel üçlüyü yansıtır (Erarslan ve Işıklı, 2019: 33).

Türkiye geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında benlik algısı alt ölçeği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayı 0.85, dünya algısı alt ölçeği Cronbach alfa değeri 0.72, gelecek algısı alt ölçeği Cronbach alfa değeri 0.87 ve tüm ölçek için 0.91 olarak bulunmuştur (Erarslan ve Işıklı, 2019: 33).

3.3.5. ORTO-11

ORTO-15, ilk olarak Bratman (2000) tarafından hazırlanmış 10 soruluk bir Ortoreksiya soru formuna bazı yeni sorular eklenerek ve bazı sorular değiştirilerek Donini ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilmiş, geçerlik çalışmaları yapılmış bir ölçek formudur. Bosi ve arkadaşları (2006) aynı ölçeği kullanarak Türkiye örnekleminde bir çalışma yürütmüşlerdir. İlk formuyla ORTO-15, 15 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir ve Ortoreksiya nervoza eğilimini tetkik etmek amacıyla geliştirilmiştir. Besini seçme, satın alma, hazırlama ve sağlıklı olarak nitelendirilen besinleri tüketme alanlarındaki davranışları değerlendirmektedir. Bireylerin duygusal ve rasyonel açıdan yaptığı seçimler göz önünde bulundurulmaktadır. Bilişsel-rasyonel alan (1, 5, 6, 11, 12, 14), klinik alan (3, 7, 8, 9, 15) ve duygusal alan (2, 4, 10, 13) olmak üzere 3 boyut değerlendirilmektedir (Arusoğlu, vd., 2008: 285).

Arusoğlu, Kabakçı, Köksal ve Merdol (2008) tarafından Türkçeye Uyarlama Çalışması yapılırken ölçeğin orijinaline bağlı kalınmıştır. Ölçeğin orijinal formunda faktör analizi verileri olmaması ve henüz yeni sayılan bir kavramı ölçmesi sebebiyle Türkçede kullanımı için 0.50 ve üzeri değer almış olan istatistiksel açıdan gücü yüksek maddeler seçilmiştir. Bu analizler sonucunda ölçek 11 maddeli ve tek boyutlu son halini almıştır. Türkçede ORTO-11 ismiyle kullanılmaktadır. 15 maddelik formdan 3,

4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13 ve 14 numaralı maddeler ölçekte kullanılmıştır. Yalnızca 8. madde (ORTO-11 için 6.madde) ters kodlanmıştır. 4'lü likert tipi ölçekte sorulara "1- Her zaman", "2- Sık sık", "3- Bazen" veya "4- Hiçbir zaman" şeklinde yanıt verilmektedir. Ölçekten minimum 11, maksimum 44 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan düşük puanlar ortorektik eğilimi gösterir. Ortoreksiya nervoza eğiliminin değerlendirilmesinde dağılımın ucunda kalan %25'lik kısma dahil olan kişiler "sağlık fanatikleri" olarak değerlendirilir, yani ortoreksiya nervoza eğilimi göstermektedirler (Arusoğlu, vd., 2008: 284-286).

Ölçeğin 15 maddelik formunda Cronbach Alfa değeri 0.44 olarak hesaplanırken, 11 maddelik formunda 0.62 olarak hesaplanmıştır (Arusoğlu, vd., 2008: 284).

3.4. İşlem

Araştırma verileri yaklaşık 5 aylık bir süre diliminde; Türkiye genelinde yaşamakta olan 18-63 yaş arasındaki katılımcılara Google Forms aracılığı ile ulaştırılan ve gönüllülük esasına dayanarak doldurulan Demografik Bilgi Formu, Kısa Semptom Envanteri, Perth Aleksitimi Ölçeği, Bilişsel Üçlü Envanteri ve ORTO-11'den oluşan ölçek bataryasından elde edilmiştir. Verilerin istatistiksel çalışmaları SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 24.00 program aracılığıyla yapılmıştır. Elde edilen verilere bağımsız örneklem t-test analizi, varyans analizi (ANOVA), Pearson momentler çarpımı korelasyon analizi, çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Verilerin programa girilme işlemi ve veri analizleri yaklaşık 10 günde tamamlanmıştır.

3.5. Veri Analizi

Yürütülen tez çalışması kapsamında toplamda 303 kişiden elde edilmiş veri mevcuttur. Yapılan SPSS for Windows 24.00 program analizleri sonucunda istatistiksel veriler elde edilmiştir. Öncelikle katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin analizler tamamlanmıştır. Ruhsal belirtiler, aleksitimi, bilişsel üçlü ve ortoreksiya nervoza değişkenlerinin cinsiyet değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla Bağımsız Örneklem T-Test Analizi uygulanmıştır. Ölçeklerin medeni durum, gelir düzeyi, eğitim düzeyi ve yaş aralığı (18-24, 25-34, 35-44 ve 45-63) değişkenlerine göre farklılaşma gösterip göstermediğini incelemek amacıyla varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Ruhsal belirtiler, aleksitimi, bilişsel üçlü ve ortoreksiya nervoza değişkenleri arasındaki ilişkilere ait verilere ulaşmak amacıyla Pearson

Momentler arpımı Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan ruhsal belirti alt boyutları, aleksitimi alt boyutları ve bilişsel üçlü alt boyutlarının ortoreksiya nervoza üzerindeki yordayıcı etkisini analiz etmek için çoklu doğrusal regresyon uygulanmıştır.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu kısımda araştırmanın sonucunda ulaşılan verilerin analizine dair bilgilere değinilmiştir. İlk olarak, araştırmada yer alan katılımcıların demografik bilgilerine dair veriler sunulmuş, devamında ise araştırmanın ana sorusu olan kısımlarla ilgili bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Demografik Bilgiler

Araştırmaya gönüllü olarak 303 kişi katılmıştır. Katılımcıların %74,3'ü (n=225) kadın, %25,7'si (n=78) erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcılar en az 18, en fazla 63 yaşındadır. Katılımcıların yaş ortalaması 33,33'tür. Medeni durumlarına bakıldığında 119 katılımcı (%39,3) bekar, 147 katılımcı (%48,5) evlidir ve 37 katılımcının (%12,2) ilişkisi vardır. Eğitim düzeylerine bakıldığında 30 katılımcının (%9,9) ilkokul ya da ortaokul, 64 katılımcının (%21,1) lise, 167 katılımcının (%55,1) önlisans veya lisans, 42 katılımcının (%13,9) yüksek lisans veya doktora düzeyinde olduğu sonucu görülmektedir. Katılımcıların gelir düzeylerine bakıldığında 24'nün (%7,9) düşük, 259'unun (%85,5) orta, 20'sinin (%6,6) yüksek gelir düzeyine sahip olduğu sonucu elde edilmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Sosyo-Demografik Bilgiler Tablosu

| Değişken | Grup | n | Yüzde (%) |
|---------------|----------------------------|-----|-----------|
| Cinsiyet | Kadın | 225 | 74.3 |
| | Erkek | 78 | 25.7 |
| Medeni Durum | Bekar | 119 | 39.3 |
| | Evli | 147 | 48.5 |
| | İlişkisi Var | 37 | 12.2 |
| Eğitim Düzeyi | İlkokul, Ortaokul | 30 | 9.9 |
| | Lise | 64 | 21.1 |
| | Ön Lisans veya Lisans | 167 | 55.1 |
| | Yüksek Lisans veya Doktora | 42 | 13.9 |
| Gelir Düzeyi | Düşük | 24 | 7.9 |
| | Orta | 259 | 85.5 |
| | Yüksek | 20 | 6.6 |
| Yaş Aralığı | 18-24 | 66 | 21.8 |
| | 25-34 | 126 | 41.6 |
| | 35-44 | 56 | 18.4 |
| | 45-63 | 55 | 18.2 |

4.2. Katılımcıların KSE, PAÖ, BÜE, ORTO-11 puanlarının Normallik Varsayımı Testleri ve Betimsel Analizi

Tablo 4.2’de normallik analizi ve güvenilirlik analizlerine yönelik bulgulara değinilmiştir. Ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerleri -2; +2 sınırını geçmediği için analizlerde parametrik testler kullanılmıştır ($p>0,05$). Diğer ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerleri -2; +2 sınırını geçmediği için analizlerde parametrik testler kullanılmıştır (George ve Mallery, 2010). Minimum düzeye göre değerlendirildiğinde ölçeklerin güvenilirlikleri yeterli düzeyde olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2: Normallik Varsayımı Analizi ve Güvenilirlik Analizi

| Ölçek | n | Ort. | SS | Çarpıklık | Basıklık | Cronbach’s Alpha |
|-------------------------|-----|-------|-------|-----------|----------|------------------|
| Somatizasyon | 303 | 18.60 | 11.16 | .497 | -.533 | .858 |
| OKB | 303 | 15.76 | 11.55 | .818 | -.061 | .843 |
| Hostilite | 303 | 7.73 | 6.45 | .867 | .107 | .871 |
| Fobik Anksiyete | 303 | 10.23 | 6.50 | .576 | -.484 | .772 |
| Kişilerarası Duyarlılık | 303 | 15.58 | 10.99 | .612 | -.395 | .785 |
| Paranoid Düşünce | 303 | 10.33 | 6.26 | .342 | -.899 | .799 |
| Depresyon | 303 | 69.60 | 43.53 | .649 | -.352 | .844 |
| Anksiyete Bozuklukları | 303 | 70.29 | 36.08 | .607 | -.666 | .857 |
| Psikotizm | 303 | 4.95 | 4.18 | 1.06 | .995 | .741 |
| KSE | 303 | 69.60 | 43.53 | .649 | -.352 | .971 |
| NDTZ | 303 | 11.69 | 6.47 | .547 | -.743 | .833 |
| PDTZ | 303 | 9.74 | 5.99 | .866 | -.334 | .865 |
| NDİZ | 303 | 14.09 | 7.48 | .300 | -1.187 | .895 |
| PDİZ | 303 | 11.54 | 6.96 | .540 | -.903 | .899 |
| GDVD | 303 | 23.22 | 13.30 | .872 | -.229 | .923 |
| PAÖ | 303 | 70.29 | 36.08 | .607 | -.666 | .966 |
| Benlik Algısı | 303 | 27.03 | 14.09 | .763 | -.428 | .925 |
| Dünya Algısı | 303 | 35.57 | 12.03 | .483 | -.106 | .839 |
| Gelecek Algısı | 303 | 29.62 | 14.29 | .674 | -.476 | .907 |
| BÜE | 303 | 92.23 | 37.20 | .737 | -.257 | .946 |
| ORTO | 303 | 27.29 | 5.47 | -.399 | -.327 | .769 |

* $p<0,05$

4.3. KSE, PAÖ, BÜE ve ORTO-11 Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların ruhsal belirtiler, aleksitimi, bilişsel üçlü ve ortoreksiya nervoza puanlarının cinsiyet değişkeni açısından farklılaşmasını tespit etmek için Bağımsız

Örneklemler T-Test Analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.3, Tablo 4.4, Tablo 4.5 ve Tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4.3: Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması

| Ölçek | Grup | N | Ort. | SS | t | Sd | P |
|-------------------------|-------|-----|-------|-------|-------|--------|-------------|
| Somatizasyon | Kadın | 225 | 8.14 | 6.59 | 1.834 | 301 | .068 |
| | Erkek | 78 | 6.59 | 5.89 | | | |
| OKB | Kadın | 225 | 10.54 | 6.08 | .933 | 301 | .351 |
| | Erkek | 78 | 9.77 | 6.77 | | | |
| Hostilite | Kadın | 225 | 6.74 | 5.11 | -.813 | 301 | .417 |
| | Erkek | 78 | 7.31 | 5.94 | | | |
| Fobik Anksiyete | Kadın | 225 | 4.25 | 4.19 | 1.429 | 301 | .154 |
| | Erkek | 78 | 3.48 | 3.95 | | | |
| Kişilerarası Duyarlılık | Kadın | 225 | 6.15 | 4.29 | 2.566 | 147.04 | .011 |
| | Erkek | 78 | 4.81 | 3.87 | | | |
| Paranoid Düşünce | Kadın | 225 | 8.27 | 5.07 | -.640 | 301 | .523 |
| | Erkek | 78 | 8.71 | 5.38 | | | |
| Depresyon | Kadın | 225 | 8.76 | 6.04 | 2.179 | 146.89 | .031 |
| | Erkek | 78 | 7.14 | 5.47 | | | |
| Anksiyete Bozukluğu | Kadın | 225 | 8.09 | 5.78 | 3.282 | 145.26 | .001 |
| | Erkek | 78 | 5.76 | 5.29 | | | |
| Psikotizm | Kadın | 225 | 5.00 | 4.17 | .373 | 301 | .709 |
| | Erkek | 78 | 4.79 | 4.23 | | | |
| KSE | Kadın | 225 | 71.62 | 43.49 | 1.372 | 301 | .171 |
| | Erkek | 78 | 63.78 | 43.45 | | | |

* $p < 0,05$

Tablo 4.3’de görüldüğü üzere cinsiyet değişkeni gruplarına göre somatizasyon alt boyutu puanı ($p = ,068 > 0,05$), obsesif kompulsif belirtiler alt boyutu puanı ($p = ,351 > 0,05$), hostilite alt boyutu puanı ($p = ,417 > 0,05$), fobik anksiyete puanı ($p = ,154 > 0,05$), paranoid düşünce ($p = ,523 > 0,05$), psikotizm ($p = ,709 > 0,05$) ve Kısa Semptom Envanteri toplam puanı ($p = ,171 > 0,05$) istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılaşma göstermezken; kişilerarası duyarlılık puanı ($p = ,011 > 0,05$), depresyon ($p = ,031 > 0,05$), anksiyete bozukluğu ($p = ,351 > 0,05$) alt boyutları puanı ($p = ,001 < 0,05$) anlamlı bir farklılık göstermektedir. Kadınların kişilerarası duyarlılık, depresyon ve anksiyete bozukluğu puan ortalamaları erkeklerin puan ortalamalarından anlamlı düzeyde farklı ve yüksektir.

Tablo 4.4: Perth Aleksitimi Ölçeği Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması

| Ölçek | Grup | N | Ort. | SS | T | Sd | p |
|-------------|-------|-----|-------|-------|--------|---------|-------------|
| NDTZ | Kadın | 225 | 11.30 | 6.35 | -1.771 | 301 | .078 |
| | Erkek | 78 | 12.80 | 6.70 | | | |
| PDTZ | Kadın | 225 | 9.03 | 5.64 | -3.345 | 119.845 | .000 |
| | Erkek | 78 | 11.79 | 6.49 | | | |
| NDİZ | Kadın | 225 | 13.86 | 7.58 | -.910 | 301 | .364 |
| | Erkek | 78 | 14.75 | 7.16 | | | |
| PDİZ | Kadın | 225 | 10.88 | 6.84 | -2.782 | 132.196 | .005 |
| | Erkek | 78 | 13.42 | 6.96 | | | |
| GDVD | Kadın | 225 | 21.08 | 12.12 | -4.499 | 115.675 | .000 |
| | Erkek | 78 | 29.38 | 14.64 | | | |
| PAÖ | Kadın | 225 | 66.17 | 34.18 | -3.433 | 120.675 | .001 |
| | Erkek | 78 | 82.16 | 38.93 | | | |

* $p < 0,05$

Tablo 4.4'te değinildiği gibi cinsiyet gruplarına göre negatif duyguları tanıma zorluğu puanı ($p = ,078 > 0,05$), negatif duyguları ifade zorluğu puanı ($p = ,364 > 0,05$) anlamlı bir farklılaşma göstermezken; pozitif duyguları tanıma zorluğu puanı ($p = ,000 < 0,05$), pozitif duyguları ifade zorluğu puanı ($p = ,005 < 0,05$), genel dışa vuruk düşünme puanı ($p = ,000 < 0,05$) ve Perth Aleksitimi Ölçeği toplam puanı ($p = ,001 < 0,05$) istatistiksel bağlamda anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir. Erkeklerin pozitif duyguları tanıma zorluğu puanı, pozitif duyguları ifade zorluğu puanı, genel dışa vuruk düşünme puanı ortalamaları kadınların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde farklı ve yüksektir.

Tablo 4.5: Bilişsel Üçlü Envanteri Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması

| Ölçek | Grup | n | Ort. | SS | T | Sd | P |
|----------------|-------|-----|--------|-------|--------|---------|-------------|
| Benlik Algısı | Kadın | 225 | 25.77 | 14.06 | -2.699 | 137.754 | .008 |
| | Erkek | 78 | 30.65 | 13.64 | | | |
| Dünya Algısı | Kadın | 225 | 34.57 | 12.15 | -2.583 | 143.738 | .011 |
| | Erkek | 78 | 38.47 | 11.25 | | | |
| Gelecek Algısı | Kadın | 225 | 28.82 | 13.96 | -1.653 | 301 | .099 |
| | Erkek | 78 | 31.92 | 15.06 | | | |
| BÜE | Kadın | 225 | 89.17 | 36.72 | -2.449 | 132.019 | .017 |
| | Erkek | 78 | 101.05 | 37.40 | | | |

* $p < 0,05$

Tablo 4.5'e bakıldığında kadın-erkek gruplarına göre benlik algısı puanları ($p=,008 < 0,05$), dünya algısı puanları ($p=,011 < 0,05$) ve Bilişsel Üçlü Envanteri toplam puanları ($p=,017 < 0,05$) istatistiki bağlamda anlamlı düzeyde farklılık gösterirken; gelecek algısı puanları ($p=,099 > 0,05$) anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Erkeklerin benlik algısı, dünya algısı ve Bilişsel Üçlü Envanteri toplam puan ortalamaları kadınların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde farklı ve yüksektir.

Tablo 4.6: ORTO-11 Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması

| Ölçek | Grup | n | Ort. | SS | T | Sd | P |
|---------|-------|-----|-------|------|-------|-----|------|
| ORTO-11 | Kadın | 225 | 27.48 | 5.31 | 1.024 | 301 | .306 |
| | Erkek | 78 | 26.74 | 5.90 | | | |

* $p < 0,05$

Tablo 4.6'ya bakıldığında cinsiyet gruplarının ORTO-11 puanları anlamlı düzeyde farklılaşma göstermemektedir ($p=,306 > 0,05$).

4.4. KSE, PAÖ, BÜE ve ORTO-11 Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Ruhsal belirtiler, aleksitimi, bilişsel üçlü ve ortoreksiya nervoza değişkenlerinin medeni durum değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı gözlemlemek amacıyla varyansa analizi (ANOVA) yapılmıştır.

Tablo 4.7: Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması

| Ölçek | Grup | n | Ort. | SS | F | SD | P | Fark |
|--------------------------------|------------------|-----|-------|-------|--------|-------|-------------|------|
| Somatizasyon | (1) Bekar | 119 | 8.15 | 6.73 | 7.882 | 2.300 | .000 | 1<3 |
| | (2) Evli | 147 | 6.57 | 5.63 | | | | 2<3 |
| | (3) İlişkisi Var | 37 | 11.05 | 7.39 | | | | |
| OKB | (1) Bekar | 119 | 11.37 | 6.57 | 13.821 | 2.300 | .000 | 1>2 |
| | (2) Evli | 147 | 8.63 | 5.73 | | | | 2<3 |
| | (3) İlişkisi Var | 37 | 13.81 | 5.17 | | | | |
| Hostilite | (1) Bekar | 119 | 7.84 | 5.72 | 16.973 | 2.300 | .000 | 1>2 |
| | (2) Evli | 147 | 5.29 | 4.27 | | | | 1<3 |
| | (3) İlişkisi Var | 37 | 10.14 | 5.73 | | | | 2<3 |
| Fobik Anksiyete | (1) Bekar | 119 | 4.61 | 4.41 | 11.017 | 2.300 | .000 | 1>2 |
| | (2) Evli | 147 | 3.05 | 3.46 | | | | 2<3 |
| | (3) İlişkisi Var | 37 | 6.19 | 4.62 | | | | |
| Kişilerarası Duyarlılık | (1) Bekar | 119 | 6.43 | 4.56 | 7.477 | 2.300 | .001 | 1>2 |
| | (2) Evli | 147 | 4.90 | 3.69 | | | | 2<3 |
| | (3) İlişkisi Var | 37 | 7.35 | 4.35 | | | | |
| Paranoid Düşünce | (1) Bekar | 119 | 9.01 | 5.18 | 12.576 | 2.300 | .000 | 1>2 |
| | (2) Evli | 147 | 7.12 | 4.64 | | | | 1<3 |
| | (3) İlişkisi Var | 37 | 11.41 | 5.51 | | | | 2<3 |
| Depresyon | (1) Bekar | 119 | 9.86 | 5.98 | 17.582 | 2.300 | .000 | 1>2 |
| | (2) Evli | 147 | 6.40 | 5.21 | | | | 2<3 |
| | (3) İlişkisi Var | 37 | 11.13 | 6.08 | | | | |
| Anksiyete Bozukluğu | (1) Bekar | 119 | 8.55 | 6.25 | 13.586 | 2.300 | .000 | 1>2 |
| | (2) Evli | 147 | 5.89 | 4.65 | | | | 2<3 |
| | (3) İlişkisi Var | 37 | 10.43 | 6.11 | | | | |
| Psikotizm | (1) Bekar | 119 | 5.97 | 4.53 | 14.566 | 2.300 | .000 | 1>2 |
| | (2) Evli | 147 | 3.69 | 3.33 | | | | 2<3 |
| | (3) İlişkisi Var | 37 | 6.65 | 4.61 | | | | |
| KSE | (1) Bekar | 119 | 77.92 | 46.29 | 17.073 | 2.300 | .000 | 1>2 |
| | (2) Evli | 147 | 56.38 | 36.72 | | | | 2<3 |
| | (3) İlişkisi Var | 37 | 95.38 | 42.25 | | | | |

* $p < 0,05$

Tablo 4.7’de görüldüğü üzere medeni durum değişkeni gruplarına göre somatizasyon alt boyutu puanı ($F=7,882$; $p=,000 < 0,05$), obsesif kompulsif belirtiler alt boyutu puanı ($F=13,821$; $p=,000 < 0,05$), hostilite alt boyutu puanı ($F=16,973$; $p=,000 < 0,05$), fobik anksiyete puanı ($F=11,017$; $p=,000 < 0,05$), kişilerarası duyarlılık puanı ($F=7,477$; $p=,001 < 0,05$), paranoid düşünce ($F=12,576$; $p=,000 < 0,05$), depresyon ($F=17,582$; $p=,000 < 0,05$), anksiyete bozukluğu ($F=13,586$; $p=,000 < 0,05$), psikotizm ($F=14,566$; $p=,000 < 0,05$) ve Kısa Semptom Envanteri toplam puanı ($F=17,073$; $p=,000 < 0,05$) istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Tablo 4.8: Perth Aleksitimi Ölçeği Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması

| Ölçek | Grup | n | Ort. | SS | SD | F | P | Fark |
|-------|------------------|-----|-------|-------|----|-------|-------------|------|
| NDTZ | (1) Bekar | 119 | 12.51 | 6.23 | 2 | 5.530 | .004 | 1>2 |
| | (2) Evli | 147 | 10.50 | 6.49 | | | | 3>2 |
| | (3) İlişkisi Var | 37 | 13.78 | 6.35 | | | | |
| PDTZ | (1) Bekar | 119 | 10.65 | 6.34 | 2 | 5.832 | .003 | 1>2 |
| | (2) Evli | 147 | 8.57 | 5.45 | | | | 3>2 |
| | (3) İlişkisi Var | 37 | 11.46 | 6.10 | | | | |
| NDİZ | (1) Bekar | 119 | 15.10 | 7.31 | 2 | 3.090 | .047 | 1>2 |
| | (2) Evli | 147 | 13.00 | 7.60 | | | | 3>2 |
| | (3) İlişkisi Var | 37 | 15.18 | 7.07 | | | | |
| PDİZ | (1) Bekar | 119 | 12.63 | 6.98 | 2 | 4.360 | .014 | 1>2 |
| | (2) Evli | 147 | 10.34 | 6.78 | | | | |
| | (3) İlişkisi Var | 37 | 12.78 | 6.87 | | | | |
| GDVD | (1) Bekar | 119 | 24.94 | 14.35 | 2 | 4.391 | .013 | 1>2 |
| | (2) Evli | 147 | 20.97 | 11.64 | | | | |
| | (3) İlişkisi Var | 37 | 26.59 | 14.73 | | | | |
| PAÖ | (1) Bekar | 119 | 75.84 | 37.30 | 2 | 5.545 | .004 | 1>2 |
| | (2) Evli | 147 | 63.39 | 33.64 | | | | 3>2 |
| | (3) İlişkisi Var | 37 | 79.81 | 37.17 | | | | |

* $p < 0,05$

Tablo 4.8’de değinildiği gibi medeni durum değişkenine göre negatif duyguları tanıma zorluğu puanı ($F=5,530$; $p=,004$; $p < 0,05$), pozitif duyguları tanıma zorluğu puanı ($F=5,832$; $p=,003$; $p < 0,05$), negatif duyguları ifade zorluğu puanı ($F=3,090$; $p=,047$; $p < 0,05$), pozitif duyguları ifade zorluğu puanı ($F=4,360$; $p=,014$; $p < 0,05$), genel dışa vuruk düşünme puanı ($F=4,391$; $p=,013$; $p < 0,05$) ve Perth Aleksitimi Ölçeği toplam puanı ($F=5,545$; $p=,004$; $p < 0,05$) istatistiksel bağlamda anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir.

Tablo 4.9: Bilişsel Üçlü Envanteri Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması

| Ölçek | Grup | n | Ort. | SS | SD | F | P | Fark |
|----------------|------------------|-----|--------|-------|----|-------|-------------|------|
| Benlik Algısı | (1) Bekar | 119 | 29.01 | 14.45 | 2 | 4.131 | .017 | 1>2 |
| | (2) Evli | 147 | 24.68 | 13.13 | | | | |
| | (3) İlişkisi Var | 37 | 30.00 | 15.40 | | | | |
| Dünya Algısı | (1) Bekar | 119 | 37.24 | 12.19 | 2 | 4.710 | .010 | 1>2 |
| | (2) Evli | 147 | 33.46 | 11.39 | | | | |
| | (3) İlişkisi Var | 37 | 38.62 | 12.75 | | | | |
| Gelecek Algısı | (1) Bekar | 119 | 30.90 | 15.37 | 2 | 2.113 | .123 | |
| | (2) Evli | 147 | 27.93 | 12.97 | | | | |
| | (3) İlişkisi Var | 37 | 32.18 | 15.25 | | | | |
| BÜE | (1) Bekar | 119 | 97.16 | 38.80 | 2 | 4.123 | .017 | 1>2 |
| | (2) Evli | 147 | 86.08 | 34.36 | | | | |
| | (3) İlişkisi Var | 37 | 100.81 | 39.68 | | | | |

* $p < 0,05$

Tablo 4.9’da görüldüğü üzere medeni durum değişkeni gruplarına göre benlik algısı alt boyutu puanı ($F=4,131$; $p=,017$; $p < 0,05$), dünya algısı alt boyutu puanı ($F=4,710$; $p=,010$; $p < 0,05$) ve Bilişsel Üçlü Envanteri toplam puanı ($F=4,123$; $p=,017$; $p < 0,05$) istatistiksel bağlamda anlamlı düzeyde farklılaşma gösterirken; gelecek algısı alt boyutu puanı ($F=2,113$; $p=,123$; $p > 0,05$) anlamlı düzeyde farklılaşma göstermemektedir.

Bekar katılımcıların benlik algısı, dünya algısı ve Bilişsel Üçlü Envanteri toplam puanları evli katılımcılara göre anlamlı düzeyde farklı ve yüksektir.

Tablo 4.10: ORTO-11 Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması

| Ölçek | Grup | n | Ort. | SS | SD | F | p |
|---------|------------------|-----|-------|------|----|-------|------|
| ORTO-11 | (1) Bekar | 119 | 27.70 | 5.75 | 2 | 1.406 | .247 |
| | (2) Evli | 147 | 27.29 | 5.03 | | | |
| | (3) İlişkisi Var | 37 | 25.97 | 6.10 | | | |

* $p < 0,05$

Tablo 4.10’da görüldüğü üzere medeni durum değişkeni gruplarına göre ORTO-11 puanı ($F=1,406$; $p=,247$; $p > 0,05$) istatistiksel bağlamda anlamlı olarak farklılaşmamaktadır.

4.5. KSE, PAÖ, BÜE ve ORTO-11 Puanlarının Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Ruhsal belirtiler, aleksitimi, bilişsel üçlü ve ortoreksiya nervoza değişkenlerinin gelir düzeyi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı gözlemlemek amacıyla varyansa analizi (ANOVA) yapılmıştır.

Tablo 4.11: Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması

| Ölçek | Grup | N | Ort. | SS | F | SD | p | Fark |
|--------------------------------|------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------------|------|
| Somatizasyon | (1) Düşük | 24 | 10.17 | 7.38 | 1.875 | 302 | .155 | |
| | (2) Orta | 259 | 7.51 | 6.29 | | | | |
| | (3) Yüksek | 20 | 7.80 | 6.99 | | | | |
| OKB | (1) Düşük | 24 | 10.67 | 6.61 | 1.234 | 302 | .293 | |
| | (2) Orta | 259 | 10.15 | 6.15 | | | | |
| | (3) Yüksek | 20 | 12.40 | 7.27 | | | | |
| Hostilite | (1) Düşük | 24 | 8.71 | 6.42 | 1.859 | 302 | .158 | |
| | (2) Orta | 259 | 6.66 | 5.16 | | | | |
| | (3) Yüksek | 20 | 7.65 | 5.89 | | | | |
| Fobik Anksiyete | (1) Düşük | 24 | 5.67 | 4.73 | 2.273 | 302 | .105 | |
| | (2) Orta | 259 | 3.86 | 3.97 | | | | |
| | (3) Yüksek | 20 | 4.55 | 5.07 | | | | |
| Kişilerarası Duyarlılık | (1) Düşük | 24 | 7.08 | 5.45 | 1.547 | 302 | .215 | |
| | (2) Orta | 259 | 5.64 | 4.05 | | | | |
| | (3) Yüksek | 20 | 6.45 | 4.63 | | | | |
| Paranoid Düşünce | (1) Düşük | 24 | 9.00 | 4.99 | 1.253 | 302 | .287 | |
| | (2) Orta | 259 | 8.20 | 5.01 | | | | |
| | (3) Yüksek | 20 | 9.95 | 6.95 | | | | |
| Depresyon | (1) Düşük | 24 | 11.79 | 8.35 | 4.544 | 2.300 | .011 | 1>2 |
| | (2) Orta | 259 | 8.02 | 5.58 | | | | |
| | (3) Yüksek | 20 | 8.30 | 6.05 | | | | |
| Anksiyete Bozukluğu | (1) Düşük | 24 | 10.71 | 7.21 | 4.452 | 2.300 | .012 | 1>2 |
| | (2) Orta | 259 | 7.15 | 5.49 | | | | |
| | (3) Yüksek | 20 | 8.10 | 6.02 | | | | |
| Psikotizm | (1) Düşük | 24 | 7.41 | 5.39 | 4.841 | 2.300 | .009 | 1>2 |
| | (2) Orta | 259 | 4.69 | 3.90 | | | | |
| | (3) Yüksek | 20 | 5.25 | 5.14 | | | | |
| KSE | (1) Düşük | 24 | 88.33 | 53.56 | 2.829 | 302 | .061 | |
| | (2) Orta | 259 | 67.36 | 41.63 | | | | |
| | (3) Yüksek | 20 | 76.20 | 50.72 | | | | |

* $p < 0,05$

Tablo 4.11’de görüldüğü üzere gelir düzeyi değişkeni gruplarına göre somatizasyon alt boyutu puanı ($F=1,875$; $p=,155 > 0,05$), obsesif kompulsif belirtiler alt boyutu puanı ($F=1,234$; $p=,293 > 0,05$), hostilite alt boyutu puanı ($F=1,859$; $p=,158 > 0,05$), fobik anksiyete puanı ($F=2,273$; $p=,105 > 0,05$), kişilerarası duyarlılık puanı ($F=1,547$; $p=,215 > 0,05$), paranoid düşünce ($F=1,253$; $p=,287 > 0,05$) ve Kısa Semptom Envanteri

toplam puanı ($F=2,829$; $p=,061>0,05$) istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılaşma göstermezken; depresyon ($F=4,544$; $p=,011<0,05$), anksiyete bozukluğu ($F=4,452$; $p=,012<0,05$) alt boyutları puanı, psikotizm ($F=4,841$; $p=,009<0,05$) anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Tablo 4.12.: Perth Aleksitimi Ölçeği Puanlarının Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması

| Ölçek | Grup | N | Ort. | SS | SD | F | p |
|-------|------------|-----|-------|-------|----|-------|------|
| NDTZ | (1) Düşük | 24 | 13.16 | 7.20 | 2 | 1.748 | .176 |
| | (2) Orta | 259 | 11.40 | 6.35 | | | |
| | (3) Yüksek | 20 | 13.60 | 6.83 | | | |
| PDTZ | (1) Düşük | 24 | 9.58 | 6.19 | 2 | 2.548 | .080 |
| | (2) Orta | 259 | 9.53 | 5.90 | | | |
| | (3) Yüksek | 20 | 12.65 | 6.36 | | | |
| NDİZ | (1) Düşük | 24 | 15.33 | 8.41 | 2 | 1.065 | .346 |
| | (2) Orta | 259 | 13.83 | 7.45 | | | |
| | (3) Yüksek | 20 | 15.90 | 6.58 | | | |
| PDİZ | (1) Düşük | 24 | 12.45 | 7.63 | 2 | 2.233 | .109 |
| | (2) Orta | 259 | 11.23 | 6.87 | | | |
| | (3) Yüksek | 20 | 14.45 | 6.66 | | | |
| GDVD | (1) Düşük | 24 | 24.80 | 12.93 | 2 | 2.407 | .092 |
| | (2) Orta | 259 | 22.66 | 13.02 | | | |
| | (3) Yüksek | 20 | 29.30 | 16.15 | | | |

* $p<0,05$

Tablo 4.12’de görüldüğü üzere gelir düzeyi değişkeni gruplarına göre negatif duyguları tanıma zorluğu puanı ($F=1,748$; $p=,176$; $p>0,05$), pozitif duyguları tanıma zorluğu puanı ($F=2,548$; $p=,080$; $p>0,05$), negatif duyguları ifade zorluğu puanı ($F=1,065$; $p=,346$; $p>0,05$), pozitif duyguları ifade zorluğu puanı ($F=2,233$; $p=,109$; $p>0,05$), genel dışa vuruk düşünme puanı ($F=2,407$; $p=,092$; $p>0,05$) ve Perth Aleksitimi Ölçeği toplam puanı ($F=2,335$; $p=,099$; $p>0,05$) istatistiksel bağlamda anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir.

Tablo 4.13.: Bilişsel Üçlü Envanteri Puanlarının Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması

| Ölçek | Grup | n | Ort. | SS | SD | F | p |
|----------------|------------|-----|--------|-------|----|-------|------|
| Benlik Algısı | (1) Düşük | 24 | 31.37 | 16.06 | 2 | 1.502 | .224 |
| | (2) Orta | 259 | 26.49 | 13.63 | | | |
| | (3) Yüksek | 20 | 28.85 | 17.02 | | | |
| Dünya Algısı | (1) Düşük | 24 | 38.25 | 10.48 | 2 | .678 | .508 |
| | (2) Orta | 259 | 35.29 | 11.84 | | | |
| | (3) Yüksek | 20 | 36.05 | 15.87 | | | |
| Gelecek Algısı | (1) Düşük | 24 | 32.79 | 15.34 | 2 | .703 | .496 |
| | (2) Orta | 259 | 29.26 | 14.14 | | | |
| | (3) Yüksek | 20 | 30.45 | 15.18 | | | |
| BÜE | (1) Düşük | 24 | 102.41 | 36.57 | 2 | 1.101 | .334 |
| | (2) Orta | 259 | 91.05 | 36.47 | | | |
| | (3) Yüksek | 20 | 95.35 | 46.49 | | | |

* $p < 0,05$

Tablo 4.13'te değinildiği üzere gelir düzeyi değişkeni gruplarına göre benlik algısı alt boyutu puanı ($F=1,502$; $p=,224$; $p > 0,05$), dünya algısı alt boyutu puanı ($F=0,678$; $p=,508$; $p > 0,05$), gelecek algısı alt boyutu puanı ($F=0,703$; $p=,496$; $p > 0,05$) ve Bilişsel Üçlü Envanteri toplam puanı ($F=1,101$; $p=,334$; $p > 0,05$) istatistiksel bağlamda anlamlı düzeyde farklılaşma göstermemektedir.

Tablo 4.14: ORTO-11 Puanlarının Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması

| Ölçek | Grup | N | Ort. | SS | SD | F | P | Fark |
|---------|------------|-----|-------|------|----|-------|------|------|
| ORTO-11 | (1) Düşük | 24 | 28.70 | 3.99 | 2 | 5.625 | .004 | 1>3 |
| | (2) Orta | 259 | 27.44 | 5.44 | | | | 2>3 |
| | (3) Yüksek | 20 | 23.60 | 6.02 | | | | |

* $p < 0,05$

Tablo 4.14'te görüldüğü üzere gelir düzeyi değişkeni gruplarına göre orta düzey olanların ORTO-11 puanları ($F=5,625$; $p=,004$; $p < 0,05$) istatistiksel bağlamda anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Gelir düzeyi yüksek olan kişilerin ORTO-11 puanları gelir düzeyi düşük ve orta olan kişilerden anlamlı düzeyde farklı ve düşüktür.

4.6. KSE, PAÖ, BÜE ve ORTO-11 Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Ruhsal belirtiler, aleksitimi, bilişsel üçlü ve ortoreksiya nervoza değişkenlerinin eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını gözlemlemek amacıyla varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır.

Tablo 4.15: Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması

| Ölçek | Grup | n | Ort. | SS | F | SD | P | Fark |
|--------------------------------|---------------------------|-----|-------|------|-------|-------|-------------|------|
| Somati-zasyon | (1) İlkokul/Ortaokul | 30 | 8.10 | 6.49 | 1.766 | 302 | .154 | |
| | (2) Lise | 64 | 8.29 | 6.59 | | | | |
| | (3) Önlisans/Lisans | 167 | 7.99 | 6.42 | | | | |
| | (4) Yüksek Lisans/Doktora | 42 | 5.64 | 6.11 | | | | |
| OKB | (1) İlkokul/Ortaokul | 30 | 9.47 | 6.41 | .380 | 302 | .767 | |
| | (2) Lise | 64 | 10.50 | 6.27 | | | | |
| | (3) Önlisans/Lisans | 167 | 10.57 | 5.99 | | | | |
| | (4) Yüksek Lisans/Doktora | 42 | 9.81 | 7.28 | | | | |
| Hostilite | (1) İlkokul/Ortaokul | 30 | 5.67 | 5.27 | 1.138 | 302 | .334 | |
| | (2) Lise | 64 | 6.72 | 5.23 | | | | |
| | (3) Önlisans/Lisans | 167 | 7.33 | 5.43 | | | | |
| | (4) Yüksek Lisans/Doktora | 42 | 6.24 | 5.07 | | | | |
| Fobik Anksiyete | (1) İlkokul/Ortaokul | 30 | 3.30 | 3.30 | 2.241 | 302 | .084 | |
| | (2) Lise | 64 | 4.25 | 4.32 | | | | |
| | (3) Önlisans/Lisans | 167 | 4.43 | 4.26 | | | | |
| | (4) Yüksek Lisans/Doktora | 42 | 2.76 | 3.61 | | | | |
| Kişilerarası Duyarlılık | (1) İlkokul/Ortaokul | 30 | 5.40 | 3.89 | 2.070 | 302 | .104 | |
| | (2) Lise | 64 | 6.06 | 4.35 | | | | |
| | (3) Önlisans/Lisans | 167 | 6.13 | 4.24 | | | | |
| | (4) Yüksek Lisans/Doktora | 42 | 4.40 | 3.97 | | | | |
| Paranoid Düşünce | (1) İlkokul/Ortaokul | 30 | 6.97 | 4.99 | 3.205 | 3.299 | .024 | 3>4 |
| | (2) Lise | 64 | 8.83 | 4.92 | | | | |
| | (3) Önlisans/Lisans | 167 | 8.91 | 5.22 | | | | |
| | (4) Yüksek Lisans/Doktora | 42 | 6.62 | 4.96 | | | | |
| Depresyon | (1) İlkokul/Ortaokul | 30 | 7.03 | 6.13 | 2.438 | 302 | .065 | |
| | (2) Lise | 64 | 8.55 | 5.93 | | | | |
| | (3) Önlisans/Lisans | 167 | 8.95 | 5.91 | | | | |
| | (4) Yüksek Lisans/Doktora | 42 | 6.52 | 5.58 | | | | |
| Anksiyete Bozukluğu | (1) İlkokul/Ortaokul | 30 | 6.90 | 5.32 | 2.070 | 302 | .104 | |
| | (2) Lise | 64 | 7.17 | 5.92 | | | | |
| | (3) Önlisans/Lisans | 167 | 8.14 | 5.74 | | | | |
| | (4) Yüksek Lisans/Doktora | 42 | 5.83 | 5.53 | | | | |
| Psikotizm | (1) İlkokul/Ortaokul | 30 | 4.23 | 4.16 | 2.508 | 302 | .059 | |
| | (2) Lise | 64 | 5.58 | 4.72 | | | | |
| | (3) Önlisans/Lisans | 167 | 5.18 | 4.09 | | | | |
| | (4) Yüksek Lisans/Doktora | 42 | 3.57 | 3.34 | | | | |

| | | | | | | | |
|------------|-------------------------------|-----|-------|-------|-------|-----|------|
| KSE | (1)İlkokul/Ortaokul | 30 | 62.33 | 43.82 | 2.153 | 302 | .094 |
| | (2) Lise | 64 | 72.22 | 45.12 | | | |
| | (3) Önlisans/Lisans | 167 | 72.32 | 42.38 | | | |
| | (4) Yüksek Lisans/ Doktora | 42 | 56.0 | 43.69 | | | |

* $p < 0,05$

Tablo 4.15'te görüldüğü üzere eğitim durumu değişkeni gruplarına göre somatizasyon alt boyutu puanı ($F=1,766$; $p=,154 > 0,05$), obsesif kompulsif belirtiler alt boyutu puanı ($F=,380$; $p=,767 > 0,05$), hostilite alt boyutu puanı ($F=1,138$; $p=,334 > 0,05$), fobik anksiyete puanı ($F=2,241$; $p=,084 > 0,05$), kişilerarası duyarlılık puanı ($F=2,070$; $p=,104 > 0,05$), depresyon ($F=2,438$; $p=,065 > 0,05$), anksiyete bozukluğu ($F=2,070$; $p=,104 > 0,05$) alt boyutları puanı, psikotizm ($F=2,508$; $p=,059 > 0,05$) ve Kısa Semptom Envanteri toplam puanı ($F=2,153$; $p=,094 > 0,05$) istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılaşma göstermezken; paranoid düşünce ($F=3,205$; $p=,024 < 0,05$) anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Tablo 4.16.: Perth Aleksitimi Ölçeği Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması

| Ölçek | Grup | N | Ort. | SS | SD | F | p |
|-------------|--------------------------|-----|-------|-------|----|-------|------|
| NDTZ | (1) İlkokul/Ortaokul | 30 | 13.36 | 7.71 | 3 | 1.401 | .243 |
| | (2) Lise | 64 | 11.59 | 6.90 | | | |
| | (3) Önlisans/Lisans | 167 | 11.79 | 6.21 | | | |
| | (4)Yüksek Lisans/Doktora | 42 | 10.24 | 5.72 | | | |
| PDTZ | (1) İlkokul/Ortaokul | 30 | 9.96 | 6.29 | 3 | .507 | .678 |
| | (2) Lise | 64 | 10.00 | 5.99 | | | |
| | (3) Önlisans/Lisans | 167 | 9.86 | 6.11 | | | |
| | (4)Yüksek Lisans/Doktora | 42 | 8.69 | 5.34 | | | |
| NDİZ | (1) İlkokul/Ortaokul | 30 | 15.93 | 8.22 | 3 | 1.064 | .365 |
| | (2) Lise | 64 | 14.42 | 8.28 | | | |
| | (3) Önlisans/Lisans | 167 | 13.95 | 7.00 | | | |
| | (4)Yüksek Lisans/Doktora | 42 | 12.83 | 7.48 | | | |
| PDİZ | (1) İlkokul/Ortaokul | 30 | 11.63 | 7.31 | 3 | 1.009 | .389 |
| | (2) Lise | 64 | 12.59 | 7.44 | | | |
| | (3) Önlisans/Lisans | 167 | 11.45 | 6.95 | | | |
| | (4)Yüksek Lisans/Doktora | 42 | 10.21 | 5.82 | | | |
| GDVD | (1) İlkokul/Ortaokul | 30 | 22.83 | 11.33 | 3 | .708 | .548 |
| | (2) Lise | 64 | 25.21 | 13.65 | | | |
| | (3) Önlisans/Lisans | 167 | 22.91 | 13.35 | | | |
| | (4)Yüksek Lisans/Doktora | 42 | 21.67 | 13.96 | | | |
| PAÖ | (1) İlkokul/Ortaokul | 30 | 73.73 | 36.20 | 3 | .773 | .510 |
| | (2) Lise | 64 | 73.82 | 38.78 | | | |
| | (3) Önlisans/Lisans | 167 | 69.98 | 35.23 | | | |
| | (4)Yüksek Lisans/Doktora | 42 | 63.64 | 35.37 | | | |

* $p < 0,05$

Tablo 4.16’da görüldüğü üzere eğitim düzeyi değişkeni gruplarına göre negatif duyguları tanıma zorluğu puanı ($F=1,401$; $p=,243$; $p>0,05$), pozitif duyguları tanıma zorluğu puanı ($F=0,507$; $p=,678$; $p>0,05$), negatif duyguları ifade zorluğu puanı ($F=1,064$; $p=,365$; $p>0,05$), pozitif duyguları ifade zorluğu puanı ($F=1,009$; $p=,389$; $p>0,05$), genel dışı vuruk düşünme puanı ($F=0,708$; $p=,548$; $p>0,05$) ve Perth Aleksitimi Ölçeği toplam puanı ($F=0,773$; $p=,510$; $p>0,05$) istatistiksel bağlamda anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir.

Tablo 4.17: Bilişsel Üçlü Envanteri Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması

| Ölçek | Grup | N | Ort. | SS | SD | F | p |
|-----------------------|--------------------------|-----|-------|-------|----|-------|------|
| Benlik Algısı | (1) İlkokul/Ortaokul | 30 | 24.80 | 13.36 | 3 | 1.795 | .148 |
| | (2) Lise | 64 | 30.21 | 15.77 | | | |
| | (3) Önlisans/Lisans | 167 | 25.92 | 13.20 | | | |
| | (4)Yüksek Lisans/Doktora | 42 | 28.19 | 14.91 | | | |
| Dünya Algısı | (1) İlkokul/Ortaokul | 30 | 38.80 | 13.57 | 3 | .767 | .513 |
| | (2) Lise | 64 | 37.40 | 11.05 | | | |
| | (3) Önlisans/Lisans | 167 | 35.19 | 11.78 | | | |
| | (4)Yüksek Lisans/Doktora | 42 | 35.59 | 13.33 | | | |
| Gelecek Algısı | (1) İlkokul/Ortaokul | 30 | 28.76 | 12.97 | 3 | 2.003 | .114 |
| | (2) Lise | 64 | 33.45 | 14.87 | | | |
| | (3) Önlisans/Lisans | 167 | 28.40 | 14.15 | | | |
| | (4)Yüksek Lisans/Doktora | 42 | 29.26 | 14.32 | | | |
| BÜE | (1) İlkokul/Ortaokul | 30 | 87.36 | 37.83 | 3 | 1.692 | .169 |
| | (2) Lise | 64 | 101.1 | 38.38 | | | |
| | (3) Önlisans/Lisans | 167 | 89.51 | 35.52 | | | |
| | (4)Yüksek Lisans/Doktora | 42 | 93.04 | 40.48 | | | |

* $p<0,05$

Tablo 4.17’de değinildiği üzere eğitim düzeyi değişkeni gruplarına göre benlik algısı alt boyutu puanı ($F=1,795$; $p=,148$; $p>0,05$), dünya algısı alt boyutu puanı ($F=0,767$; $p=,513$; $p>0,05$), gelecek algısı alt boyutu puanı ($F=2,003$; $p=,114$; $p>0,05$) ve Bilişsel Üçlü Envanteri toplam puanı ($F=1,692$; $p=,169$; $p>0,05$) istatistiksel bağlamda anlamlı düzeyde farklılaşma göstermemektedir.

Tablo 4.18: ORTO-11 Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması

| Ölçek | Grup | n | Ort. | SS | SD | F | P |
|---------|---------------------------|-----|-------|------|----|------|------|
| ORTO-11 | (1) İlkokul/Ortaokul | 30 | 28.26 | 4.25 | 3 | .812 | .488 |
| | (2) Lise | 64 | 27.46 | 5.62 | | | |
| | (3) Önlisans/Lisans | 167 | 27.29 | 5.31 | | | |
| | (4) Yüksek Lisans/Doktora | 42 | 26,29 | 6,55 | | | |

* $p < 0,05$

Tablo 4.18’de görüldüğü üzere eğitim düzeyi değişkeni gruplarına göre ORTO-11 puanları ($F=,812$; $p=,488$; $p>0,05$) istatistiksel bağlamda anlamlı olarak farklılaşma görülmemektedir.

4.7. KSE, PAÖ, BÜE ve ORTO-11 Puanlarının Yaş Aralığı Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Ruhsal belirtiler, aleksitimi, bilişsel üçlü ve ortoreksiya nervoza değişkenlerinin yaş aralığı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı gözlemlemek amacıyla varyansa analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analize 18-24 yaş aralığı “1”, 25-34 yaş aralığı “2”, 35-44 yaş aralığı “3” ve 45-63 yaş aralığı “4” şeklinde gruplandırılarak dahil edilmiştir.

Tablo 4.19: Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Yaş Aralığı Değişkenine Göre Karşılaştırılması

| Ölçek | Grup | n | Ort. | SS | F | SD | p | Fark |
|-------------------------|----------|-----|-------|------|--------|-------|------|---------------------------|
| Somatizasyon | (1)18-24 | 66 | 11.05 | 6.89 | 9.284 | 3.299 | .000 | 1>2 1>3 1>4 |
| | (2)25-34 | 126 | 7.10 | 6.21 | | | | |
| | (3)35-44 | 56 | 7.55 | 6.87 | | | | |
| | (4)45-63 | 55 | 5.42 | 4.29 | | | | |
| OKB | (1)18-24 | 66 | 12.86 | 5.19 | 9.166 | 3.299 | .000 | 1>3 1>4 2>4 |
| | (2)25-34 | 126 | 10.79 | 6.45 | | | | |
| | (3)35-44 | 56 | 9.30 | 6.52 | | | | |
| | (4)45-63 | 55 | 7.35 | 5.39 | | | | |
| Hostilite | (1)18-24 | 66 | 9.29 | 5.53 | 12.947 | 3.299 | .000 | 1>2 1>3 1>4 2>4 3>4 |
| | (2)25-34 | 126 | 7.19 | 5.52 | | | | |
| | (3)35-44 | 56 | 6.55 | 4.62 | | | | |
| | (4)45-63 | 55 | 3.62 | 3.39 | | | | |
| Fobik Anksiyete | (1)18-24 | 66 | 6.36 | 4.57 | 12.547 | 3.299 | .000 | 1>2 1>3 1>4 2>4 |
| | (2)25-34 | 126 | 3.93 | 3.93 | | | | |
| | (3)35-44 | 56 | 3.48 | 3.87 | | | | |
| | (4)45-63 | 55 | 2.13 | 2.94 | | | | |
| Kişilerarası Duyarlılık | (1)18-24 | 66 | 7.95 | 4.32 | 10.879 | 3.299 | .000 | 1>2 1>3 1>4 2>4 3>4 |
| | (2)25-34 | 126 | 5.52 | 4.09 | | | | |
| | (3)35-44 | 56 | 5.86 | 3.94 | | | | |
| | (4)45-63 | 55 | 3.84 | 3.56 | | | | |
| Paranoid Düşünce | (1)18-24 | 66 | 10.32 | 4.99 | 11.910 | 3.299 | .000 | 1>4 2>4 3>4 |
| | (2)25-34 | 126 | 8.78 | 5.50 | | | | |

| | | | | | | | | |
|----------------------------|----------|-----|-------|-------|--------|-------|-------------|---------|
| | (3)35-44 | 56 | 8.43 | 4.35 | | | | |
| | (4)45-63 | 55 | 5.11 | 3.65 | | | | |
| Depresyon | (1)18-24 | 66 | 11.80 | 5.59 | 15.571 | 3.299 | .000 | 1>2 1>3 |
| | (2)25-34 | 126 | 8.36 | 5.82 | | | | 1>4 2>4 |
| | (3)35-44 | 56 | 7.45 | 5.51 | | | | |
| | (4)45-63 | 55 | 5.04 | 4.82 | | | | |
| Anksiyete Bozukluğu | (1)18-24 | 66 | 10.97 | 5.89 | 15.588 | 3.299 | .000 | 1>2 1>3 |
| | (2)25-34 | 126 | 7.29 | 5.56 | | | | 1>4 2>4 |
| | (3)35-44 | 56 | 6.88 | 5.15 | | | | |
| | (4)45-63 | 55 | 4.42 | 4.34 | | | | |
| Psikotizm | (1)18-24 | 66 | 7.09 | 4.65 | 10.122 | 3.299 | .000 | 1>2 1>3 |
| | (2)25-34 | 126 | 4.69 | 3.95 | | | | 1>4 |
| | (3)35-44 | 56 | 4.73 | 4.20 | | | | |
| | (4)45-63 | 55 | 3.18 | 2.90 | | | | |
| KSE | (1)18-24 | 66 | 94.67 | 41.67 | 15.879 | 3.299 | .000 | 1>2 1>3 |
| | (2)25-34 | 126 | 69.56 | 42.60 | | | | 1>4 2>4 |
| | (3)35-44 | 56 | 65.36 | 42.19 | | | | 3>4 |
| | (4)45-63 | 55 | 43.95 | 32.26 | | | | |

* $p < 0,05$

Tablo 4.19’da görüldüğü üzere yaş aralığı değişkeni gruplarına göre somatizasyon alt boyutu puanı ($F=9,284$; $p=,000 < 0,05$), obsesif kompulsif belirtiler alt boyutu puanı ($F=9,166$; $p=,000 < 0,05$), hostilite alt boyutu puanı ($F=12,947$; $p=,000 < 0,05$), fobik anksiyete puanı ($F=12,547$; $p=,000 < 0,05$), kişilerarası duyarlılık puanı ($F=18,879$; $p=,000 < 0,05$), paranoid düşünce ($F=11,910$; $p=,000 < 0,05$), depresyon ($F=15,571$; $p=,000 < 0,05$), anksiyete bozukluğu ($F=15,588$; $p=,000 < 0,05$), psikotizm ($F=10,122$; $p=,000 < 0,05$) ve Kısa Semptom Envanteri toplam puanı ($F=15,879$; $p=,000 < 0,05$) istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Tablo 4.20.: Perth Aleksitimi Ölçeği Puanlarının Yaş Aralığı Değişkenine Göre Karşılaştırılması

| Ölçek | Grup | n | Ort. | SS | SD | F | P | Fark |
|-------|----------|-----|-------|------|----|-------|-------------|------|
| NDTZ | (1)18-24 | 66 | 12.98 | 5.76 | 3 | 2.652 | .049 | 1>4 |
| | (2)25-34 | 126 | 11.96 | 6.61 | | | | |
| | (3)35-44 | 56 | 11.44 | 6.99 | | | | |
| | (4)45-63 | 55 | 9.76 | 6.09 | | | | |
| PDTZ | (1)18-24 | 66 | 10.81 | 5.63 | 3 | 2.263 | .081 | |
| | (2)25-34 | 126 | 10.02 | 6.67 | | | | |
| | (3)35-44 | 56 | 9.46 | 5.75 | | | | |
| | (4)45-63 | 55 | 8.09 | 4.64 | | | | |
| NDİZ | (1)18-24 | 66 | 15.00 | 7.16 | 3 | 1.477 | .221 | |
| | (2)25-34 | 126 | 14.64 | 7.65 | | | | |
| | (3)35-44 | 56 | 12.75 | 7.33 | | | | |
| | (4)45-63 | 55 | 13.11 | 7.50 | | | | |
| PDİZ | (1)18-24 | 66 | 12.50 | 6.32 | 3 | 1.037 | .376 | |
| | (2)25-34 | 126 | 11.79 | 7.32 | | | | |

| | | | | | | | |
|------|----------|-----|-------|-------|---|-------|------|
| | (3)35-44 | 56 | 10.73 | 6.95 | | | |
| | (4)45-63 | 55 | 10.64 | 6.78 | | | |
| GDVD | (1)18-24 | 66 | 23.36 | 12.77 | 3 | 1.777 | .152 |
| | (2)25-34 | 126 | 24.85 | 15.20 | | | |
| | (3)35-44 | 56 | 22.57 | 11.39 | | | |
| | (4)45-63 | 55 | 19.98 | 10.42 | | | |

* $p < 0,05$

Tablo 4.20’de görüldüğü üzere yaş aralığı değişkeni gruplarına göre negatif duyguları tanıma zorluğu puanı ($F=2,652$; $p=,049$; $p < 0,05$) ve genel duyguları tanıma zorluğu puanı ($F=2,760$; $p=,042$; $p < 0,05$) istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki gösterirken; pozitif duyguları tanıma zorluğu puanı ($F=2,263$; $p=,678$; $p > 0,05$), negatif duyguları ifade zorluğu puanı ($F=1,037$; $p=,376$; $p > 0,05$), pozitif duyguları ifade zorluğu puanı ($F=1,009$; $p=,389$; $p > 0,05$), genel dışa vuruk düşünme puanı ($F=1,777$; $p=,152$; $p > 0,05$) ve Perth Aleksitimi Ölçeği toplam puanı ($F=1,853$; $p=,138$; $p > 0,05$) istatistiksel bağlamda anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir.

18-24 yaş aralığındaki katılımcıların negatif duyguları tanıma zorluğu puanları ve genel duyguları tanıma zorluğu puanları 44-63 yaş aralığındaki katılımcıların negatif duyguları tanıma zorluğu puanları ve genel duyguları tanıma zorluğu puanlarından farklı ve yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir.

Tablo 4.21: Bilişsel Üçlü Envanteri Puanlarının Yaş Aralığı Değişkenine Göre Karşılaştırılması

| Ölçek | Grup | n | Ort. | SS | SD | F | P | Fark |
|----------------|----------|-----|-------|-------|----|-------|-------------|---------------------|
| Benlik Algısı | (1)18-24 | 66 | 28.47 | 13.85 | 3 | 4.264 | .006 | 1>4, 2>4 |
| | (2)25-34 | 126 | 28.65 | 14.80 | | | | |
| | (3)35-44 | 56 | 27.59 | 14.41 | | | | |
| | (4)45-63 | 55 | 21.04 | 10.78 | | | | |
| Dünya Algısı | (1)18-24 | 66 | 36.15 | 10.73 | 3 | 6.526 | .000 | 1>4, 2>4, 3>4 |
| | (2)25-34 | 126 | 37.32 | 12.96 | | | | |
| | (3)35-44 | 56 | 37.11 | 13.04 | | | | |
| | (4)45-63 | 55 | 29.33 | 7.71 | | | | |
| Gelecek Algısı | (1)18-24 | 66 | 28.53 | 12.99 | 3 | 2.660 | .048 | 2>4 |
| | (2)25-34 | 126 | 31.81 | 15.67 | | | | |
| | (3)35-44 | 56 | 30.00 | 14.30 | | | | |
| | (4)45-63 | 55 | 25.55 | 11.51 | | | | |
| BÜE | (1)18-24 | 66 | 93.15 | 33.95 | 3 | 4.729 | .003 | 2>4, 3>4 |
| | (2)25-34 | 126 | 97.79 | 40.55 | | | | |
| | (3)35-44 | 56 | 94.70 | 38.49 | | | | |
| | (4)45-63 | 55 | 75.91 | 26.25 | | | | |

* $p < 0,05$

Tablo 4.21’de değinildiği üzere yaş aralığı değişkeni gruplarına göre benlik algısı alt boyutu puanı (F=4,264; p=,006; p<0,05), dünya algısı alt boyutu puanı (F=6,526; p=,000; p<0,05), gelecek algısı alt boyutu puanı (F=2,660; p=,048; p<0,05) ve Bilişsel Üçlü Envanteri toplam puanı (F=4,729; p=,003; p<0,05) istatistiksel bağlamda anlamlı düzeyde farklılaşma göstermektedir.

Katılımcıların benlik algısı puanlarına bakıldığında, 18-24 yaş aralığı ve 25-34 yaş aralığındaki katılımcıların ortalama puanlarının 45-63 yaş aralığındaki katılımcıların ortalama puanlarından farklı ve yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların dünya algısı puanlarına bakıldığında, 18-24 yaş aralığı, 25-34 yaş aralığı ve 35-44 yaş aralığındaki katılımcıların ortalama puanlarının 45-63 yaş aralığındaki katılımcıların ortalama puanlarından farklı ve yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Katılımcıların gelecek algısı puanlarına bakıldığında, 25-34 yaş aralığındaki katılımcıların ortalama puanlarının 45-63 yaş aralığındaki katılımcıların ortalama puanlarından farklı ve yüksek olduğu görülmektedir. Bunlara ek olarak; katılımcıların Bilişsel Üçlü Envanteri toplam puanlarına bakıldığında, 25-34 yaş aralığı ve 35-44 yaş aralığındaki katılımcıların ortalama puanlarının 45-63 yaş aralığındaki katılımcıların ortalama puanlarından farklı ve yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir.

Tablo 4.22: ORTO-11 Puanlarının Yaş Aralığı Değişkenine Göre Karşılaştırılması

| Ölçek | Grup | n | Ort. | SS | SD | F | p |
|---------|----------|-----|-------|------|----|-------|------|
| ORTO-11 | (1)18-24 | 66 | 25.56 | 5.41 | 3 | 2.502 | .060 |
| | (2)25-34 | 126 | 26.41 | 5.79 | | | |
| | (3)35-44 | 56 | 27.21 | 4.92 | | | |
| | (4)45-63 | 55 | 27.85 | 5.79 | | | |

*p<0,05

Tablo 4.22’de görüldüğü üzere eğitim düzeyi değişkeni gruplarına göre ORTO-11 puanları (F=2,502; p=,060; p>0,05) istatistiksel bağlamda anlamlı olarak farklılaşma görülmemektedir.

4.8. KSE, PAÖ, BÜE ve ORTO-11 Puanlarını Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Ruhsal belirtiler, aleksitimi, bilişsel üçlü ve ortoreksiya nervoza değişkeni arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına Tablo 4.23’te yer verilmiştir.

4.8.1. Ruhsal Belirtiler ve Aleksitimi Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Tablo 4.23'te görüldüğü üzere Kısa Semptom Envanteri toplam puanı ile aleksitimi arasındaki ilişkilere bakıldığında; ruhsal belirtiler ile negatif duyguları tanıma zorluğu alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ($r=,519$; $p<0.001$), ruhsal belirtiler ve pozitif duyguları tanıma zorluğu alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı ($r=,499$; $p<0.001$), ruhsal belirtiler ile negatif duyguları ifade zorluğu alt boyutu ile pozitif yönde anlamlı ($r=,443$; $p<0.001$), ruhsal belirtiler ve pozitif duyguları ifade zorluğu alt boyutu ile pozitif yönde anlamlı ($r=,452$; $p<0.001$), ruhsal belirtiler ile genel dışa vuruk düşünme alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı ($r=,446$; $p<0.001$); ruhsal belirtiler ve aleksitimi ölçek toplam puanı arasında pozitif yönlü anlamlı ($r=,519$; $p<0.001$) ilişki olduğu görülmektedir.

Tablo 4.23'te görüldüğü üzere somatizasyon ile aleksitimi arasındaki ilişkilere bakıldığında; somatizasyon ile negatif duyguları tanıma zorluğu alt boyutuylaolumlu (pozitif) yönde anlamlı ($r=,472$; $p<0.001$), somatizasyon ve pozitif duyguları tanıma zorluğu alt boyutuyla pozitif yönlü anlamlı ($r=,425$; $p<0.001$), somatizasyon ile negatif duyguları ifade zorluğu alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ($r=,368$; $p<0.001$), somatizasyon ve pozitif duyguları ifade zorluğu alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ($r=,389$; $p<0.001$), somatizasyon ve genel dışa vuruk düşünme alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı ($r=,359$; $p<0.001$) ilişki olduğu görülmektedir.

Tablo 4.23'te görüldüğü üzere obsesif kompulsif belirtiler ile aleksitimi arasındaki ilişkilere bakıldığında; obsesif kompulsif belirtiler ile negatif duyguları tanıma zorluğu alt boyutu arasında olumlu yönde anlamlı ($r=,591$; $p<0.001$), obsesif kompulsif belirtiler ve pozitif duyguları tanıma zorluğu alt boyutu ile pozitif yönde anlamlı ($r=,556$; $p<0.001$), obsesif kompulsif belirtiler ve negatif duyguları ifade zorluğu alt boyutu pozitif yönde anlamlı ($r=,528$; $p<0.001$), obsesif kompulsif belirtiler ve pozitif duyguları ifade zorluğu alt boyutu pozitif yönlü anlamlı ($r=,542$; $p<0.001$), obsesif kompulsif belirtiler ile genel dışa vuruk düşünme alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı ($r=,533$; $p<0.001$) ilişki olduğu görülmektedir.

Hostilite ile aleksitimi arasındaki ilişkilere bakıldığında; hostilite ve negatif duyguları tanıma zorluğu alt boyutu arasında olumlu yönde anlamlı ($r=,358$; $p<0.001$), hostilite ile pozitif duyguları tanıma zorluğu alt boyutuyla pozitif yönlü anlamlı ($r=,356$; $p<0.001$), hostilite ile negatif duyguları ifade zorluğu alt boyutu arasında olumlu yönde

anlamli ($r=,314$; $p<0.001$), hostilete ile pozitif duygulari ifade zorlugu alt boyutu ile pozitif yonde anlamli ($r=,329$; $p<0.001$), hostilete ile genel disa vuruk dusunme alt boyutu arasında pozitif yonlu anlamli ($r=,373$; $p<0.001$) iliski oldugu gorulmektedir.

Fobik anksiyete ile aleksitimi arasındaki iliskilere bakildiginda; fobik anksiyete ile negatif duygulari tanıma zorlugu alt boyutu iliskisinde pozitif yonde anlamli ($r=,379$; $p<0.001$), fobik anksiyete ile pozitif duygulari tanıma zorlugu alt boyutu arasında pozitif yonde anlamli ($r=,358$; $p<0.001$), fobik anksiyete ve negatif duygulari ifade zorlugu alt boyutu iliskisinde pozitif yonde anlamli ($r=,291$; $p<0.001$), fobik anksiyete ile pozitif duygulari ifade zorlugu alt boyutu ile pozitif yonde ve anlamli ($r=,286$; $p<0.001$), fobik anksiyete ile genel disa vuruk dusunme alt boyutu arasında pozitif yonlu anlamli ($r=,279$; $p<0.001$) iliski oldugu gorulmektedir.

Kisilerarası duyarlılık ile aleksitimi arasındaki iliskilere bakildiginda; kisilerarası duyarlılık ve negatif duygulari tanıma zorlugu alt boyutu iliskisinde pozitif yonde anlamli ($r=,391$; $p<0.001$), kisilerarası duyarlılık ve pozitif duygulari tanıma zorlugu alt boyutu iliskisinde pozitif yonde anlamli ($r=,410$; $p<0.001$), kisilerarası duyarlılık ile negatif duygulari ifade zorlugu alt boyutu arasında pozitif yonde anlamli ($r=,355$; $p<0.001$), kisilerarası duyarlılık ile pozitif duygulari ifade zorlugu alt boyutu iliskisinde pozitif yonde anlamli ($r=,358$; $p<0.001$), kisilerarası duyarlılık ile genel disa vuruk dusunme alt boyutu arasında pozitif yonlu anlamli ($r=,318$; $p<0.001$) iliski oldugu gorulmektedir.

Paranoid dusunce ile aleksitimi arasındaki iliskilere bakildiginda; paranoid dusunce ile negatif duygulari tanıma zorlugu alt boyutu arasında pozitif yonde ve anlamli ($r=,467$; $p<0.001$), paranoid dusunce ile pozitif duygulari tanıma zorlugu alt boyutu iliskisinde pozitif yonde anlamli ($r=,501$; $p<0.001$), paranoid dusunce ile negatif duygulari ifade zorlugu alt boyutu arasında pozitif yonde anlamli ($r=,395$; $p<0.001$), paranoid dusunce ve pozitif duygulari ifade zorlugu alt boyutu iliskisinde pozitif yonde anlamli ($r=,421$; $p<0.001$), paranoid dusunce ile genel disa vuruk dusunme alt boyutu arasında pozitif yonlu anlamli ($r=,465$; $p<0.001$) iliski oldugu gorulmektedir.

Depresyon ile aleksitimi arasındaki iliskilere bakildiginda; depresyon ile negatif duygulari tanıma zorlugu alt boyutu arasında pozitif yonde ve anlamli ($r=,388$; $p<0.001$), depresyon ve pozitif duygulari tanıma zorlugu alt boyutu iliskisinde pozitif yonde anlamli ($r=,381$; $p<0.001$), depresyon ile negatif duygulari ifade zorlugu alt

boyutu ilişkisinde pozitif yönde ve anlamlı ($r=,349$; $p<0.001$), depresyon ile pozitif duyguları ifade zorluğu alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ($r=,354$; $p<0.001$), depresyon ile genel dışa vuruk düşünme alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı ($r=,334$; $p<0.001$) ilişki olduğu görülmektedir.

Anksiyete bozuklukları ile aleksitimi arasındaki ilişkilere bakıldığında; anksiyete bozuklukları ve negatif duyguları tanıma zorluğu alt boyutu arasındaki ilişki pozitif yönde anlamlı ($r=,377$; $p<0.001$), anksiyete bozuklukları ile pozitif duyguları tanıma zorluğu alt boyutu arasındaki ilişki pozitif yönde anlamlı ($r=,330$; $p<0.001$), anksiyete bozuklukları ile negatif duyguları ifade zorluğu alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı ($r=,301$; $p<0.001$), anksiyete bozuklukları ile pozitif duyguları ifade zorluğu alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı ($r=,279$; $p<0.001$), anksiyete bozuklukları ile genel dışa vuruk düşünme alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı ($r=,267$; $p<0.001$) ilişki olduğu görülmektedir.

Psikotizm ile aleksitimi arasındaki ilişkilere bakıldığında; psikotizm ve negatif duyguları tanıma zorluğu alt boyutu ilişkisinde olumlu yönde ve anlamlı ($r=,465$; $p<0.001$), psikotizm ile pozitif duyguları tanıma zorluğu alt boyutu ilişkisinde olumlu yönde ve anlamlı ($r=,437$; $p<0.001$), psikotizm ile negatif duyguları ifade zorluğu alt boyutu ilişkisinde olumlu yönde ve anlamlı ($r=,404$; $p<0.001$), psikotizm ile pozitif duyguları ifade zorluğu alt boyutu ilişkisinde olumlu yönde ve anlamlı ($r=,426$; $p<0.001$), psikotizm ile genel dışa vuruk düşünme alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı ($r=,400$; $p<0.001$) ilişki olduğu görülmektedir.

4.8.2. Ruhsal Belirtiler ve Bilişsel Üçlü Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Tablo 4.23'te görüldüğü üzere ruhsal belirtiler ile bilişsel üçlü arasındaki ilişkilere bakıldığında; somatizasyon alt boyutu ile benlik algısı alt boyutu ($r=,511$; $p<0.001$), somatizasyon alt boyutu ile dünya algısı alt boyutu ($r=,538$; $p<0.001$), somatizasyon alt boyutu ile gelecek algısı alt boyutu ($r=,485$; $p<0.001$) arasında pozitif yönlü anlamlı; obsesif kompulsif belirtiler alt boyutu ile benlik algısı alt boyutu ($r=,645$; $p<0.001$), obsesif kompulsif belirtiler alt boyutu ile dünya algısı alt boyutu ($r=,602$; $p<0.001$), obsesif kompulsif belirtiler alt boyutu ile gelecek algısı alt boyutu ($r=,544$; $p<0.001$) arasında pozitif yönlü anlamlı; hostilete alt boyutu ile benlik algısı alt boyutu ($r=,495$; $p<0.001$), hostilete alt boyutu ile dünya algısı alt boyutu ($r=,548$; $p<0.001$),

hostilite alt boyutu ile gelecek algısı alt boyutu ($r=,458$; $p<0.001$) arasında pozitif yönlü anlamlı; fobik anksiyete alt boyutu ile benlik algısı alt boyutu ($r=,453$; $p<0.001$), fobik anksiyete alt boyutu ile dünya algısı alt boyutu ($r=,457$; $p<0.001$), fobik anksiyete alt boyutu ile gelecek algısı alt boyutu ($r=,376$; $p<0.001$) arasında pozitif yönlü anlamlı; kişilerarası duyarlılık alt boyutu ile benlik algısı alt boyutu ($r=,539$; $p<0.001$), kişilerarası duyarlılık alt boyutu ile dünya algısı alt boyutu ($r=,537$; $p<0.001$), kişilerarası duyarlılık alt boyutu ile gelecek algısı alt boyutu ($r=,484$; $p<0.001$) arasında pozitif yönlü anlamlı; paranoid düşünce alt boyutu ile benlik algısı alt boyutu ($r=,561$; $p<0.001$), paranoid düşünce alt boyutu ile dünya algısı alt boyutu ($r=,665$; $p<0.001$), paranoid düşünce alt boyutu ile gelecek algısı alt boyutu ($r=,523$; $p<0.001$) arasında pozitif yönlü anlamlı; depresyon alt boyutu ile benlik algısı alt boyutu ($r=,577$; $p<0.001$), depresyon alt boyutu ile dünya algısı alt boyutu ($r=,570$; $p<0.001$), depresyon alt boyutu ile gelecek algısı alt boyutu ($r=,547$; $p<0.001$), arasında pozitif yönlü anlamlı; anksiyete bozuklukları alt boyutu ile benlik algısı alt boyutu ($r=,506$; $p<0.001$), anksiyete bozuklukları alt boyutu ile dünya algısı alt boyutu ($r=,521$; $p<0.001$), anksiyete bozuklukları alt boyutu ile gelecek algısı alt boyutu ($r=,481$; $p<0.001$) arasında pozitif yönlü anlamlı; psikotizm alt boyutu ile benlik algısı alt boyutu ($r=,569$; $p<0.001$), psikotizm alt boyutu ile dünya algısı alt boyutu ($r=,562$; $p<0.001$), psikotizm alt boyutu ile gelecek algısı alt boyutu ($r=,486$; $p<0.001$) arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir.

4.8.3. Ruhsal Belirtiler ve Ortoreksiya Nervoza Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Tablo 4.23'te görüldüğü üzere ruhsal belirtiler ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkilere bakıldığında; somatizasyon alt boyutu ile arasında istatistiksel açıdan negatif yönde anlamlı ($r=-,228$; $p<0.001$); obsesif kompulsif belirtiler alt boyutu ile arasında negatif yönde anlamlı ($r=-,349$; $p<0.001$), hostilite alt boyutu ile arasında negatif yönde anlamlı ($r=-,188$; $p<0.001$), fobik anksiyete alt boyutu ile arasında negatif yönde anlamlı ($r=-,201$; $p=,001$), kişilerarası duyarlılık alt boyutu ile arasında negatif yönde anlamlı ($r=-,155$; $p<0.001$), paranoid düşünce alt boyutu ile arasında negatif yönde anlamlı ($r=-,292$; $p=,001$), psikotizm alt boyutu ile arasında negatif yönde anlamlı ($r=-,171$; $p=,001$), bir ilişkinin olduğu görülürken; depresyon alt boyutu ile arasında ($r=-,095$; $p=,098$) ve anksiyete bozuklukları alt boyutu ile arasında ($r=-,095$; $p=,097$) istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki görülmemektedir.

4.8.4. Aleksitimi ve Bilişsel Üçlü Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Aleksitimi ile bilişsel üçlü arasındaki ilişkilere bakıldığında; benlik algısı alt boyutu ile negatif duyguları tanıma zorluğu ($r=,547$; $p<0.001$) arasında, benlik algısı alt boyutu ile pozitif duyguları tanıma zorluğu ($r=,598$; $p<0.001$) arasında, benlik algısı alt boyutu ile negatif duyguları ifade zorluğu ($r=,446$; $p<0.001$) arasında, benlik algısı alt boyutu ile pozitif duyguları ifade zorluğu ($r=,533$; $p<0.001$) arasında, benlik algısı alt boyutu ile genel dışa vuruk düşünme ($r=,637$; $p<0.001$) arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde ve anlamlı ilişki olduğu sonucu bulunmuştur. Dünya algısı alt boyutu ile negatif duyguları tanıma zorluğu ($r=,469$; $p<0.001$) arasında, dünya algısı alt boyutu ile pozitif duyguları tanıma zorluğu ($r=,527$; $p<0.001$) arasında, dünya algısı alt boyutu ile negatif duyguları ifade zorluğu ($r=,392$; $p<0.001$) arasında, dünya algısı alt boyutu ile pozitif duyguları ifade zorluğu ($r=,457$; $p<0.001$) arasında, dünya algısı alt boyutu ile genel dışa vuruk düşünme ($r=,546$; $p<0.001$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir. Gelecek algısı alt boyutu ve negatif duyguları tanıma zorluğu ($r=,483$; $p<0.001$) arasında, pozitif duyguları tanıma zorluğu ($r=,564$; $p<0.001$) arasında, negatif duyguları ifade zorluğu ($r=,374$; $p<0.001$) arasında, pozitif duyguları ifade zorluğu ($r=,467$; $p<0.001$) arasında, genel dışa vuruk düşünme ($r=,587$; $p<0.001$) arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunduğu sonucu elde edilmiştir.

4.8.5. Aleksitimi ve Ortoreksiya Nervoza Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Aleksitimi ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkilere bakıldığında; negatif duyguları tanıma zorluğu alt boyutu ile ortoreksiya nervoza arasında negatif yönde anlamlı ($r=-,350$; $p<0.001$), pozitif duyguları tanıma zorluğu alt boyutu ile ortoreksiya nervoza arasında negatif yönde anlamlı ($r=-,398$; $p<0.001$), negatif duyguları ifade zorluğu alt boyutu ile ortoreksiya nervoza arasında negatif yönde anlamlı ($r=-,286$; $p<0.001$), pozitif duyguları ifade zorluğu alt boyutu ile ortoreksiya nervoza arasında negatif yönde anlamlı ($r=-,331$; $p<0.001$), genel dışa vuruk düşünme alt boyutu ile ortoreksiya nervoza arasında negatif yönde anlamlı ($r=-,414$; $p<0.001$), bir ilişki olduğu görülmektedir.

4.8.6. Bilişsel Üçlü ve Ortoreksiya Nervoza Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Bilişsel üçlü ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkilere bakıldığında; benlik algısı alt boyutu ile ortoreksiya nervoza arasında negatif yönde ve anlamlı ($r=-,325$; $p<0.001$), dünya algısı alt boyutu ile ortoreksiya nervoza arasında negatif yönde ve anlamlı ($r=-,301$; $p<0.001$), gelecek algısı alt boyutu ile ortoreksiya nervoza arasında negatif yönde ve anlamlı ($r=-,242$; $p<0.001$) bir ilişki olduğu görülmektedir.



Tablo 4.23: Ruhsal Belirtiler, Aleksitimi, Bilişsel Üçlü ve Ortoreksiya Nervoza Değişkeni Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
|------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----|
| Somatizasyon (1) | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OKB (2) | .665** | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hostilite (3) | .671** | .603** | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fobik Anksiyete (4) | .692** | .570** | .599** | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kişilerarası Duyarlılık (5) | .649** | .663** | .599** | .679** | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Paranoid Düşünce (6) | .623** | .702** | .704** | .601** | .688** | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Depresyon (7) | .665** | .674** | .652** | .658** | .821** | .639** | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Anksiyete Boz. (8) | .781** | .638** | .737** | .764** | .807** | .680** | .833** | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| Psikotizm (9) | .681** | .643** | .642** | .719** | .727** | .688** | .736** | .767** | 1 | | | | | | | | | | | | |
| KSE (10) | .855** | .818** | .813** | .810** | .856** | .825** | .874** | .916** | .854** | 1 | | | | | | | | | | | |
| NDTZ (11) | .472** | .591** | .358** | .379** | .391** | .467** | .388** | .377** | .465** | .519** | 1 | | | | | | | | | | |
| PDTZ (12) | .425** | .556** | .356** | .358** | .410** | .501** | .381** | .330** | .437** | .499** | .787** | 1 | | | | | | | | | |
| NDİZ (13) | .368** | .528** | .314** | .291** | .355** | .395** | .349** | .301** | .404** | .443** | .760** | .598** | 1 | | | | | | | | |
| PDİZ (14) | .389** | .542** | .329** | .286** | .358** | .421** | .354** | .279** | .426** | .452** | .742** | .802** | .795** | 1 | | | | | | | |
| GDVD (15) | .359** | .533** | .373** | .279** | .318** | .465** | .334** | .267** | .400** | .446** | .756** | .787** | .698** | .779** | 1 | | | | | | |
| PAÖ (16) | .439** | .609** | .389** | .346** | .398** | .501** | .397** | .337** | .469** | .519** | .889** | .876** | .853** | .911** | .930** | 1 | | | | | |
| Benlik Algısı (17) | .511** | .645** | .495** | .453** | .539** | .561** | .577** | .506** | .569** | .647** | .547** | .598** | .446** | .533** | .637** | .627** | 1 | | | | |
| Dünya Algısı (18) | .538** | .602** | .548** | .457** | .537** | .665** | .570** | .521** | .562** | .662** | .469** | .527** | .392** | .457** | .546** | .542** | .758** | 1 | | | |
| Gelecek Algısı (19) | .485** | .544** | .458** | .376** | .484** | .523** | .547** | .481** | .486** | .583** | .483** | .564** | .374** | .467** | .587** | .564** | .802** | .746** | 1 | | |
| BÜE (20) | .554** | .648** | .540** | .464** | .564** | .629** | .613** | .545** | .584** | .683** | .545** | .614** | .439** | .519** | .643** | .630** | .932** | .897** | .929** | 1 | |
| ORTO-11 (21) | -.228** | -.349** | -.188** | -.201** | -.155** | -.292** | -.095 | -.095 | -.171** | -.236** | -.350** | -.398** | -.286** | -.331** | -.414** | -.404** | -.325** | -.301** | -.242** | -.314** | 1 |

4.9. KSE, PAÖ ve BÜE Puanlarının ORTO-11 Puanları Üzerindeki Yordayıcılık Etkisinin İncelenmesi

Araştırmada kullanılan ruhsal belirti, aleksitimi ve bilişsel üçlü alt boyutlarının ortoreksiya nervoza üzerindeki yordayıcı etkisini araştırmak amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Tablo 4.24'te analizden elde edilen sonuçlara yer verilmiştir.

Tablo 4.24: Ruhsal Belirti, Aleksitimi ve Bilişsel Üçlü Alt Boyutlarının Ortoreksiya Nervoza Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesi

| Bağımlı Değişken | Bağımsız Değişken | Std. Olm. | | Std. β | t | Düz R ² | p | F (p) | R Δ R ² |
|------------------|-------------------------|-----------|------|--------------|--------|--------------------|-------------|---------|---------------------------|
| | | β | S.H. | | | | | | |
| ORTO-11 | (Sabit) | 32.118 | .960 | | 33.440 | | .000 | 6.169 | .522 |
| | Somatizasyon | -.050 | .075 | -.059 | -.674 | .052 | .501 | (.000*) | (.229) |
| | OKB | -.181 | .079 | -.207 | -2.277 | .122 | .024 | | |
| | Hostilite | .082 | .084 | .080 | .974 | .035 | .331 | | |
| | FobikAnksiyete | -.147 | .112 | -.111 | -1.312 | .040 | .190 | | |
| | Kişilerarası Duyarlılık | .198 | .115 | .152 | 1.715 | .024 | .087 | | |
| | Paranoid Düşünce | -.133 | .101 | -.126 | -1.318 | .085 | .189 | | |
| | Psikotizm | .224 | .121 | .171 | 1.846 | .029 | .066 | | |
| | NDTZ | .045 | .092 | .053 | .488 | .122 | .626 | | |
| | PDTZ | -.192 | .108 | -.210 | -1.786 | .158 | .075 | | |
| | NDIZ | -.004 | .076 | -.005 | -.050 | .082 | .960 | | |
| | PDIZ | .075 | .094 | .096 | .803 | .110 | .423 | | |
| | GDVD | -.110 | .044 | -.266 | -2.503 | .171 | .013 | | |
| | Benlik Algısı | -.049 | .040 | -.126 | -1.206 | .106 | .229 | | |
| | Dünya Algısı | -.039 | .042 | -.085 | -.908 | .091 | .365 | | |
| Gelecek Algısı | .070 | .036 | .184 | 1.940 | .058 | .053 | | | |

* $p < 0.05$

Yapılan analiz sonucu ele alındığında, F değerine karşılık gelen anlamlılık düzeyine bakıldığında modelin istatistiksel bağlamda anlamlı olduğu sonucu saptanmıştır (Düz R²=,273; F_{15,287}=6,169; p<0,05). Analiz sonucuna göre, bağımsız değişkenler, ortoreksiya nervoza değişkeninin %22,9'unu (Düzeltilmiş R²=,229) açıklamaktadır (Tablo 4.24).

Tablo 4.24'te görüldüğü üzere obsesif kompulsif belirtiler alt boyut puanı ($\beta=-,181$; $t=-2,277$; $p<0,05$) negatif yönde) ORTO-11 puanını anlamlı olarak yordadığı görülürken; somatizasyon alt boyut puanı ($t=-,674$; $p>0,05$) ORTO-11 puanını ($\beta=-,050$); hostilite alt boyutu puanı ($t=,974$; $p>0,05$) ORTO-11 puanını ($\beta=,082$); fobik anksiyete alt boyut puanı ($t=-1,312$; $p>0,05$) ORTO-11 puanını ($\beta=-,147$); kişilerarası duyarlılık alt boyut puanı ($t=1,715$; $p<0,05$) ORTO-11 puanını ($\beta=,198$); paranoid düşünce alt boyut puanı ($t=-1,318$; $p<0,05$) ORTO-11 puanını ($\beta=-,133$); psikotizm alt boyut puanı ($t=1,846$; $p>0,05$) ORTO-11 puanını ($\beta=,224$) anlamlı olarak yordamadığı görülmektedir.

Tablo 4.24'te görüldüğü üzere genel dışa vuruk düşünme alt boyut puanı ($t=-2,503$, $p<0,05$) ORTO-11 puanını anlamlı ve negatif yönlü ($\beta=-,110$) yordadığı görülürken; negatif duyguları tanıma zorluğu alt boyut puanının ($t=,488$, $p<0,05$) ise ORTO-11 puanını ($\beta=,045$); pozitif duyguları tanıma zorluğu alt boyut puanı ($t=-1,786$, $p<0,05$) ORTO-11 puanını ($\beta=-,192$); negatif duyguları ifade zorluğu alt boyut puanının ($t=-,050$, $p<0,05$) ise ORTO-11 puanını ($\beta=-,004$); pozitif duyguları ifade zorluğu alt boyut puanının ($t=,803$, $p<0,05$) ise ORTO-11 puanını ($\beta=,075$) anlamlı olarak yordamadığı analiz sonuçlarında görülmektedir.

Tablo 4.24'te görüldüğü üzere benlik algısı alt boyutu puanı ($t=-1,206$, $p<0,05$) ORTO-11 puanını ($\beta=-,049$); dünya algısı alt boyut puanının ($t=-,908$, $p>0,05$) ORTO-11 puanını ($\beta=-,039$); gelecek algısı alt boyutunun ($t=1,940$, $p>0,05$) ORTO-11 puanını ($\beta=,070$) istatistiksel bağlamda anlamlı olarak yordamadığı tespit edilmiştir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmaya dair sonuçlar, elde edilen verilerin ve analizlerin daha önceden yapılmış olan çalışmalarla benzerlikleri ve farklılıklarını açıklayan tartışmalar bulunmaktadır. En son kısımda da bu çalışmanın literatüre sağladığı katkı ve mevcut bulgulardan yola çıkılarak oluşturulan öneriler yer almaktadır.

5.1. Genel Değerlendirme ve Tartışma

Bu başlık altında, bu tez çalışması kapsamında yapılan analizlerden bahsedilmektedir. Ayrıca bu tez çalışmasına ait hipotezler tartışılmaktadır.

5.1.1. Medeni Durum Değişkenine Ait Fark Analizlerine İlişkin Tartışma

Bu tez çalışması çerçevesinde çalışılmış olan tüm değişkenlerin alt faktörlerinin “bekar”, “evli” ve “ilişkisi var” medeni durum faktörleri arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini açıklamak amacıyla yapılan varyans analizi sonucunda ruhsal belirtiler toplam ve alt faktörleri (somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, hostilite, fobik anksiyete, kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, depresyon, anksiyete bozukluğu, psikotizm) puanları, aleksitimi toplam ve alt faktörleri (negatif duyguları tanıma zorluğu, negatif duyguları ifade zorluğu, pozitif duyguları ifade zorluğu, genel dışa vuruk düşünme) puanları ve bilişsel üçlü toplam ve alt faktörleri (benlik algısı, dünya algısı) puanları anlamlı bir farklılaşma gösterirken; medeni durum ile aleksitiminin pozitif duyguları tanıma zorluğu alt faktörü, bilişsel üçlünün gelecek algısı alt faktörü ve ortoreksiya nervoza puanları arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür.

Ruhsal belirtiler ve medeni durum arasındaki analizlerde, bekar olan katılımcıların ruhsal belirti toplam ve alt faktör puanlarının evli olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu; evli olan katılımcıların ruhsal belirti seviyelerinin ilişkisi olan katılımcılara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Bireylerin yakın ilişkide oldukları kişi tarafından sosyal ve duygusal destek görmesi, kişilerarası ilişkilerin karşılıklı duygu paylaşımıyla olumlu bir yapıya bürünmesi psikopatoloji belirtilerinin oluşmasını veya ilerlemesini engelliyor olabilir. Yaşamın içindeki maddi, sosyal, çevresel ve ailevi problemlerin partnerle paylaşılması olası depresyon ve anksiyete semptom artışını engelleyebilir. Bu tez çalışmasından elde edilen sonuçlarla paralellik göstererek evli bireylerin ruhsal belirti seviyelerinin daha düşük olduğunu bulan başka çalışmalar da

mevcuttur (Buono, vd., 2023: 4). İdik ve Karılı (2024) yaptıkları çalışmanın bulgularında bekar olan katılımcıların obsesif kompulsif bozukluk seviyelerinin evli olan katılımcılara göre daha yüksek olduğunu açıklamışlardır. Depresyon çalışmalarında da bekar ve boşanmış olan kişilerin semptomlarının evli olan kişilere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (Buckman, vd., 2021: 42). Bu bağlamda değerlendirildiğinde, ruhsal belirtilerin oluşumunda evli olma durumunun koruyucu bir faktör olabileceği yorumunu yapmak mümkündür.

Aleksitimi ve medeni durum arasındaki analizlerde, bekar olan katılımcıların aleksitimi puanlarının evli olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu; aynı şekilde ilişkisi olan katılımcıların aleksitimi seviyelerinin de evli olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Evlilikte bireylerin hem kendilerinde hem de partnerlerinde meydana gelen duygu değişimlerini sıkça gözleme imkânı bulmaları duyguların ön plana çıkmasına olanak sağlıyor olabilir. Günlük olaylar, problemler ve paylaşımlar sebebiyle duygusal iletişimde bulunmaları aleksitimi seviyesinin düşük olmasını açıklayabilir (Güneş ve Turan, 2022: 143). Bu durum hem negatif hem de pozitif içerikli duyguların tanınmasına ve ifade edilmesine sebep olabilir. İlişkinin dinamiğinde birey kendi istek ve duygu bütünlüğüyle iç kaynaktan gelen düşünce ve tutumlara yönelerek yalnızca dış kaynaklardan gelen uyarınları değerlendirmekten uzaklaşır. Bu tez çalışmasından elde edilen bulguları destekleyen ve bekar bireylerin aleksitimi puanlarının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Kalaman, Orhan ve Kocabay, 2019: 54; Karaismailoğlu, Kulakaç ve Çilingir, 2021: 84). Ayrıca aleksitimi seviyesi yüksek olan bireylerin başka kişilerle iletişim kurmakta ve ilişki sürdürmekte zorluk yaşaması da bireylerin bekar olması durumunu açıklıyor olabilir.

Bilişsel üçlü toplam puan ve alt faktör puanlarının medeni durum faktörüne göre farklılaşıp farklılaşmadığını görmek amacıyla değişkenler arasında yapılan analiz sonucunda benlik algısı, dünya algısı ve bilişsel üçlü toplam puanının bekar katılımcılarda evli olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yani bekar olan bireylerin negatif bilişsel üçlüsüyle kendilerine ve dünyaya olan negatif tutumları evli olanlara göre daha yüksektir. Sönmez (2023: 43) yürütmüş olduğu çalışmada bekar olan bireylerin bilişsel üçlü puanlarının evli olan bireylere göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Bu durum bekar olan bireylerin kendine, dünyaya ve geleceğe olan tutum ve atıflarının evli bireylere göre daha olumsuz olduğu anlamına gelmektedir. Bireylerin bir romantik ilişki içinde bulunmaması, pozitif bakış açısı

geliştirmelerini engelleyen bir faktör olarak düşünülebilir. Bu durum bireylerin kendilerine karşı sevilmedikleri ve değersiz oldukları atıfları yapmalarına sebep olabilir. Pozitif duygu ve düşüncelerin yakın ilişki içinde paylaşılmaması olumsuz tutumların artışı düşündürülebilir. Evliliğin negatif bilişsel üçlü için koruyucu bir faktör olabileceği düşünülebilir.

Ortoreksiya nervoza ve medeni durum değişkeni analizinin sonucunda değişkenler arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmektedir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde medeni durumun ortoreksiya nervoza eğilimi ile anlamlı ilişkisi olmadığını gösteren bulgulara rastlanmaktadır (Bulut ve Yiğitbaş, 2022: 350). Bu durum sağlıklı beslenme idealinin bireysel bir değerlendirmeyle ortaya çıktığı ve romantik ilişki dinamiklerinin bu değerlendirmeye dahil olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Farklı bir çalışmada bekar olan bireylerin ortoreksiya nervoza eğilimleri evli olanlara göre daha yüksektir. Bunun sebebi olarak bekar bireylerin beden algılarını daha eleştirel değerlendirmesi, romantik ilişkiye dair beklentiler ve beğenilme arzusu görülmüştür (Ramacciotti, vd., 2011: 127). Beden şekline ait kontrollerle başlayan yeme kısıtlamasının zaman içerisinde şiddetini arttırarak beslenme takıntısına dönüştüğü düşünülebilir. Bu sonuçların aksine Erkin ve Göl (2019: 110) yaptıkları çalışmanın sonucunda evli bireylerin ortoreksiya nervoza eğilimlerinin bekarlara göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bu durum evlilik düzeninde farklı kültürlerin ve alışkanlıkların bir araya gelmesiyle yeme davranışının farklılaşmasını gösterebilir. Bireyler aile yapısı içinde daha sağlıklı beslenmek amacıyla yaptıkları diyetler neticesinde aşırıya kaçarak ortoreksiya nervoza eğilimlerini artırabilirler (Erkin ve Göl, 2019: 110).

5.1.2. Gelir Düzeyi Değişkenine Ait Fark Analizlerine İlişkin Tartışma

Bu tez çalışması çerçevesinde çalışılmış olan tüm değişkenlerin alt faktörlerinin “düşük seviye”, “orta seviye” ve “yüksek seviye” gelir düzeyi faktörleri arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini açıklamak amacıyla yapılan varyans analizi sonucunda ruhsal belirtiler alt faktörlerinden depresyon, anksiyete bozukluğu ve psikotizm puanları anlamlı bir farklılaşma göstermektedir. Düşük gelir düzeyine sahip katılımcıların depresyon, anksiyete bozukluğu ve psikotizm alt faktörlerinden aldıkları puanlar gelir düzeyi orta olan katılımcılara göre daha yüksektir. Bu durum, bireylerin gelir düzeyleri azaldıkça depresyon, anksiyete bozukluğu ve psikotizm belirtilerinin artması şeklinde yorumlanabilir. Bir diğer anlamlı sonuç ortoreksiya

nervozada görülmektedir. Gelir düzeyi yüksek olan bireylerin ortoreksiya nervoza eğilimleri gelir düzeyi düşük ve orta olan katılımcıların ortoreksiya nervoza eğilimlerinden daha yüksektir. Yani gelir düzeyi arttıkça ortoreksiya nervoza eğilimi de artmaktadır. Gelir düzeyi değişkeni diğer faktörlerle anlamlı bir fark göstermemektedir.

Ruhsal belirtiler ve gelir düzeyi arasındaki fark analizleri sonucunda depresyon, anksiyete bozukluğu ve psikotizm alt faktörleri dışındaki faktörlerin gelir düzeyinde anlamlı bir farklılaşma göstermediği bulunmuştur. Elde edilen bulgulara göre, düşük gelir düzeyine sahip olan katılımcıların depresyon, anksiyete ve psikotizm seviyeleri orta gelir düzeyine sahip bireylere göre daha yüksektir. Bu tez çalışmasından elde edilen depresyon seviyesi ve gelir düzeyi arasındaki farklılaşmayla paralellik gösteren başka çalışmalar da vardır (Dijkstra-Kersten, vd., 2015: 660; Patel, vd., 2018: 82). Bir problemle veya bir ihtiyaçla karşılaşıldığında bunu maddi kaygı ve sıkıntı yaşayarak çözmek bireylerin depresyon semptomlarını artırabilir. Kişilerin yaşamlarını sürdürürken gerekli maddi yükü karşılamada sıkıntı yaşamamaları psikolojik sıkıntıyı engellemek için bir faktör olabilir. Sağlık hizmetlerine ulaşımında kolaylık yaşamak da depresyonu önleyici bir faktör olabilir. Aynı şekilde gelir düzeyinin azalmasıyla anksiyete semptomları arasındaki ilişkide bugünün ihtiyaçlarını sağlama ve gelecekte maddi sıkıntıya hala maruz kalıyor olma endişesi anksiyete seviyesindeki artışı anlatabilir. Bireyler hem sosyal hayatlarında hem iş hayatlarında maruz kaldıkları stresli olaylar sebebiyle belirsizlik duygusu ve endişeye yatkınlık yaşayabilirler. Psikolojik sağlık hizmetlerine ulaşımın düşük gelir düzeyinde daha zorlayıcı olabileceği düşünüldüğünde, psikotizmin başlaması ve ilerlemesi sürecinde belirtileri tanıyamamak ve gerekli tedaviden yoksun kalmak psikotizm puanı ile gelir düzeyi ilişkisini açıklayabilir. Obsesif kompulsif bozukluk ve gelir düzeyinin farklılaşma durumunu inceleyen çalışmalardan birinde, gelir düzeyi azaldıkça obsesif kompulsif belirtilerin arttığı görülmüştür (İdik ve Karşlı, 2024: 644). Düşük gelir düzeyine sahip bireylerin yaşam koşulları ve içinde buldukları problemlerin seyri, problemlerle başa çıkmak için farklı deneyim ihtiyacı oluşturabilir. Ancak mevcut imkanlar sebebiyle sağlıklı bir başa çıkma stratejisi geliştirmek yerine aşırı temizlikle, dini içerikli düşüncelerle veya farklı şekilde obsesyonlar geliştirilebilir. Aynı zamanda mevcut olan obsesif kompulsif semptomların tedavisi için gerekli olan maddi ve sosyal destek sağlanamadığı için belirtiler artabilir. Fobik anksiyete genelinde olmasa da,

özellikle sosyal fobi ile yapılmış olan çalışmalarda gelir düzeyi düşük olan bireylerin sosyal fobi puanlarının yüksek olduğu görülmektedir (Gültekin ve Dereboy, 2011: 150; Ünal, vd., 2018: 10). Bireylerin maddi sıkıntılardan dolayı kendilerini yetersiz hissetmeleri sebebiyle toplum içine girdiklerinde ve diğer insanlarla kişilerarası ilişkiler kurduklarında rahatsızlık duymaları sosyal fobi semptomlarında artış göstermelerini açıklayabilir. Ruhsal belirtiler ve gelir düzeyi bağlantısını gösteren bir çalışmada düşük gelir sahibi katılımcıların somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete, psikotizm, paranoid düşünce faktör puanlarının yüksek gelir düzeyi belirtenlere göre daha yüksek olduğunu göstermiştir (Demirel, Eğlence ve Kaçmaz, 2011: 20). Bir başka çalışmada ise gelir düzeyi arttıkça ruhsal belirti düzeyinin azaldığı görülmüştür (Barlas, vd., 2010: 18). Tüm bunların değerlendirilmesi sonucunda, yüksek gelir düzeyinin psikopatolojilerin gelişimini engelleyici bir faktör olabileceği düşünülebilir.

Aleksitimi ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma olmaması, bu tez çalışmasına dahil olan katılımcıların gelir düzeyi kategorilerine eşit dağılım göstermemesinden kaynaklanıyor olabilir. Aynı zamanda duyguları tanıma, ifade etme ve içsel kaynakları fark etme becerilerinin içinde bulunan maddi imkanlarla tek başına ilişkisinden ziyade; sosyal destek ve kişilerarası ilişkiler gibi çevreden gelen daha duygusal faktörlerin etkisiyle değerlendirilebileceği düşünülebilir. Sosyoekonomik durum ile aleksitimi arasında anlamlı farklılaşma göstermeyen çalışmalar olduğu gibi, düşük ekonomik düzey ile aleksitimi arasında anlamlı farklılaşma bulan çalışmalar da mevcuttur (Parker, vd., 1989: 440; Salminen, vd., 1999: 75). Bu çalışmalara göre bireylerin ekonomik düzeyleri düştükçe duyguları tanıma ve ifade etmede zorlanma, dışa vuruk düşünce biçimi gösterme eğilimi artmaktadır. Bireyler psikososyal ve çevresel anlamda yeterli desteği göremediğinde, maddi sebeplerden dolayı stresli yaşam olaylarına fazla maruz kaldığında bir savunma mekanizması olarak aleksitimi seviyelerinde artış gözleniyor olabilir. Bu değişken için farklı sonuçlar gözlenmesinin sebebi, araştırmaların yapıldığı popülasyonların özelliklerinin farklılaşmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bilişsel üçlü ve gelir düzeyi arasındaki fark analizleri sonucunda benlik algısı, dünya algısı, gelecek algısı ve bilişsel üçlü toplam puanı ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma görülmemiştir. Literatürde bilişsel üçlü ve gelir düzeyi arasında yapılmış çalışma oldukça azdır. Bu tez çalışmasındaki sonuçla paralellik gösteren bir çalışmada,

lise öğrencilerinin benlik algıları ile gelir düzeyleri arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı bulunmuştur (Coşkun ve Altay, 2009: 52). Bu sonuçlar bireylerin sahip oldukları gelir düzeyini kendilerine, dünyaya ve geleceğe olan bakış açılarını şekillendirirken bir kaynak olarak kullanılmadığını düşündürebilir. Güneş (2021) olumlu bilişsel üçlüyü kullandığı çalışmasından elde ettiği bulgularla gelir düzeyi ile olumlu bilişsel üçlü arasında anlamlı farklılaşma bulmuştur. Bu durum bireylerin kendisine, dünyaya ve geleceğe ait pozitif inançları ve düşünceleri ile gelir düzeyinde yükselme ile anlamlı ilişki vermiştir. Yani bireylerin gelir düzeyleri yükseldikçe negatif bilişsel üçlü faktörlerinde azalma eğilimi görülmektedir (Güneş, 2021: 75). Bu tez çalışmasında katılımcıların düşük ve yüksek gelir düzeyi kategorisinde orta gelir düzeyine göre daha az eğilim göstermesi elde edilen bulgulara etkili olmuş olabilir.

Ortoreksiya nervoza ve gelir düzeyi değişkeni analizi incelendiğinde, düşük gelir düzeyine sahip katılımcıların puanları yüksek gelir düzeyine sahip katılımcıların puanlarına göre; orta gelir düzeyine sahip katılımcıların ortoreksiya nervoza puanları yüksek gelir düzeyine sahip katılımcıların puanlarına göre daha yüksek seyretmiştir. Bu durum, gelir düzeyi yüksek olan katılımcıların ortoreksiya nervoza eğiliminin gelir düzeyi düşük ve orta olan katılımcılara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ortoreksiya nervozanın demografik değişkenlere göre yaygınlığını araştıran çalışma bulguları incelendiğinde, bu tez çalışmasından elde edilen bulgularla paralellik gösteren sonuçlar mevcuttur (Aksoydan ve Camci, 2009: 35; Hyrnik, vd., 2016: 200). Bireylerin gelir düzeyi arttıkça hem sağlık bilgisine hem de sahip oldukları bilgileri tecrübe etmeye daha elverişli imkanlara sahip olurlar. Bu sebeple gıdaların özel hazırlanması, özel paketlenmesi ve sunulması gibi ekstra hizmet sağlayan marketlere ve restoranlara ulaşmaları da kolaylaşır. Bireyler sağlıklı beslenmek adına maddi kısıtlama yaşamaz ve daha fazla harcama yapmaktan kaçınmazlar. Literatürde düşük gelir düzeyi ve yüksek ortoreksiya nervoza eğilimi ilişkisi bulan çalışmaya rastlanmamakla birlikte, düşük gelir düzeyine sahip bireylerin yiyeceklerdeki kısıtlama davranışının gıda temizliği ve sağlık takıntısı ile değil gıdaya ulaşım zorluğu ile ilişkili olabileceği değerlendirilmektedir. Ortoreksiya nervoza çalışmalarında yüksek gelir düzeyinin eğilimin artışı için bir risk faktörü olarak değerlendirildiği de görülmektedir (Varga, Dukay-Szabó ve van Furth, 2013: 103).

5.1.3. Eğitim Düzeyi Değişkenine Ait Fark Analizlerine İlişkin Tartışma

Bu tez çalışması çerçevesinde çalışılmış olan tüm değişkenlerin alt faktörlerinin “İlkokul/Ortaokul”, “Lise”, “Ön lisans/Lisans” ve “Yüksek Lisans/ Doktora” eğitim düzeyi faktörleri arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini açıklamak amacıyla yapılan varyans analizi sonucunda ruhsal belirtiler alt faktörlerinden paranoid düşünce puanı anlamlı bir farklılaşma gösterirken; çalışmadaki diğer faktörlerin eğitim düzeyi değişkeniyle anlamlı bir farklılaşma göstermediği saptanmıştır.

Ruhsal belirtiler ve eğitim düzeyi arasındaki fark analizleri sonucunda paranoid düşünce alt faktörü dışındaki faktörlerin eğitim düzeyinde anlamlı bir farklılaşma göstermediği görülmektedir. Çalışmaya dahil edilmiş örneklem özelinde, eğitim düzeyinin psikopatolojilerin oluşumunda bir risk faktörü veya engellenmesinde bir koruyucu faktör olarak rol almadığı yorumu yapılabilir. Bu tez çalışmasından elde edilmiş bulguların aksine eğitim düzeyini psikopatolojilerin ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde risk faktörü olarak değerlendiren görüşler mevcuttur (Sayed, vd., 2015: 2). Somatizasyonun düşük eğitim seviyesinde yaygın olduğunu gösteren bir çalışmada, somatizasyona özellikle duygu durum bozukluklarının ve anksiyete bozukluklarının da eşlik ettiği görülmüştür (Karvonen, vd., 2007: 221). Obsesif kompulsif belirtilerin eğitim düzeyiyle anlamlı fark gösterdiğini bulan bir çalışmada lisans, yüksek lisans, doktora eğitim düzeyindeki bireylerin obsesif kompulsif bozukluk semptomlarının orta okul seviyesindeki bireylere oranla daha düşük olduğu bulunmuştur (İdik ve Karşlı, 2024: 642). Kısacası, eğitim seviyesi azaldıkça semptomlarda artış görülmektedir. Düşük eğitim seviyesine sahip bireylerde düşmanca davranışların ve hostilitenin daha yüksek seviyede seyrettiği bilinmektedir (Schrijvers, vd., 2002: 114). Bu durum, çeşitli psikososyal ve çevresel faktörlerle açıklanabilir. Eğitim eksikliği, bireylerin stresle başa çıkma ve duygusal düzenleme becerilerini geliştirmelerini zorlaştırabilir. Bireylerin sosyal çevrelerinden aldıkları dönütlerin çoğunlukla kendi eğitim seviyesindeki kişilerden geldiği düşünülürse, yetersiz sosyal destek ile hostiliteye karşı daha savunmasız kalındığı değerlendirilebilir. Yetişkinlerle yapılan bir çalışma, daha yüksek eğitim seviyesine sahip olan bireylerin bir diğer psikopatoloji olan depresyon seviyelerinin daha düşük olduğunu göstermiştir (Levin-Aspenson ve Watson, 2018: 287). Genel bir değerlendirme yapıldığında bireylerin eğitim seviyesi arttıkça ruh sağlığıyla ilgili daha

fazla bilgi sahibi olabilecekleri, sağlık imkanlarına erişimde daha fazla bilgi sahibi olabilecekleri ve içinde buldukları sosyal çevre, kişilerarası ilişkiler sebebiyle ruhsal belirtilerinin düşük olacağı düşünülebilir.

Bu tez çalışmasında olduğu gibi aleksitimi seviyesinin eğitim düzeyiyle ilişkili olmadığını bulan çalışmalar mevcuttur (Parker, vd., 1989: 440; Wise, Mann ve Epstein, 1991: 143). Bu tez çalışmasına dahil olan katılımcıların eğitim düzeyleri atfedilen kategorilere eşit dağılım göstermemiştir. Değişkenler arasında anlamlı bir fark görülmemesi bu durumla ilişkilendirilebilir. Literatürde düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin aleksitimi ve duyguları tanıma, ifade etme ve dışa vuruk düşünme faktör puanlarının yüksek eğitim seviyesindeki bireylere oranla daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Pasini, vd., 1992: 42; Salminen, vd., 1999: 75). Bunun sebebi olarak aldıkları eğitimden sonra bireylerin duygusal farkındalığının artması ve kendini ifade etme becerilerinin gelişmesi düşünülebilir. İçinde buldukları sosyal çevrenin de yüksek eğitim düzeyinde olacağı göz önünde bulundurulduğunda sosyal desteğin de sağlıklı duygusal yapılanmaya katkı sağlayacağı akla gelmektedir. Bireylerin yüksek eğitim düzeyi sonucunda bilişsel, düşünsel, duygusal ve kültürel olarak kendini geliştireceği; duygularını tanımada, ifade etmede ve içsel süreçlerini değerlendirmede daha az zorlanma yaşayacağı düşünülebilir. Farklı sonuçların görülmesi, araştırmaların barındırdığı farklı değişkenlerin ilişkisinden kaynaklanıyor olabilir.

Bilişsel üçlü ve eğitim düzeyi arasındaki fark analizleri sonucunda benlik algısı, dünya algısı, gelecek algısı ve bilişsel üçlü toplam puanı ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma görülmemiştir. Bu tez çalışmasından elde edilen bulgularla paralellik göstererek eğitim düzeyi ve bilişsel üçlü arasında anlamlı farklılaşma bulmayan çalışmalar mevcuttur (Sönmez, 2023: 43). Bu sonucun ortaya çıkmasında bireylerin benliğine, dünyaya ve geleceğe dair olumsuz inançlar geliştirmesinin bireysel, çevresel ve deneyimsel yapılanmalar sonucunda oluşabileceğini düşündürebilir. Bireyler olumsuz tecrübeleri sonucunda kendilerini yetersiz veya başarısız olarak görme, çevresel problemler sebebiyle dünyanın kötü ve tehlikeli bir yer olduğunu düşünme, depresif duygu yapısı sebebiyle gelecekte umutsuz olma durumlarını eğitim düzeyi değişkenine bağlı olmadan deneyimleyebilirler yorumu yapılabilir.

Literatürde ortoreksiya nervozanın demografik değişkenlere göre yaygınlığını araştıran çalışma bulguları incelendiğinde, düşük ve yüksek eğitim düzeyine sahip

bireylerle yapılan çalışmalar dikkat çekmektedir. Farklı eğitim düzeyleri ve buna bağlı olarak farklı meslek gruplarına mensup bireylerin ortoreksiya nervoza eğiliminde farklılık göstermeyen çalışmalar görülmektedir (Bert, vd., 2019: 8). Türkiye’de sahne sanatçılarıyla yapılmış olan bir çalışmada, lisansüstü öğrenim seviyesine sahip katılımcıların lisans seviyesindeki katılımcılara oranla ortoreksiya nervoza eğiliminin daha yüksek seyrettiği sonucu elde edilmiştir (Aksoydan ve Camci, 2009: 35). Bu durum bireylerin eğitim seviyelerindeki artışla besinlere ve yeme tutumuna karşı hassasiyetin orantılı olduğunu düşündürebilir. Bireyler içinde buldukları hem mesleki hem akademik seviye sebebiyle sağlık konusunda daha fazla bilgiye sahip olabilir, yaşam tarzları sebebiyle daha sağlıklı bir görünümü idealize ediyor olabilirler. Aksi şekilde eğitim seviyesi arttıkça ortorektik eğilimin düştüğünü gösteren çalışmalar da mevcuttur (Arusoğlu, 2008: 288; Ramacciotti, vd., 2011: 129). Ortoreksiya nervoza eğilimi ve eğitim düzeyleri ilişkisinin literatürde farklılık göstermesinin neticesinde sağlıklı beslenmeye ait yoğunlaşmış ve takıntıya dönüşmüş düşüncelerin yalnızca eğitim seviyesiyle değil, bununla birlikte çevresel öğrenmeye dayalı deneyimlerle edinildiği ve farklı faktörlerin beraber değerlendirilmesi gerektiği düşünülebilir.

Bu tez çalışmasındaki değişkenlerle eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasının sebebi olarak katılımcıların eğitim düzeyi kategorilerine eşit seviyede dağılım göstermemesi düşünülebilir.

5.1.4. Yaş Aralığı Değişkenine Ait Fark Analizlerine İlişkin Tartışma

Bu tez çalışması çerçevesinde çalışılmış olan tüm değişkenlerin alt faktörlerinin “18-24”, “25-34”, “35-44” ve “45-63” yaş aralığı grupları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini açıklamak amacıyla yapılan varyans analizi sonucunda ruhsal belirtiler toplam ve alt faktörleri (somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, hostilite, fobik anksiyete, kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, depresyon, anksiyete bozukluğu, psikotizm) puanları, aleksitiminin negatif duyguları tanıma zorluğu alt faktör puanı ve bilişsel üçlü toplam ve alt faktörleri (benlik algısı, dünya algısı) puanları anlamlı bir farklılaşma gösterirken; yaş değişkeni ile aleksitimi toplam ve pozitif duyguları tanıma zorluğu, negatif duyguları ifade zorluğu, pozitif duyguları ifade zorluğu, genel dış vuruk düşünme alt faktörleri ve ortoreksiya nervoza puanları arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür.

Ruhsal belirtiler toplam ve alt faktör puanlarının yaş faktörüne göre farklılaşp farklılaşmadığını görmek amacıyla değişkenler arasında yapılan analiz sonucunda ölçek toplam ve somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, hostilite, fobik anksiyete, kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, depresyon, anksiyete bozukluğu, psikotizm alt faktör puanlarının yaş ile negatif ilişki içinde olduğu görülmektedir. Yani yaş düştükçe belirtiler artmaktadır. Özellikle 18-24 yaş aralığındaki katılımcıların belirti seviyeleri diğer yaş gruplarından daha yüksektir. Bu sonuçlar sosyal, ekonomik ve çevresel birçok faktöre bağlı olabilir. Genç yaştaki bireylerin hayat deneyimlerinin daha az olması sebebiyle karşılaştıkları problemlere karşı başa çıkma stratejisi geliştirme becerilerinin de az olduğu ve bu sebeple dışarıdan gelen olumsuz etkenlere daha hassas oldukları düşünülebilir. Özellikle akran ilişkilerinin ön planda tutulduğu erken yaşlarda arkadaşlık ilişkilerinden daha fazla etkilenildiği ve bu sebeple semptomların daha yüksek seviyede olduğu düşünülebilir. Daha düşük yaşa sahip olmanın ruhsal belirtiler için bir risk faktörü olmasının düşünülebileceği gibi bu tez çalışmasına katılım gösteren bireylerin daha çok 18-24 ve 25-34 yaş aralığında olması elde edilen sonuç değerlendirilirken göz önünde bulundurulmalıdır.

Aleksitimi toplam ve alt faktör puanlarının yaş faktörüne göre farklılaşp farklılaşmadığını görmek amacıyla değişkenler arasında yapılan analiz sonucunda, yalnızca negatif duyguları tanıma zorluğu alt faktör puanı 18-24 yaş arasındaki katılımcılarda 45-63 yaş aralığındaki katılımcılara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bu durum düşük yaş kategorisinde bulunan bireylerin korku, endişe, üzüntü gibi negatif duyguları tanımada yüksek yaştaki bireylere göre daha fazla zorlandıkları anlamına gelmektedir. Elde edilen bulgular değerlendirildiğinde düşük yaş gruplarındaki bireylerin negatif duygulara karşı deneyimlerinin az olmasıyla birlikte bir başa çıkma stratejisi geliştirdikleri ve negatif duyguları tanımaktan soyutlandıkları düşünülebilir. Ancak pozitif duyguları tanıma veya negatif/pozitif duyguları ifade etme puanlarında bir farklılık görülmemiştir. Bu tez çalışmasında olduğu gibi aleksitimi ve yaş grupları arasında anlamlı farklılık göstermeyen başka çalışmalar da mevcuttur (Pasini, vd., 1992: 42; Zlotnick, Mattia ve Zimmerman, 2001: 177). Ayrıca aleksitimi seviyesinin yüksek yaş gruplarında düşük yaş gruplarına kıyasla daha yüksek seyrettiğini gösteren çalışmalar vardır (Mattila, vd., 2006: 629). Duygularda körlük yaşamanın, duyguları tanımakta ve ifade etmekte zorlanmanın stresli çevresel faktörler, kültürel yapı veya sosyal destek gibi farklı faktörlere bağlı olabileceği,

yalnızca yaş faktörüyle açıklanamayacağı düşünülebilir. Aynı zamanda bu tez çalışmasındaki katılımcıların yaş grupları kategorilerine eşit dağılım göstermediği de çıkan sonucu değerlendirirken göz önünde bulundurulmalıdır.

Bilişsel üçlü toplam ve alt faktör puanlarının yaş faktörüne göre farklılaşıp farklılaşmadığını görmek amacıyla değişkenler arasında yapılan analiz sonucunda, benlik algısı ve dünya algısı puanlarının 18-24 yaş aralığında 45-63 yaş aralığına göre daha yüksek olduğu; benlik algısı, dünya algısı, gelecek algısı ve bilişsel üçlü puanlarının 25-34 yaş aralığında 45-63 yaş aralığına göre daha yüksek olduğu; dünya algısı ve bilişsel üçlü puanlarının 35-44 yaş aralığında 45-63 yaş aralığına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sonuçlar değerlendirildiğinde yaş azaldıkça bilişsel üçlü puanlarının arttığı görülmektedir. Yani bireylerin yaşları düştükçe benliklerine, dünyaya ve geleceğe atfettikleri olumsuz inanç ve tutumlar artmaktadır. Bu sonuçlar yaşın artmasıyla birlikte artan yaşam deneyimi, yaşamdan alınan tatmin duygusu ve pozitif yaşam olayları ile açıklanabilir. Bireyler yaş arttıkça kendine, yaşadığı dünyaya ve gelecekte karşılaşılabilecek durumlara karşı daha olumlu bir bakış açısı geliştiriyor olabilirler. Literatürde bu sonucun aksine bilişsel üçlünün yaş değişkeni ile ilişkisinde anlamlı bir farklılaşma göstermeyen çalışmalar da görülmektedir (Güneş, 2021: 75). Çalışmanın yapıldığı popülasyonun elde edilen bulgular için önemli olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Ortoreksiya nervoza puanının yaş faktörüne göre farklılaşıp farklılaşmadığını görmek amacıyla değişkenler arasında yapılan analiz sonucunda anlamlı bir farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir. Literatürde bu sonuçla paralellik gösteren çalışmalar görülmektedir (Arusoğlu, 2008: 288; Herranz Valera, vd., 2014: 469). Bu sonuçla birlikte sağlıklı yeme takıntısının yaş faktöründen daha çok çevresel faktörlerle ilişkilendirilebileceği, bireylerin içinde bulunduğu kültür yapısı ve yaşam standartlarının önemi düşünülebilir. Ortoreksiya nervoza eğilimi için yaş değişkenini bir risk faktörü olarak değerlendiren görüşler mevcuttur (McComb ve Mills, 2019: 72). Yaş küçüldükçe bireylerin fiziksel görünüşleri için daha kaygılı yapıda olması, akranların birbirini etkiliyor olması ortoreksiya nervoza eğilimini artıran bir faktör olarak değerlendirilebilmektedir (Almeida, Vieira Borba ve Santos, 2018: 443). Fidan ve arkadaşlarının (2010) Türkiye’de okuyan tıp fakültesi öğrencileriyle yürüttüğü bir çalışmanın sonucunda, yaş arttıkça ortoreksiya nervoza eğiliminin azaldığı görülmüştür. Çalışmada 21 yaşından büyük olan bireylerin ortoreksiya nervoza eğilimi

21 yaşından küçük olan bireylerin eğiliminden daha düşük bulunmuştur (Fidan, vd., 2010: 52). Başka bir çalışmada ise 29 yaşından küçük olan kişilerin ortoreksiya eğilimleri 29 yaşından büyük olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Dell'Osso, vd., 2016: 195). Görüldüğü üzere yaş sınırı çalışmalar arasında farklılık göstermektedir. Bunun aksine bireylerin yaşları ilerledikçe daha yüksek ortoreksiya nervoza eğilimi gösterdiğini bulan araştırmaların sonucunda, yaş ilerledikçe sağlıklı olma isteğinin artması ile bireylerin tükettikleri gıdalarla ilgili fazla hassasiyet göstermesi değerlendirilebilir (Donini, vd., 2005: 28; Shelton, 2005: 36). Ne kadar temiz içerikli yiyecek ve içecekler tüketilirse yaşam kalitesi de o oranda artacaktır. Bu davranışlar bir süre sonra takıntıya dönüşerek sağlıklı beslenmeye sağlıksız bir yaklaşıma dönüşebilir.

5.1.5. Cinsiyet Değişkenine Ait Fark Analizlerine İlişkin Tartışma

Bu tez çalışması çerçevesinde çalışılmış olan tüm değişkenlerin alt faktörlerinin cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini açıklamak amacıyla yapılan t-test analizi neticesinde ruhsal belirti alt ölçeklerinden depresyon, anksiyete bozukluğu ve kişilerarası duyarlılık ölçek puanlarının istatistiksel anlamlı bir fark ortaya koyduğu bulunmuştur. Analizler gözden geçirildiğinde kişilerarası duyarlılık, depresyon ve anksiyete alt ölçek puanlarının erkeklere oranla kadınlarda daha yüksek seyrettiği görülmektedir. Literatürde depresyonun risk faktörlerini inceleyen çalışmalara sıkça rastlanmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda tek başına bir faktörün risk oluşturmadığı vurgulanarak kadın cinsiyetin depresyona yatkınlık oluşturan bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Ünal, vd., 2002: 9). Özel, Türkleş ve Erdoğan (2020: 223), 1015 üniversite öğrencisiyle yaptıkları bir araştırmanın sonucunda kadın katılımcıların depresyon ve anksiyete puanlarının erkek katılımcılara oranla daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Yapılan çalışmalar, kadınların tekrar tekrar düşünme davranışının erkeklere oranla daha fazla olduğunu ve kadınların bu sebeple depresyona daha yatkın olabileceğini savunmaktadır (Girgus ve Yang, 2015: 56). Ayrıca erkeklerle çalışan araştırmacılar, erkeklerin toplumsal normlar sebebiyle duygularını kadınlar gibi ifade etmediklerini veya edemediklerini öne sürerek muhtemel depresyonu maskeleydiklerini savunmuşlardır (Addis, 2002: 154). Bu tez çalışmasında olduğu gibi depresyon puanlarının kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek seyrettiği başka çalışmalar da mevcuttur (Grigoriadis ve Erlick Robinson, 2007: 247; Yavuzer, Albayrak ve Keldal, 2018: 242). Bahsedilen çalışmalardaki bulgular bu tez

çalışmasındaki bulguları destekler yapıdadır. Ancak bazı araştırmalarda erkeklerin depresyon düzeyi kadınlara oranla daha yüksek bulunurken, bazı çalışmalarda da cinsiyetin depresyon seviyesinde farklılaşmaya sebep olmadığı ortaya konmuştur (Ören ve Gençdoğan, 2007: 83; Tuzcuoğlu ve Korkmaz, 2001: 135).

Bir diğer alt faktör olan anksiyetenin cinsiyetler arası farklılaşmasına değinen çalışmalar incelendiğinde, kadınların anksiyete seviyelerinin erkeklere oranla daha yüksek düzeyde olduğunu savunan çalışmalar mevcuttur (Altınbaş ve Özçürümez, 2015: 412; Fell, Chaieb ve Hoppe, 2023: 2; McLean, vd., 2011: 1027; Özel, Türkleş ve Erdoğan, 2020: 223). Bu tez çalışmasında elde edilen bulguların literatürdeki çalışmalarla paralellik gösterdiği görülmektedir. Ancak yapılmış olan bazı çalışmalar erkeklerin kadınlardan daha yüksek seviyede anksiyete belirtileri gösterebileceğini de göz önünde bulundurmuştur. Anksiyete bozukluklarında genetik, biyolojik ve psikososyal farklılıkların etkisi araştırmacıların çalışma alanlarındandır. Araştırmacılar, bahsedilen etkenlerin anksiyete bozukluklarında cinsiyetlere göre farklılık oluşturduğunu savunmuşlardır (Bal, Çakmak ve Uğuz, 2013: 446). Erkeklerin daha yüksek anksiyete seviyesine sahip olmasının sebebi olarak kültürlerarası farklar ve maruz kaldıkları stresli yaşam olaylarının kadınlara göre farklılaşması gösterilmiştir (Hohoff, 2009: 680). Bu tez çalışmasından elde edilen sonuca göre kadınların daha yüksek seviyede anksiyete gösteriyor olması literatürde benzer bulgular veren çalışmalarla desteklense de, bu sonucun çalışmadaki katılımcıların kadın cinsiyet yoğunluğunda olması neticesinde ortaya çıkmış olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Ruhsal belirtilerin bir diğer alt faktörü olan kişilerarası duyarlılık verilerinin cinsiyet değişkenine göre farklılaşma göstermesi literatürdeki çalışmalarla desteklenmektedir (Erözkan, 2005: 131). Bu tez çalışmasındaki kadın katılımcıların erkek katılımcılara oranla daha yüksek kişilerarası duyarlılık göstermesi de literatür verileriyle örtüşmektedir. Bu neticenin sebebi olarak kadınların diğer insanlarla etkileşimde daha hassas olması ve detaylara daha fazla dikkat etmesi olabileceği savunulmuştur (Akgül, Dirik ve Akgül, 2018: 122). Tüm bu verilerle birlikte, yapılan bazı çalışmalar kişilerarası duyarlılık düzeyindeki değişimin cinsiyet dışında faktörlerle de (çalışma alanında patron-işçi ilişkisi, lider erkek) ilişkili olduğunu ve kadın-erkek cinsiyetlerin kişilerarası duyarlılık seviyelerinde anlamlı farklılaşma göstermediğini ortaya koymuştur (Snodgrass, 1985: 146; Snodgrass, 1992: 154; Aktaş ve Güvenç, 2006:

252). Bu tez çalışmasında kullanılan ruhsal belirtilerin diğer alt faktörleri olan somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm değişkenleri ile cinsiyet faktörü arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılaşma görülememiştir. Literatür incelendiğinde bahsedilen bu değişkenlerin kadınlar ve erkekler arasında farklılaşma görülmediğini ortaya koyan ve bu çalışmadaki bulguları destekleyen sonuçlar mevcuttur (Bourdon, vd., 1988: 227; Mathes, Morabito ve Schmidty, 2019: 5; McLean ve Anderson, 2009: 496; Wool ve Barsky, 1994: 448).

Aynı zamanda cinsiyetler arasında fark görülen çalışmalara bakılacak olursa, kadınların erkeklere oranla daha fazla somatizasyon tanısı alma eğilimi olduğunu gösteren araştırmalara rastlamak mümkündür. Farklı yakınmaların cinsiyetler arasında değişkenlik göstererek tanıya götürdüğü görülmektedir. Erkeklerin bedensel şikayetlerini çok ciddi boyutlara gelmediği takdirde dile getirmediğini ve yardım isteminde bulunmadıklarını, bu sebeple tanı alma oranlarının düşük olduğunu göz önünde bulunduran çalışmalar da mevcuttur (Wool ve Barsky, 1994: 447). Obsesif kompulsif bozukluk yaygınlığı incelendiğinde, erkeklerin kadınlardan daha yüksek eğilim gösterdiğini kanıtlayan çalışmalar olduğu gibi kadınların erkeklere oranla daha fazla tanı aldığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Alvarenga, 2015: 110; Fineberg, 2013: 170). Farklılığın temeli tek bir sebebe dayanmamakla birlikte semptom farklılıklarının olduğu bilinmektedir. Erkeklerde yoğunlukla cinsel-dini ve şiddet içerikli takıntılar dikkat çekerken, kadınlarda temizlik ve bulaş belirtileri ön plandadır (Mathis, 2011: 392). Bu tez çalışmasından elde edilen analizlerin sonucunda hostilite puanı cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılaşma göstermemiş olsa da, literatürdeki çalışmalarda erkeklerin hostiliteye yatkınlığının kadınlara oranla daha yüksek olduğunu gösteren birçok sonuç bulunmaktadır (Engebretson ve Matthews, 1992: 312; Maccoby ve Jacklin, 1980: 964). Bazı çalışmalar kadınların öfkesini içe yönelterek dışarıya saldırganca bir davranışta bulunmadığını; erkeklerinse daha çok saldırganca bir öfke tarzına sahip olduğunu bu sebeple hostilite puanlarının yüksek olduğunu sunmuşlardır (McCann, 1987: 363). Fobik anksiyete incelendiğinde, cinsiyetler arasında fobilerin ve korkuların türüne göre farklılıklar olduğunu görmek mümkündür. Örneğin böcek ve örümcek fobisi cinsiyetler arasında yaygınlık farkı göstermezken, yalnız kalma ve tehlikeli hayvanlarla karşılaşma fobisi kadınlarda daha yaygın görülebilmektedir (Bourdon, 1988: 233). Erkek cinsiyetin psikotizm için risk faktörü

olduğunu ifade eden görüşlerde, erkeklerin negatif semptomları daha yüksek seviyede tecrübe ettikleri ve bu sebeple psikotizmin erkeklerde daha yaygın görüldüğü ifade edilmektedir (Barajas, vd., 2015: 10). Bu tez çalışmasında tüm faktörler için anlamlı cinsiyet farklılıkları görülmemesinin sebebi olarak çalışmanın sınırlı sayıda katılımcıya ulaşılabilmesiyle ilişkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Aleksitimi alt ölçeklerinin cinsiyet faktörüne göre farklılaşıp farklılaşmadığını görmek amacıyla yapılan analiz sonucuna göre negatif duyguları tanıma zorluğu ve negatif duyguları ifade zorluğu puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmezken; pozitif duyguları tanıma zorluğu, pozitif duyguları ifade zorluğu ve genel dışa vuruk düşünme alt ölçeklerinin puanlarında ve ölçekten alınan toplam puanda anlamlı farklılaşma görülmüştür. Erkeklerin pozitif duyguları tanıma zorluğu, pozitif duyguları ifade zorluğu, genel dışa vuruk düşünme ve ölçek toplam puan ortalamaları kadın katılımcılara göre daha yüksek seyretmiştir. Literatürdeki bazı çalışmalar duyguları ifade etme, başkalarının duygularına karşı duyarlı olma gibi durumların kişilerarası ilişkilerle bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur. Kadınların toplum içinde üstlendikleri roller gereği diğer insanlarla daha fazla ilişki kurma ve kurduğu ilişkileri sürdürme deneyimi yaşadığı, erkeklerinse toplumsal rolleri gereği daha güçlü durma ve duygularını saklama eğilimi gösterdiği düşünülmektedir. Tüm bunlar ışığında, yapılan bazı çalışmalarda kadınların pozitif duyguları deneyimleme ve ifade etme becerisinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu öne sürülmüştür (Alexander ve Wood, 2000: 191; Brebner, 2003: 391; Shamim ve Muazzam, 2018: 132). Bu tez çalışmasından elde edilen sonuçlar da literatürdeki sonuçlarla örtüşmektedir. Literatürdeki aleksitimi araştırmaları incelendiğinde erkeklerin kadınlara oranla daha yüksek seviyede aleksitimiye sahip olduğunu savunan çalışmalara rastlanmaktadır (Chung ve Chen, 2020: 631; Çaylak, 2021: 71; Güler, 2014: 51; Levant, vd., 2009: 99). Kadınların kişilerarası ilişkilerde duygularını daha fazla gösteriyor, ifade ediyor, önemsiyor olması ve yaşadıkları sorunları sözel olarak aktarma konusunda erkeklere oranla daha yüksek beceri göstermeleri bu sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (Parker, vd., 1993: 229). Erkeklerin duyguları ifade ve tanıma alanlarında daha düşük seviyede olmasının sebepleri arasında toplum içerisindeki rolleri sebebiyle duygulara daha mesafeli durmaları olabileceği gösterilmektedir (Carpenter ve Addis, 2000: 631). Tüm bunlarla birlikte, cinsiyet faktörüne göre aleksitimi düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılaşmadığını gösteren çalışmalar da

bulunmaktadır (Bilge ve Bilge, 2020: 74; Chen ve Chung, 2016: 691). Bu durumun yaş faktörüyle ilişkili olabileceği de tartışmalar arasındadır. Yetişkin erkeklerde aleksitimi oranı yetişkin kadınlara göre daha yüksek bulunurken, ergenlik dönemindeki kız ve erkek çocuklarında cinsiyetler arası aleksitimi seviyesinde anlamlı fark görülmediği bulunmuştur (Honkalampi, vd., 2009: 263).

Kadın ve erkek cinsiyet değişkenlerine göre bilişsel üçlü alt ölçekleri ortalama puanlarında anlamlı bir ayrışma olup olmadığını görmek amacıyla yapılan analiz sonucunda gelecek algısı kadın ve erkek arasında anlamlı bir fark göstermezken benlik algısı, dünya algısı ve ölçek toplam puanının istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gösterdiği saptanmıştır. Erkek katılımcıların benlik algısı, dünya algısı ve bilişsel üçlü envanteri toplam puan ortalamalarının kadın katılımcılara oranla daha yüksek düzeyde ve farklı olduğu tespit edilmiştir. Bilişsel üçlü ölçeğinin analizinde yüksek puanlar negatif bilişsel üçlüyü işaret ederken, düşük puanlar pozitif bilişsel üçlüyü göstermektedir. Bilişsel üçlüdeki faktörlerin farklı çalışmalarda ayrı ayrı ele alındığı görülmektedir. Literatür incelendiğinde bir meslek yüksek okulunun öğrencileri örnekleminde yapılmış olan bir araştırmada, gelecek algısının kadınlarda daha olumlu seyrettiği sonucu elde edilmiştir (Tuncer, 2011: 935). Karaköse (2021: 51) çalışmasında erkeklerin gelecek algısı puanlarının kadınlara oranla daha yüksek olduğunu bulmuştur. 243 üniversite öğrencisi örnekleminde yapılmış olan bir araştırmanın sonucunda, kadınların bilişsel üçlü puanlarının erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (Sacco, Pössel ve Roane, 2023: 985). Bu sonuç, bu tez çalışmasından elde edilen bulgulardan farklılık göstermektedir. Bu tez çalışmasının kısıtlı bir örnekleminde yapılmış olması ve erkek katılımcıların kadın katılımcılara oranla daha az olması elde edilen sonuçlarda etkiye sahip olabilir. Bilişsel üçlünün cinsiyetler arası farkını ortaya koyan çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Bu sebeple bu tez çalışmasından elde edilen bulguları destekleyen başka çalışmalara rastlanmamıştır.

Ortoreksiya nervoza puanının cinsiyet faktörüne göre farklılaşıp farklılaşmadığını görmek amacıyla yapılan analiz sonucunda anlamlı bir farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir. Literatürdeki araştırmalar incelendiğinde bu çalışmadan elde edilen sonuçla paralellik gösteren bulgulara rastlanmıştır (Grammatikopoulou, 2018: 459; Herranz, 2014: 470; Reynolds, 2018: 453). Cinsiyetler arası fark göstermeyen çalışmalar dışında, kadın ve erkek cinsiyete göre ortoreksiya nervoza eğiliminin farklılaştığı çalışmalar mevcuttur. Türkiye’de 17-23 yaş arasındaki 900 üniversite öğrencisi

örnekleminde yapılmış olan bir çalışmada, bireylerde yeme bozuklukları ve ortoreksiya nervozanın cinsiyetle olan ilişkileri değerlendirilirken kadın katılımcıların erkek katılımcılara oranla daha yüksek ortorektik eğilim gösterdiği saptanmıştır (Sanlier, vd. 2016: 270). Kadınların ortoreksiya nervoza eğiliminin erkeklere göre daha yüksek seviyede olduğunu gösteren başka çalışmalar da mevcuttur (Arusoğlu, vd., 2008: 288; Missbach, vd., 2015: 8; Rudolph, 2018: 582; Yeşil, vd., 2018: 6). Bu sonucun aksine erkeklerin daha yüksek düzeyde ortoreksiya nervoza eğilimi gösterdiğini destekleyen çalışmalar da oldukça fazladır (Fidan, vd., 2010: 50; Karakuş vd., 2017: 120; Oberle, vd., 2017: 304). Bu tez çalışmasında kadın-erkek cinsiyetlerin ortoreksiya nervoza eğilimi için farklılık göstermemesinde kadınların erkeklere oranla daha fazla katılım göstermesi ve çalışmanın sınırlı sayıda katılımcıyla yapılmış olması göz önünde bulundurulmalıdır.

5.1.6. Ruhsal Belirtiler, Aleksitimi, Bilişsel Üçlü ve Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin Korelasyon Analizlerine İlişkin Tartışma

5.1.6.1. Ruhsal Belirtiler ve Aleksitiminin Korelasyon Analizlerine İlişkin Tartışma

Ruhsal belirtilerin aleksitimi ile arasındaki ilişkilere yönelik analiz sonuçlarına göre ruhsal belirtilerin somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, hostilite, fobik anksiyete, kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, depresyon, anksiyete bozukluğu, psikotizm alt faktörleri ile aleksitiminin negatif duyguları tanıma zorluğu, pozitif duyguları tanıma zorluğu, negatif duyguları ifade zorluğu, pozitif duyguları ifade zorluğu, genel dışa vuruk düşünme alt faktörleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir. Verilerin pozitif yönde anlamlı ilişkisi, ruhsal belirtiler arttıkça duyguları tanıma ve ifade etme zorluğu olan aleksitiminin de arttığı anlamına gelmektedir. Ruhsal belirtiler ve aleksitimi ilişkisini araştıran başka çalışmalarda da sonucun benzer olduğu görülmüştür. Atasayar (2011) ergenlerle yürüttüğü çalışmada kısa semptom envanterinde bulunan somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, hostilite, fobik anksiyete, kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, depresyon, anksiyete bozukluğu, psikotizm psikopatoloji alt faktörleri ile aleksitimi arasındaki ilişkiyi yaşam doyumuyla birlikte incelemiştir. Toronto Aleksitimi ölçeğinin bireyin duyguları tanımada zorluk, duyguları ifade etmede zorluk ve dışa dönük düşünce yapısını ölçen alt faktörler değerlendirilmiştir. Araştırmanın bulgularına göre, bireylerin ruhsal belirti alt faktörlerinden aldıkları puanlar arttıkça aleksitimi

ölçeğinden aldıkları puanlarda da artış görülmüştür (Atasayar, 2011: 65). Bireylerin duygularını hem sözel hem de sözel olmayan yollarla ifade etme becerisi, psikolojik ve bedensel sağlık için önemli bir faktördür ve bu durumun eksikliğinde psikolojik belirtilerin ortaya çıkabildiği bilinmektedir (Ünübol, Hızlı ve Koçyiğit, 2020: 398). Duyguları fark etmenin ve ifade etmenin psikolojik iyi oluşu arttırdığı da bilinmektedir (Kuyumcu ve Güven, 2012: 599). Bilge ve Bilge (2021) tarafından 298 katılımcıyla toplum örnekleminde yapılmış olan çalışmanın bulguları, bu tez çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Ruhsal belirtiler ve duyguları tanımlamakta ve tanımakta zorluk, dışsal odaklı düşünme alt faktörleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada; somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, depresyon ve anksiyete belirtileri ile aleksitimi puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyonlar bulunmuştur (Bilge ve Bilge, 2021: 8). Batıgün ve Büyükşahin'in (2008: 109) aleksitimi, ruhsal belirtiler ve bağlanma stillerini içeren çalışmasında, 300 kişilik bir popülasyondan elde ettikleri verilerin analizinde aleksitimi ve ruhsal belirtilerden anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır. Bulgular, aleksitimi puanı yüksek olan bireylerin puanı düşük olan bireylere oranla ruhsal belirtileri daha fazla tecrübe ettiklerini göstermektedir (Batıgün ve Büyükşahin, 2008: 109).

Aleksitimi kavramının ortaya çıkmasında psikosomatik yakınmaları olan hastaların duygularını anlayıp ifade etmekte güçlük yaşaması ve bu sebeple duygularını bedenselleştirme yoluyla dışarı yöneltmesi büyük rol oynamıştır (Sifneos 1973: 255). Sonraki yıllarda yapılan çalışmalar, bireylerin duygularını işlevine uygun şekilde anlamlandırıp ifade edemediği durumlarda bedensel farklı tepkiler verdiğini; somatizasyon yoluyla çeşitli fizyolojik yakınmalar ortaya koyarak tanımlanamayan ve fark edilemeyen duygular ile aleksitimiye yatkınlık gösterdiğini ortaya koyan sonuçlar göstermiştir (Cooper ve Holmstrom, 1984: 20; Koçak, 2002: 185).

Obsesif kompulsif bozukluk belirtileri gösteren bireylerde iç görünümün zayıflaması ve farkındalık seviyesinde azalma meydana geldiği ve bu yönüyle bireylerde duyguları anlama, ifade etmede zorluk yaşanmasıyla aleksitimi seviyesinde artış görüldüğü ortaya koyulmuş sonuçlardandır (De Berardis, vd., 2005: 352). Roh ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu çalışmada, obsesif kompulsif bozukluk hastalarının aleksitimi seviyelerini değerlendirmiştir. Çalışmanın sonucunda sağlıklı gruba oranla obsesif kompulsif bozukluk hastalarının çok daha yüksek seviyede duyguları tanımada zorluk,

duyguları ifade etmede zorluk ve dışa dönük düşünce yapısı gösterdiğini, aleksitimiye özellikle cinsel ve dini obsesyonların ağırlıklı eşlik ettiğini bulmuşlardır (Roh, Kim ve Kim, 2011: 692).

Hostilite boyutu ele alındığında, bireylerin duygularını sağlıklı sözel ve sözel olmayan biçimde ifade etmekte zorluk yaşadığında farklı yöntemlerle dışsallaştırma yapabildiği akla gelmektedir. 434 üniversite öğrencisiyle yapılan bir araştırma aleksitiminin duyguları tanımada zorluk, duyguları ifade etmede zorluk ve dışa dönük düşünce boyutlarının ruhsal belirtilerden hostilite alt boyutu ile pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterdiğini bulmuştur. Bu tez çalışmasından elde edilen bulgular bahsedilen çalışma sonucuyla paralellik göstermektedir. Bu sonuca göre, var olan duyguyu anlatacak sözcük bulmakta ve duyguyu fark etmekte zorlanmak bireyi yüksek öfke ve beraberinde saldırganca davranışa yöneltebilir. Aynı çalışmada öfkenin sürekliliği ve öfkenin içe atılma faktörlerinin de bulundurulması, aleksitiminin ve öfkenin ruhsal belirtileri daha yüksek oranda açıkladığını göstermiştir (Kahramanol ve Dag, 2018: 34).

Fobik anksiyeteye yönelik doğrudan bir değerlendirmeye rastlamamakla birlikte panik bozukluk ve sosyal fobi tanısı almış bireylerle yapılan bir çalışmadan, aleksitimi ile panik bozukluk ve sosyal fobi arasında anlamlı ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir. Çalışma bulgularına göre tanı almış kişilerin duyguları tanımada, ifade etmede zorluk ve dışa dönük düşünce puanlarının yüksek seyrettiği görülmüştür. (Cox, vd., 1995: 197). Bu durum, bireylerin duygularını tanımakta yaşadıkları zorluğun fobik yansımalar meydana getirdiğini gösteriyor olarak yorumlanabilir. Bireyler yaşadıkları olaylarda ilgili fantezi azlığı sebebiyle dış kaynakların yansımalarına ve detaylarına fazlaca dikkat kesilerek asıl duygunun ifadesini uygun bir biçimde sergileyemezler. Bu tez çalışmasından elde edilen fobik anksiyete puanı ve aleksitimi puanı korelasyonu göz önünde bulundurulduğunda bireylerin uygun duygu yansıması sergilemekte zorlanmasının farklı fobik ifadelerle ortaya çıktığı yorumu yapılabilir.

Kişilerarası ilişkilerde problem yaşayan bireylerin hem sözel hem de davranışsal örüntüleri problemlerin kaynağı için değerlendirilen unsurlardandır. İlişkilerde daha fazla duygu ifade eden ve samimi davranışlar sergilediği düşünülen kişilerin sosyal ilişkilerinin daha güçlü olduğu savunulmaktadır (Vanheule, vd., 2007: 110). Aleksitimi düzeyi yüksek seyreden bireylerin kişilerarası ilişkilerde uyum sağlama becerisinin daha düşük olduğu araştırmalar tarafından ortaya koyulmuştur (Spitzer,

vd., 2005: 240). Bireyler duygularından uzaklaştıkça ve onları ifade etmekte zorlandıkça başka kişilerle yakın ilişki kurmakta da zorlanmaktadırlar. Bu tez çalışmasından elde edilen bulgular literatürdeki sonuçlarla paralellik göstermekte, kişilerarası duyarlılık ile duyguları anlama, ifade etme becerisinin pozitif korelasyon sonucunu desteklemektedir.

Paranoid düşünce ve aleksitimi arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunması, düşünceler ve duygular arasındaki ilişkiyi işaret etmektedir. Duygular, bireylerin çevreden gelen uyarınlara doğru yargılarla anlamasında önemli bir rol oynar (Rehman, vd., 2018: 216). Eddy ve Hansen (2021) aleksitiminin duyguları anlamada ve anlamlandırmada zorluk yaşanmasına sebep olan doğasının, dışarıdan gelen davranışların ve niyetlerin yanlış yorumlanmasıyla hatalı inanç ve yargılar oluşturmaya sebep olabileceğini vurgulayarak yaptıkları çalışmada paranoid düşünceler ve aleksitimi arasında pozitif korelasyon bulmuşlardır. Yani duygu farkındalığında başarısızlık yaşamak, daha yüksek şüphecilik ile ilişkilendirilmektedir.

Depresyon ve aleksitimi arasında bu tez çalışmasında olduğu gibi pozitif yönde anlamlı ilişkiyi ortaya koyan çalışmalara rastlanmıştır (Mattila, vd., 2008: 718; Saarijärvi, vd., 2006: 107; Sagar, vd., 2021: 127). Honkalampi ve arkadaşlarının (2000) depresyonda olan ve olmayan toplam 2018 katılımcıyla yürüttüğü çalışmada depresyonda olmayan kişilerde aleksitimi yaygınlığı %4 bulunurken, depresyonda olan kişilerde bu oran %32 olarak bulunmuştur. Aleksitimi seviyesi yüksek olan bireylerde duyguların fark edilmesinde ve ifade edilmesinde yaşanan zorlanmanın bireylerde psikolojik sıkıntı seviyesini artırarak depresif belirtilere sebep olduğu görülmektedir (Honkalampi, vd., 2000: 101). Aleksitimi seviyesi yüksek olan bireyler, tecrübe ettikleri olumlu ve olumsuz duyguları uygun bir formda anlamlandırmadığı için duygularını etkili bir şekilde kullanamazlar. Bunun neticesinde duyguların içsel değerlendirilmesi ve dışa vurumu esnasında bazı rahatsızlıklar ve kafa karışıklıkları meydana gelebilir. Meydana gelen sıkıntılar depresyonun oluşumu ve sürdürülmesi için zemin oluşturabilir (Foran ve O'Leary, 2013: 477). Ayrıca, depresyonla mücadele eden bireylerde sıkıntı, stres ve bunaltıya karşı bir savunma biçimi olarak aleksitiminin geliştirilebileceğini; tecrübe edilen negatif duygulardan korunmak amacıyla duygu körlüğü yaşanabilme ihtimalini düşünmek mümkündür (Haviland, vd., 1988: 164).

Anksiyete bozukluğu ile aleksitimi arasındaki ilişkiyi inceleyen ve pozitif korelasyon tanımlayan çalışmalar literatürde mevcuttur (Hendryx, vd., 1991: 235). Bu tez

çalışmasından elde edilen bulgularla paralellik gösteren çalışmalardan birinde, aleksitiminin duyguları tanıma ve tanımlamada zorluk seviyeleriyle anksiyete şiddeti arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu görülmektedir (Motan ve Gençöz, 2007: 7). Bireylerin duygularını işlevine uygun şekilde analiz edip kullanamamaları, karşı karşıya kaldıkları stresli olaylar ve problemlerle başa çıkmak için işlevsel bir düzenleme yapmalarını bloke ederek anksiyete seviyelerinde artış meydana getiriyor olarak düşünülebilir. Ayrıca yüksek seviyede anksiyete yaşayan bireylerde pozitif duygulardan olmasa da rahatsız edici duygulardan kaçınmak amacıyla duyguları bastırma davranışı görülebilir (Karukivi, 2010: 386). Bu durumun ilerlemesi ve bir savunma biçimi haline gelmesi aleksitimi seviyesinde artışı anlamlı hale getirebilir.

Psikotizm ve aleksitimi arasındaki ilişkiye yönelik literatür bulguları incelendiğinde, aleksitimi seviyesindeki yüksekliğin duygusal ve bilişsel işlevsellikte bozulmalara yol açarak psikotizm için risk faktörü oluşturduğu sonucu dikkat çekmektedir. Aynı şekilde psikotizm seviyesindeki yüksekliğin duyguları söze dökmeye zorluğa yol açarak bireylerin aleksitimi puanlarının yüksek seviyelerde seyretmesine sebep olduğu görülmektedir (Van der Velde, vd., 2015: 2). Bu tez çalışmasında elde edilen sonuçlar literatürdeki bulgularla paralellik göstermiştir ve ruhsal belirtiler ile aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur.

5.1.6.2. Ruhsal Belirtiler ve Bilişsel Üçlünün Korelasyon Analizlerine İlişkin Tartışma

Ruhsal belirtilerin bilişsel üçlü ile arasındaki ilişkilere yönelik analiz sonuçlarına göre ruhsal belirtilerin somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, hostilite, fobik anksiyete, kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, depresyon, anksiyete bozukluğu, psikotizm alt faktörleri ile bilişsel üçlünün benlik algısı, dünya algısı, gelecek algısı alt faktörleri arasındaki ilişkide pozitif yönde ve anlamlı korelasyonlar olduğu bulunmuştur. Verilerin pozitif yönde anlamlı ilişkisi, ruhsal belirtiler arttıkça bireyin negatif benlik algısı, negatif dünya algısı ve negatif gelecek algısının da arttığını ifade etmektedir. Literatürde depresyon ve bilişsel üçlü ilişkisini inceleyerek pozitif yönde korelasyon bulan çalışmalar mevcuttur (Anderson ve Skidmore, 1995: 603; Beckham, vd., 1986: 566). Beck'in bilişsel teorisinde değindiği gibi depresif semptomlar gösteren bireylerde olumsuz değerlendirme özelliği ağır basarak deneyimlerini uyumsuz bir kalıba sokma yapısı gözlenir (Erarslan, 2014: 22). Bunun sonucunda bireyler nötr veya pozitif olaylar karşısında dahi negatif bir değerlendirme yaparak durumu çarpıtılmış

bir şekilde filtreler. Kendine, dünyaya ve geleceğe olan bakış açısında gerçekle uyumsuz değerlendirmeleri olan bireylerin depresif belirtilerinde artış gözlenebilir. Bireyin kendisine yönelttiği olumsuz yargılar, değersizlik ve başarısızlık duygularını ağırlaştırarak depresyona eşlik edebileceği gibi, depresyonun varlığı da bireyin kendine karşı olumlu bir yaklaşımda bulunmasını engelleyebilir. Yaşanılan sıkıntıların hem kendinden hem de dünyanın güvensiz bir yer olmasından kaynaklanması, hayatın bitmeyen zorluklarla dolu bir yer olması fikri depresyonun semptomları için tetikleyici bir pozisyonudur. Çarpıtılmış ve uyumsuz düşüncelerle oluşturulmuş biliş yapısı bireyde depresif belirtilerin sürmesine yol açabilmektedir (Beckham, vd., 1986: 566). 138 üniversite öğrencisiyle yapılmış bir araştırmada, negatif bilişsel üçlünün anksiyetenin önemli bir etkeni olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin özellikle sınav kaygısı yaşadıklarında kendilerine yönelik başarısızlık ve becerisizlik gibi olumsuz değerlendirmelerin yüksek olduğu görülmüştür (Wong, 2008: 177). Dünyanın karamsarlığa sebep olacak derecede kötülüklerle dolu olması, gelecekte yaşanacak olumsuzlukların bugünden sürüyor olması fikirleri bireyin hostilete belirtileri ile örtüşerek dışı vurulabilir. Bireyin kendine yönelttiği olumsuz atıflar sebebiyle sosyal ilişkilerde geri çekilme yaşaması ve kişilerarası duyarlılık geliştirerek diğer insanlar tarafından da değersiz görüldüğünü düşünmesi mümkün olabilir. Psikotizm, kişinin gerçeklik algısını bozar ve paranoid düşünceler, başkalarının kötü niyetli olduğuna dair aşırı şüpheler içerir. Bu tür düşünceler, bilişsel üçlüyü, yani kişinin kendine, başkalarına ve dünyaya dair inançlarını olumsuz yönde etkiler. Sonuç olarak, bu olumsuz inançların kişinin sosyal işlevselliğini ve genel ruhsal sağlığını bozması mümkün olarak değerlendirilebilir. Bu tez çalışmasından elde edilen bilişsel üçlünün depresyon ve anksiyete ile ilişkisi literatürdeki diğer çalışmalarla örtüşmektedir. Ancak diğer faktörler ve bilişsel üçlü arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır.

5.1.6.3. Ruhsal Belirtiler ve Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin Korelasyon Analizlerine İlişkin Tartışma

Ruhsal belirtiler ve ortoreksiya nervoza eğilimi arasındaki ilişkileri inceleyen analiz sonucuna göre somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, hostilete, fobik anksiyete, kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, psikotizm alt faktörleri ile ORTO-11 ölçek puanı arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanırken; depresyon ve anksiyete bozukluğu alt faktörleri ile ORTO-11 ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı

bir ilişkiye rastlanmamıştır. ORTO-11 ölçeğinden alınan düşük puanlar ortoreksiya nervoza eğiliminin arttığını ifade ederken, alınan yüksek puanlar ortoreksiya nervoza eğiliminin azaldığını ifade etmektedir. Verilerin negatif yönde anlamlı ilişkisi, ruhsal belirtiler arttıkça ortoreksiya nervoza puanının düştüğünü yani ortoreksiya nervoza eğiliminin arttığını göstermektedir.

Literatüre bakıldığında, somatoform hastalarıyla yapılmış olan çalışmanın sonunda ortorektik yeme davranışı gösteren kişilerin yeme alışkanlıklarının somatizasyonla yüksek derecede ilişkili olduğu saptanmıştır (Barthels, vd., 2021: 135). Bireylerin migren ve alerji gibi hastalıklar sebebiyle diyet değişimine gitmesi zaman içerisinde takıntılı bir hal alarak daha sıkı ve gıdalardan kaçınma ile ortorektik eğilime dönüşebilir (Bratman, 2017: 383). 120 öğrenciyle yapılmış olan bir çalışmada obsesif kompulsif belirtiler, ortoreksiya nervoza, bozulmuş yeme davranışları ve vücut rahatsızlığı arasındaki ilişki incelendiğinde ortoreksiya nervoza ile obsesif kompulsif belirtiler arasında anlamlı sonuçlar olduğu ortaya çıkmıştır (Brytek-Matera, vd., 2017: 609). 1328 kadın ve erkek katılımcıyla yürütülmüş olan bir çalışmada, obsesif kompulsif düşüncelerin ortoreksiya nervoza üzerinde doğrudan etkisi olduğu ve aralarındaki ilişkiye besinlerle ilgili takıntıların aracılık ettiği bulunmuştur. Bu bulgular, gıdalarla ilgili kaygıların ve takıntıların katı diyet ve obsesif kompulsif belirtilere etkisini göstermektedir (Rossi, vd., 2024: 7). Obsesif kompulsif belirtiler ile ortoreksiya nervoza arasında pozitif yönde anlamlı sonuçlar bulan başka çalışmalar da mevcuttur (Tanrıverdi ve Nas, 2023: 95). Lasson ve Raynal (2021: 6) tarafından ortorektik yeme davranışları ve kişilik profilleri ilişkisinin incelendiği araştırmada, ortorektik yeme davranışı sergileyen bireylerde paranoid özellikler görüldüğü ortaya konmuştur. Besin içeriklerine gösterilen aşırı hassasiyet besinlere karşı duyulan aşırı şüpheyle ilişkili olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada sosyal anksiyete ve anksiyete belirtilerinin ilişkisine bakıldığında, iki durumun da ortoreksiya nervozaya eşlik eden durumlar olduğu gözlenmiştir. Bireylerin gıdaların satın alınması, hazırlanması ve tüketilmesiyle aşırı meşgul olma hali; sosyal izolasyon, iş ve yaşamdaki diğer olaylara ilgi kaybının ortaya çıkmasının anksiyete ve fobik anksiyeteye ilişkisi gözlenmektedir (Lasson ve Raynal, 2021: 10). Kişilik özellikleri, ortoreksiya nervoza ve sağlıklı ortoreksiyanın birlikte ilişkisini inceleyen bir çalışmada ortoreksiya nervoza ve psikotizm arasında pozitif yönlü ilişki olduğu; ortoreksiya nervoza arttıkça psikotik özelliklerin de arttığı bulunmuştur. Gıdalarla ilgili aşırıya kaçan düşünceler, hatalı

inançlar ortaya çıktıkça psikotik spektrum içerisine girme eğilimi gösterebilmektedir (Roncero, vd., 2021: 1). Mevcut çalışmalar ile bu tez çalışmasından elde edilen psikotizm ve ortoreksiya nervoza analiz sonuçları örtüşmektedir. Literatürdeki çalışmalar, depresyon ve ortoreksiya nervoza belirtilerinin ortak özellikler taşıyabileceklerini ortaya koymuştur. Ortoreksiya nervozanın ilerlemesi halinde meydana gelen sosyal izolasyonun depresyonun hem belirtisi hem de sonucu olarak değerlendirilebileceği, genel ilgi kaybı, iki durumda da meydana gelen psikolojik sıkıntı seviyesinin artması gibi semptomlar ortak olarak değerlendirilmiştir (Awad, vd., 2021: 6). Bireylerde ortorektik eğilimin artması ile depresyon semptomlarının artışı arasında anlamlı ilişki bulan başka bir çalışma, ortoreksiya nervozada görülen kaçınma davranışlarının depresyon semptomlarıyla örtüştüğünü ve şikayetlerin şiddetlenmesine sebep olabileceğini ortaya koymaktadır (Messer, vd., 2023: 3). Kısacası, bu tez çalışmasında elde edilen sonucun aksine, depresyonun ortoreksiya nervoza ile pozitif yönlü anlamlı ilişkisini bulan çalışmalar mevcuttur (Awad, vd., 2021: 6). Aynı durum anksiyete bozukluğu için de geçerli olmakla birlikte, Türkiye’de yürütülmüş olan bir araştırmada depresyon ve anksiyete arttıkça ortoreksiya nervozanın da arttığı görülmüştür (Sezer Katar, Şahin ve Kurtoğlu, 2024: 83). Literatürdeki çalışmaların çoğalmasıyla daha belirgin kıyaslamalar yapılabileceği düşünülmektedir.

5.1.6.4. Aleksitimi ve Bilişsel Üçlünün Korelasyon Analizlerine İlişkin Tartışma

Aleksitimi ve bilişsel üçlü arasındaki ilişkileri inceleyen analiz sonucuna göre aleksitiminin negatif duyguları tanıma zorluğu, pozitif duyguları tanıma zorluğu, negatif duyguları ifade zorluğu, pozitif duyguları ifade zorluğu, genel dışa vuruk düşünme alt faktörleri ile bilişsel üçlünün benlik algısı, dünya algısı, gelecek algısı alt faktörleri arasındaki ilişkide pozitif yönde ve anlamlı korelasyonlar olduğu bulunmuştur. Verilerin pozitif yönde anlamlı ilişkisi, aleksitimi arttıkça bireyin negatif bilişsel üçlünün de arttığını ifade etmektedir.

Aleksitiminin duyguları tanımada ve ifade etmede zorluk yaşama, süreçlerin ve durumların değerlendirilmesinde içsel faktörler yerine dışsal faktörlere odaklanma özellikleri bilişsel işleme becerilerindeki sapmaları işaret etmektedir (Cairncross, 2013: 690). Bireyin kendine, dünyaya ve geleceğe atfettiği olumsuz kalıplar ve negatif inançlar göz önünde bulundurulduğunda aleksitiminin duygularla ilişkide zorluk yaşama durumunun açıklanabileceği düşünülebilir. Ayrıca bireyin duygularını uygun

şekilde anlamlandırmada zorluk yaşamaması, içsel faktörlerden çok dış dünyadan gelen faktörlerin etkisinin yüksek olması deneyimlediği olaylar karşısında doğru yargıyı oluşturmasını engelleyebilir. Bunun sonucunda birey kendini olumsuz bir bakış açısıyla değerlendirebilir, dünyayı olduğundan daha tehlike dolu bir yer olarak görebilir veya gelecekte olumlu olaylarla karşılaşmayacağı düşüncesi taşıyabilir.

5.1.6.5. Aleksitimi ve Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin Korelasyon Analizlerine İlişkin Tartışma

Aleksitimi ve ortoreksiya nervoza eğilimi arasındaki ilişkileri inceleyen analiz sonucuna göre aleksitiminin negatif duyguları tanıma zorluğu, pozitif duyguları tanıma zorluğu, negatif duyguları ifade zorluğu, pozitif duyguları ifade zorluğu, genel dışa vuruk düşünme alt faktörleri ve ORTO-11 ölçek puanı arasında negatif yönde anlamlı korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre bireylerin ortoreksiya nervoza puanları düşerken ortoreksiya nervoza eğilimleri artmakta, aynı zamanda aleksitimi düzeyleri de artmaktadır. Kısacası, ortoreksiya nervoza eğilimi ile aleksitimi arasındaki mevcut ilişki anlamlı ve pozitif yönlüdür.

Literatürde aleksitimi ve ortoreksiya nervoza ilişkisini inceleyen çalışmalar oldukça azdır. Yapılan bir çalışmada ortoreksiya nervoza eğilimi ve aleksitiminin duyguları tanıma, ifade etmede zorluk ve dışa dönük düşünce alt faktörleri arasında pozitif yönde korelasyon olduğu, ortorektik eğilimler arttıkça duyguları tanımlamada ve ifade etmede zorluk ile dışa vuruk düşünme yapısının arttığı gözlenmiştir (Vuillier, Robertson ve Greville-Harris, 2020: 6). Bu sonuç, bu tez çalışmasında elde edilen bulgularla paralellik göstermektedir. Yani aleksitiminin bireyin duygularıyla olan ilişkisini bloke eden ve bireyin duygularını anlamlandırmasını zorlaştıran bir faktör olması sebebiyle çarpıtılmış bir ifade yöntemi olarak besin tüketiminde takıntı şeklinde ortaya çıkabilmesinin mümkün olduğu düşünülebilir. Bireyler duygularını ifade edebildiklerinde, bir rahatlık hissiyle yaşarlar ve ekstra bir kontrol mekanizmasına ihtiyaç duymazlar. Bu durum, duygular ifade edilebildiğinde dışarı yansımada farklı bir kalıba girmesine ihtiyaç duyulmadığı şeklinde yorumlanabilir. Bireyler duygularını fark etme ve ifade etme becerilerinden uzaklaştıkça, anlamlandırılmayan duyguların bedenselleştirilmiş bir yöntemle dışa vurulduğu ve sağlıklı yeme takıntısı ile ifade edildiği düşünülebilir. Ortoreksiya nervozanın duyguları tanımada ve düzenlemede zorluk yaşama, zorluk anında soruna yönelik davranışlar sergilemede problem yaşamayla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bunlarla

birlikte aleksitiminin duyguları tanımada ve ifadede zorluk yaşama, dışsal düşünmeyi ağırlıkta tutma durumları bireyin gıdaya yönelik takıntılı davranışlarını şiddetlendirebilmektedir (Obeid, vd., 2021: 2611).

5.1.6.6. Bilişsel üçlü ve Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin Korelasyon Analizlerine İlişkin Tartışma

Bilişsel üçlü ve ortoreksiya nervoza eğilimi ilişkisini inceleyen analiz sonucuna göre bilişsel üçlünün benlik algısı, dünya algısı ve gelecek algısı ile ortoreksiya nervoza puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı korelasyon olduğu görülmüştür. Bu durum bireylerin benliğine, dünyaya ve geleceğe dair negatif algıları arttıkça ortoreksiya nervoza eğiliminin de arttığı sonucunu göstermektedir. Literatürde ortoreksiya nervoza ile bilişsel üçlü değişkenlerinin birlikte çalışıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak yapılan bazı çalışmalar, bireylerin kendilerine yönelik olumsuz tutumlarının ve yargılayıcı mükemmeliyetçi davranışlarının yüksekliğiyle ortoreksiya nervoza eğilimi arasında pozitif korelasyon olduğunu göstermektedir (Barnes ve Caltabiano, 2017: 177). Literatürde dünya algısı ve gelecek algısının ortoreksiya nervoza ile çalışmalarına rastlanamamış olsa da, mevcut analizler sonucunda bir değişkenlerin ilişkisi görülmektedir. Negatif dünya algısı düşünüldüğünde, bireylerin dünyayı tehlikelerle dolu ve kötü bir yer olarak değerlendirmesi korunma isteği ve çabası oluşturabilir. Bireyler değiştiremeyecekleri olumsuzlukların meydana getirdiği rahatsızlık veren duygulardan ve düşüncelerden kaçmak için yeme davranışları aracılığıyla kendilerini korumaya çalışabilirler. Bu şekilde, yiyecek seçimleri üzerinde sıkı bir kontrol sağlayarak, dış dünyadaki belirsizlikler ve tehditler karşısında bir tür güvenlik ve kontrol hissi elde etmeye çalışabilirler. Negatif bir gelecek algısı da bu duruma eşlik ederek gelecekte devam edeceği düşünülen mevcut olumsuz durumlara karşı sağlıklı ve kontrolü sağlanmış gıda tüketimi ile güvenlik davranışını açıklayabilir. Aynı şekilde besinlerin sağlıksız olduğu ve üretilen gıdaların temiz içerikli olmadığı düşüncesi ile ortoreksiya nervozanın dünyaya karşı olumsuz bir tutum benimsenmesine sebep olduğu da düşünülebilir.

5.1.3. Ruhsal Belirtiler, Aleksitimi, Bilişsel Üçlü ve Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin Regresyon Analizlerine İlişkin Tartışma

Bir diğer analizde ruhsal belirtiler, aleksitimi ve bilişsel üçlü alt faktörlerinin ortoreksiya nervoza puanını hangi seviyede yordadığını görmek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Ruhsal belirtiler (somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, hostilite, fobik anksiyete, kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, depresyon, anksiyete bozukluğu, psikotizm), aleksitimi (negatif duyguları tanıma zorluğu, pozitif duyguları tanıma zorluğu, negatif duyguları ifade zorluğu, pozitif duyguları ifade zorluğu, genel dışa vuruk düşünme) ve bilişsel üçlü (benlik algısı, dünya algısı, gelecek algısı) bağımsız değişkenler olarak değerlendirilirken; bağımlı değişken olarak ortoreksiya nervoza değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları, bağımsız değişkenlerin, ortoreksiya nervoza değişkeninin %22,9'unu açıkladığını göstermektedir. Ruhsal belirtilerden obsesif kompulsif belirtiler alt faktörü ile aleksitiminin genel dışa vuruk düşünme alt faktörü ortoreksiya nervoza puanını negatif yönde yordamaktadır.

Obsesif kompulsif belirtiler alt faktörü puanı ortoreksiya nervoza bağımlı değişkeni puanını negatif yönde anlamlı olarak yordamaktadır. Bu sonuç, obsesif kompulsif belirtilerin ortoreksiya nervozanın oluşumunda etkiye sebep olabileceği anlamına gelmektedir. Bu tez çalışmasından elde edilen obsesif kompulsif belirtiler regresyon analizi sonucu, alandaki diğer çalışmalarla benzer bulgulara sahiptir. Literatürde ortoreksiya nervoza ve obsesif kompulsif belirtilerin birlikte çalışıldığı araştırmalar arasında yordayıcılık etkisi çalışmaları da mevcuttur (Asil ve Sürücüoğlu, 2015: 1; McComb ve Mills, 2019: 72). 117 kadın ve erkek diyetisyen ile yürütülmüş olan bir çalışmada bireylerin ortoreksiya nervoza eğilimleri, obsesif kompulsif belirtileri ve yeme tutumları ölçülmüştür. Bireylerin gıdaya karşı geliştirdiği obsesif tutum ve yiyeceklerle olan ilişkinin zedelenmesi diğer yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk için ortak özellik olarak değerlendirildiği gibi ortoreksiya nervoza ve obsesif kompulsif bozukluk arasında da benzer özellikler olarak değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar ortoreksiya nervoza eğilimi gösteren diyetisyenlerin obsesif kompulsif belirtilerinin de yüksek seyrettiğini göstermektedir (Asil ve Sürücüoğlu, 2015: 6). Özcan'ın (2021: 31) yaptığı ortoreksiya nervoza eğilimi çalışmasının sonucunda, değişkenlerden biri olan obsesif inançların ortoreksiya nervozayı anlamlı şekilde yordadığı bulunmuştur. Obsesif inançların ortoreksiya nervoza eğilimini yordadığını

gösteren başka çalışmalar da mevcuttur (Karadayı, 2020: 47). Obsesif inançlar; ortoreksiya nervozanın karakteristik özelliklerinden olan besinlerin saf olmasıyla ilgili tekrarlayan düşünceler, besin planlaması ve hazırlanmasıyla ilgili zihinsel yapılanma göz önünde bulundurularak açıklanabileceği ve obsesif kompulsif belirtilerin ortoreksiya nervoza eğilimini yordayıcı özellik göstermesine sebep olduğu düşünülmektedir (Brytek-Matera, 2012: 58). Rossi ve arkadaşları (2024) obsesif kompulsif semptomların ortoreksiya nervoza eğilimini etkilediğini, obsesif kompulsif düşüncelerin ve besinlerle ilgili endişeler-meşguliyetler aracılığıyla ortoreksiya nervoza üzerinde doğrudan etki gösterdiğini araştırma sonuçlarında ortaya koymuşlardır. Besinlerle ilgili işlevsiz düşünceler ve endişeler, diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi ortoreksiya nervozada da aşırı zihinsel meşguliyetler ve endişelerle tetiklenir (Rossi, vd., 2024: 7).

Aleksitimi alt faktörlerinden yalnızca genel dışa vuruk düşünme puanı ortoreksiya nervoza puanını negatif yönde yordamaktadır. Bu sonuç, genel dışa vuruk düşünme puanı ile ortoreksiya nervoza eğilimi ilişkisinde pozitif yönde anlamlılığı ifade etmektedir. Birey, dışa vuruk düşünme tarzıyla duygu ve düşüncelerini iç dünyasında bütünleştirerek bir yargıya varmak yerine yalnızca dış dünyadan gelen uyaranlar ve olayların değerlendirilmesiyle bir düşünce yapısı oluşturur (Vuillier, Robertson ve Greville-Harris, 2020: 6). Yeme bozuklukları literatürü incelendiğinde, uygunsuz yeme davranışlarının temelinde deneyimlenen olumsuzluklara karşı başa çıkma stratejisi geliştirme çabası ve duygulardan kaçınma çabası olduğu sıkça çalışılmış konulardandır. Bireyler istenmeyen duygularla karşılaştıklarında sahip oldukları olumsuz zihinsel yapılanma sebebiyle beklenenden daha fazla sıkıntı yaşama eğilimi gösterirler. Bu sıkıntıdan kurtulmak için başa çıkma şekli olarak yeme davranışında bozulmaları daha çok deneyimlerler. Bireyler aleksitiminin duyguları uygun biçimde kullanmada zorlanma özelliği sebebiyle duygusal sıkıntılarını tanımlayamaz ve yönetemezler, bu da onları yeme bozukluğu davranışlarına başvurmaya daha yatkın hale getirir. (Nowakowski, vd., 2013: 7). Yeme bozuklukları ve aleksitimi ilişkisini inceleyen bir çalışmada, yeme bozukluğu tanısı almış bireylerin hem aleksitimi toplam puanı hem de dışa vuruk düşünce puanlarının yüksek seviyede seyrettiği bulunmuştur (Harmanlı, Akdeniz ve Ahçı Gültekin, 2021: 34). Bu açıdan yorum yapacak olunursa, diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi sağlıklı yeme takıntısı olan ortoreksiya nervozada da aleksitimi ve genel dışa vuruk düşünce arasındaki ilişki anlamlı olarak

değerlendirilebilir. Duyguların arka planda tutularak doğru yerde kullanılamaması, bireylerin farklı duygular hissettiklerinde duruma uygun başa çıkma stratejisini bulamıyor olmaları ve duygularını yeme davranışına yansıtıyor olmalarını düşündürerek yordama etkisini açıklayabilir. Yapılmış olan bir çalışmada yeme bozukluklarının gelişimi ve sürdürülmesinde aleksitiminin ortaya koyduğu duyguları düzenleme eksikliklerinin mükemmelliyeçilik gibi uyumsuz bilişsel stratejilerle birlikte etkileşimde bulunduğunu göstermektedir. Ortoreksiya nervozada gıda tüketiminde gözlenen aşırı mükemmel davranma arzusu göz önünde bulundurulduğunda, mükemmellik çabasının dış kaynakların değerlendirilmesiyle (gıda saflığı, besin tüketimi) sağlanmaya çalışılması dışa vuruk düşünme biçiminin ortoreksiya nervoza eğilimini yordama etkisi anlamlandırılabilir (Marsero, vd., 2011: 185). Negatif duyguları tanıma zorluğu, pozitif duyguları tanıma zorluğu, negatif duyguları ifade zorluğu ve pozitif duyguları ifade zorluğu alt faktörleri puanlarının ortoreksiya nervoza puanını anlamlı olarak yordamadığı görülmüştür. Yapılmış olan korelasyon analizlerinde tüm alt faktörler ve ortoreksiya nervoza arasında anlamlı ilişki bulunmasına rağmen, aynı alt faktörlerin ortoreksiya nervoza üzerinde yordayıcı etkiye sahip olmadığı görülmektedir. Ancak korelasyonda ortaya çıkan anlamlı etki göz önünde bulundurulduğunda bireylerde aleksitimi semptomları arttıkça ortoreksiya nervoza eğilim belirtilerinde de bir artış görülmesinin muhtemel olduğu düşünülmektedir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre bilişsel üçlünün benlik algısı, dünya algısı ve gelecek algısı alt faktörlerinin korelasyon analizlerinde anlamlı ilişki göstermelerine karşın ortoreksiya nervoza üzerinde yordayıcı etki göstermedikleri bulunmuştur. Analizler sonucunda her ne kadar obsesif kompulsif belirtiler ve genel dışa vuruk düşünme alt faktörleri dışındaki faktörler ortoreksiya nervozayı yordamıyor görünse de korelasyon analizinde ortaya çıkan anlamlı ilişkiler; somatizasyon, hostilite, fobik anksiyete, kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, anksiyete bozukluğu, psikotizm, negatif duyguları tanıma zorluğu, pozitif duyguları tanıma zorluğu, negatif duyguları ifade zorluğu, pozitif duyguları ifade zorluğu, benlik algısı, dünya algısı, gelecek algısı bağımsız değişkenlerinin belirtilerine sahip bireylerin ortoreksiya nervoza eğilimi gösterebilmelerinin muhtemel olduğunu düşündürmektedir.

5.2. Araştırmanın Anlattıkları

Bu tez çalışmasından elde edilen bulgulara göre ruhsal belirtilerin tüm alt faktörleri (somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, hostilete, fobik anksiyete, kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, depresyon, anksiyete bozukluğu, psikotizm), aleksitiminin tüm alt faktörleri (negatif duyguları tanıma zorluğu, pozitif duyguları tanıma zorluğu, negatif duyguları ifade zorluğu, pozitif duyguları ifade zorluğu, genel dışa vuruk düşünme), bilişsel üçlünün tüm alt faktörleri (benlik algısı, dünya algısı, gelecek algısı) ve ortoreksiya nervoza eğilimi arasında anlamlı ilişkiler görülmektedir. Bu ilişkiler tüm değişkenler arasındaki bağlantılar hakkında fikir veriyor olsa da aralarında bir nedensellik ilişkisi olup olmadığını göstermemektedir. Bu sebeple değişkenler arasındaki bağlantıları aydınlatmak ve daha geniş bulgular sunmak adına regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir.

Yapılmış olan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre, ortoreksiya nervoza eğilimi ruhsal belirtilerin obsesif kompulsif belirtiler alt faktörü tarafından açıklanmaktadır. Bireylerin obsesif kompulsif belirtilerindeki artışın ortoreksiya nervoza eğiliminde artış görülmesine sebep olabileceği öngörülmüştür. Ruhsal belirtilerin diğer alt faktörlerinin (somatizasyon, hostilete, fobik anksiyete, kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, depresyon, anksiyete bozukluğu, psikotizm) ortoreksiya nervoza eğilimini yordama etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Aleksitimi alt faktörlerinden genel dışa vuruk düşünme puanı ortoreksiya nervoza puanını negatif yönde yordamaktadır. Bireylerin genel dışa vuruk düşünme puanları arttıkça, ortoreksiya nervozaya olan eğilimin de artabileceği düşünülmüştür. Aleksitiminin diğer alt faktör (negatif duyguları tanıma zorluğu, pozitif duyguları tanıma zorluğu, negatif duyguları ifade zorluğu, pozitif duyguları ifade zorluğu) puanlarının ortoreksiya nervoza puanını anlamlı olarak yordamadığı görülmüştür. Analizler sonucunda bilişsel üçlünün benlik algısı, dünya algısı ve gelecek algısı alt faktörlerinin ortoreksiya nervozayı yordayıcı etkisine rastlanmamıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu tez çalışmasının temel amacı ruhsal belirtiler, aleksitimi ve bilişsel üçlünün ortoreksiya nervoza eğilimi ile ilişkilerinin incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda toplanan verilerin analizleri sonucunda ortoreksiya nervoza ile depresyon ve anksiyete değişkenleri arasındaki ilişki hariç, çalışmaya dahil edilmiş tüm değişkenlerin ortoreksiya nervoza ile istatistiksel açıdan negatif yönde anlamlı ilişkisi bulunmuştur. Ruhsal belirtiler, aleksitimi ve bilişsel üçlünün ortoreksiya nervoza eğilimini yordama düzeyini ortaya koymak için yapılan regresyon analizleri sonucunda ruhsal belirtilerden obsesif kompulsif belirtiler, aleksitimiden genel dışa vuruk düşünme alt faktörlerinin ortoreksiya nervoza puanını negatif yönde anlamlı yordadığı görülmüştür. Tüm bulgulara yönelik açıklamalar tartışma bölümünde bulunmaktadır.

Ayrıca, literatürde ve özellikle Türkçe alan yazında ortoreksiya nervoza eğilimi olan bireylere yönelik ruhsal belirtiler, aleksitimi ve bilişsel üçlünün birlikte çalışıldığı bir araştırma olmaması, bu tez çalışmasının önemini artırmaktadır. Bu sebeple, elde edilmiş olan bulguların bu konuda literatüre katkı sağlayacağı; ortorektik eğilim gösteren bireylerin sahip oldukları takıntıların ve davranış örüntülerinin daha iyi anlaşılacağı ve ayrıca bir bozukluk olarak tanınması için veri sunacağı düşünülmektedir.

Bu tez çalışmasından elde edilen bulgular doğrultusunda sunulabilecek öneriler şu şekildedir;

Bu çalışma 303 kişiyle ve toplum örnekleminde yapılmıştır. Daha çok katılımcıyla, daha büyük bir örnekleme yapılacak olan çalışmaların toplum örneklemini daha iyi açıklayabileceği düşünülmektedir. Benzer bir çalışmanın özellikle cinsiyet ve yaş değişkenlerinin eşit olarak dağılım gösterdiği büyük bir toplum örnekleminde yapılması belirtilerin tanımlanması için fayda sağlayabilir.

Ortoreksiya nervoza eğiliminin etiyolojisi ve epidemiyolojisi hakkında daha fazla bilgi edinebilmek için gelecekte yapılacak olan çalışmalarda bireylerin yeme davranışında sergiledikleri kısıtlamaları tanımlamak amacıyla ne tür besinleri tükettikleri ve tüketmedikleri, kısıtlamaların ne kadar süredir uygulandığı, kilo ve boy gibi fiziksel özellikler, tıbbi tanımlı hastalık öyküsü ve psikolojik/psikiyatrik destek öyküsü olup olmadığı, yaşadıkları il ve ilçe, hangi meslek grubunda oldukları ile ilgili bilgiler alınması faydalı olabilir.

Ayrıca verilerin daha ayrıştırıcı ve tanısal özellik göstermesi adına klinik bir grubun toplum örneklemeyle birlikte çalışılması önerilebilir.

Nitel ve nicel değerlendirmelerin birlikte kullanıldığı bir çalışma deseniyle, ortoreksiya nervoza eğiliminin diğer değişkenlerle ilişkisinde daha kapsamlı veriler elde edilmesine katkı sağlayabilir.

Ortoreksiya nervoza eğilimini açıklarken kullanılan faktörlerin daha iyi anlaşılması, cinsiyet ve yaş değişkenine göre farklılaşmasını görmek için özellikle ergen gruplarıyla başlayarak ileriki yaşlara kadar uzanan boylamsal çalışmalar daha tanımlayıcı olabilir. Ortoreksiya nervozayı ölçmek amacıyla geliştirilmiş farklı ölçeklerin birlikte değerlendirilmesinin daha aydınlatıcı olabileceği düşünülmektedir.



KAYNAKÇA

- Acar, S. ve Runco, M. A. (2012). Psychoticism and creativity: A meta-analytic review. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 6(4): 341-350.
- Addis, M. E. (2008). Gender and depression in men. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(3): 153-168.
- Akgül, M. Ş., Dirik, E. ve Akgül, N. (2018). Çocuk Gelişimi Programı ve Sosyal Bilgiler Eğitimi Öğrencilerin Kişilerarası Duyarlılık Düzeylerinin Belirlenmesi. *Türkiye Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 3(2): 121-130.
- Aksoy, U. M. (2006). *Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluğu hastalarındaki cinsel işlev bozukluklarının karşılaştırılması* (Uzmanlık Tezi). Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Aksoydan, E., ve Camci, N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 14: 33-37.
- Aktaş, V. ve Güvenç, G. B. (2006). Kız ve erkek ergenlerde saldırgan ve olumlu sosyal davranışlar ile yaş, ilişkisel bağlam ve kişiler arası duyarlılık arasındaki ilişkiler. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 23(2): 233-264.
- Alexander, M. G. ve Wood, W. (2000). Gender and emotion: Social psychological perspectives, *Women, men, and positive emotions: A social role interpretation*, Cambridge University Press: Cambridge, 189-210.
- Almeida, C., Vieira Borba, V., ve Santos, L. (2018). Orthorexia nervosa in a sample of Portuguese fitness participants. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23: 443-451.
- Altıntaş, E. ve Özçürümez, G. (2015). Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastaların cinsiyet farklılığı açısından değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 40(3): 409-417.
- Altınyazar, V. ve Maner, F. (2014). Yeme bozuklukları ve psikoz. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(1): 84-88.

- Alvarenga, M. D. S., Martins, M. C. T., Sato, K. S. C. D. J., Vargas, S. V., Philippi, S. T. ve Scagliusi, F. B. (2012). Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17: 29-35.
- Alvarenga, P. G., Cesar, R. C., Leckman, J. F., Moriyama, T. S., Torres, A. R., Bloch, M. H., ... ve do Rosario, M. C. (2015). Obsessive-compulsive symptom dimensions in a population-based, cross-sectional sample of school-aged children. *Journal of psychiatric research*, 62: 108-114.
- American Psychiatric Association (APA) (2007). College dictionary of psychology. Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association. (2022). Depressive Disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychological Association..
- Anderson, K. W. ve Skidmore, J. R. (1995). Empirical analysis of factors in depressive cognition: The Cognitive Triad Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 51(5): 603-609.
- Aragona, M., Petta, A. M. ve Balbi, A. (2015). Psychotic phenomena in Binge Eating Disorder: an exploratory MMPI-2 study. *Arch Psychiatry Psychother*, 17(2): 13-20.
- Arıca, S.G., Arıca, V., Arı, M. ve Özer, C. (2011). Adolesanda yeme bozuklukları. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2(5):1-10.
- Arkar, H. (1992). Beck'in depresyon modeli ve bilişsel terapisi. *Dusunen Adam Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 1(5): 37-40
- Arslantaş, H., Adana, F., Öğüt, S., Ayakdaş, D. ve Korkmaz, A. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin yeme davranışları ve ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) ilişkisi: kesitsel bir çalışma. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 8(3): 137-144.
- Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G. ve Merdol, T. K. (2008). Ortoreksiya Nervoza ve Orto-11'in Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3): 283-291.

- Asil, E. ve Sürücüoğlu, M. S. (2015). Orthorexia nervosa in Turkish dietitians. *Ecology of food and nutrition*, 54(4): 1-11.
- Atasayar, M. (2011). *Ergenlerin aleksitimik özelliklerinin psikolojik belirtileri ve yaşam doyumları ile ilişkisi* (Yüksek lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Atlas, J. G. (2004). Interpersonal sensitivity, eating disorder symptoms, and eating/thinness expectancies. *Current Psychology*, 22: 368-378.
- Awad, E., Salameh, P., Sacre, H., Malaeb, D., Hallit, S. ve Obeid, S. (2021). Association between impulsivity and orthorexia nervosa/healthy orthorexia: any mediating effect of depression, anxiety, and stress?. *BMC psychiatry*, 21: 1-14.
- Aydınlı, B. N. (2024). Kendini mükemmeliyetçi gösterme eğilimi ile kişilerarası duyarlılık arasındaki ilişkinin incelenmesi. *HUMANITAS-Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(23): 73-90.
- Bal, U., Çakmak, S. ve Uğuz, Ş. (2013). Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4): 441-459.
- Balta, G. T., Karachalios, T., Tsikrikas, T. ve Angelopoulos, N. V. (2016). Alexithymia, hostility and depression in patients suffering from somatic diseases. *International Journal of New Technology and Research*, 2(8): 263453.
- Balta, G., Karachalios, T., Tsikrikas, T. ve Angelopoulos, N. (2018). Are alexithymia, depression and hostility related. *International Journal of New Technology and Research*, 2(2): 67-70.
- Bankier, B., Aigner, M. ve Bach, M. (2001). Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics*, 42(3): 235-240.
- Barajas, A., Ochoa, S., Obiols, J. E., ve Lalucat-Jo, L. (2015). Gender differences in individuals at high-risk of psychosis: A comprehensive literature review. *The Scientific World Journal*, 2015(1): 430735.

- Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., Touyz, S. ve Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of eating disorders*, 11(1): 8.
- Barlas, G. Ü., Karaca, S., Onan, N., ve Işıl, Ö. (2010). Üniversite sınavına hazırlanan bir grup öğrencinin kendilik algıları ve ruhsal belirtileri arasındaki ilişki. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(1): 18-24.
- 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: 177-184.
- Barthels, F., Mueller, R., Schueth, T., Friederich, H. C. ve Pietrowsky, R. (2021). Orthorexic eating behavior in patients with somatoform disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26: 135-143.
- Batigün, A. D. ve Büyükşahin, A. (2008). Aleksitimi: Psikolojik Belirtiler ve Bağlanma Stilleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(3): 105-114.
- Bayar, R. ve Yavuz, M. (2008). Obsesif kompulsif bozukluk. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye' de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62*, 185-192.
- Beckham, E. E., Leber, W. R., Watkins, J. T., Boyer, J. L. ve Cook, J. B. (1986). Development of an instrument to measure Beck's cognitive triad: The Cognitive Triad Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4): 566-567.
- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N. ve Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clinical psychology review*, 21(8): 1143-1192.
- Berghuis, K. J., Pössel, P. ve Pittard, C. M. (2020). Perceived discrimination and depressive symptoms: Is the cognitive triad a moderator or mediator? *Child ve Youth Care Forum*, 49(4): 647-660. <https://doi.org/10.1007/s10566-019-09537-1>
- Bermond, B. (2000). Review of the book Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness, by G.J. Taylor, R.M. Bagby ve J.D.A.

- Parker. *Clinical Psychology ve Psychotherapy: An International Journal of Theory ve Practice*, 7(3): 240-240.
- Bert, F., Gualano, M. R., Voglino, G., Rossello, P., Perret, J. P., ve Siliquini, R. (2019). Orthorexia Nervosa: A cross-sectional study among athletes competing in endurance sports in Northern Italy. *PloS one*, 14(8): e0221399.
- Bilge, Y. ve Bilge, Y. (2021). Aleksitimi ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkide savunma mekanizmaları ve içgörünün aracı rolü. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 5(1): 1-12.
- Bilge, Y. ve Bilge, Y. (2020). Aleksitiminin Dikkat-Değerlendirme Modelinin Ölçümü: Perth Aleksitimi Ölçeğinin Türkçe Psikometrik Özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(Ek 2): 71-79.
- Bilgin, M. (2004). Bilişsel Üçlü Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(21): 35-41.
- Bosi, A. T. B., Çamur, 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.
- Bourdon, K. H., Boyd, J. H., Rae, D. S., Burns, B. J., Thompson, J. W. ve Locke, B. Z. (1988). Gender differences in phobias: Results of the ECA community survey. *Journal of anxiety disorders*, 2(3): 227-241.
- Boyce, P. (1990). *High interpersonal sensitivity as a vulnerability factor to neurotic depression* (Doctoral dissertation). University of New South Wales, Sydney.
- Boyce, P., Hickie, I., Parker, G., Mitchell, P., Wilhelm, K. ve Brodaty, H. (1992). Interpersonal sensitivity and the one-year outcome of a depressive episode. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26(2): 156-161.
- Braet, C., Wante, L., Van Beveren, M. L. ve Theuwis, L. (2015). Is the cognitive triad a clear marker of depressive symptoms in youngsters?. *European child ve adolescent psychiatry*, 24: 1261-1268.
- Bratman, S. (2017). Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eating and weight disorders-studies on anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(3): 381-385.

- Brebner, J. (2003). Gender and emotions. *Personality and individual differences*, 34(3): 387-394.
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W. ve Friederich, H. C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive psychiatry*, 55(3): 565-571.
- Brown, C. ve Schulberg, H. C. (1998). Diagnosis and treatment of depression in primary medical care practice: the application of research findings to clinical practice. *Journal of clinical psychology*, 54(3): 303-314.
- Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa—an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit. *Archives of Psychiatry and psychotherapy*, 1(1): 55-60.
- Brytek-Matera, A., Fonte, M. L., Poggiogalle, E., Donini, L. M. ve Cena, H. (2017). Orthorexia nervosa: relationship with obsessive-compulsive symptoms, disordered eating patterns and body uneasiness among Italian university students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22: 609-617.
- Buckman, J. E., Saunders, R., Stott, J., Arundell, L. L., O'Driscoll, C., Davies, M. R., ... ve Pilling, S. (2021). Role of age, gender and marital status in prognosis for adults with depression: An individual patient data meta-analysis. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 30: 42.
- Bulik, C. M. (1995). Anxiety disorders and eating disorders: A review of their relationship. *New Zealand Journal of Psychology*, 24: 51-62.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L. ve Joyce, P. R. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: A controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96: 101–107.
- Bulut, A., ve Yiğitbaş, Ç. (2022). Prevalence of orthorexia nervosa in academicians and the influencing factors. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 12(2): 346-351.
- Buono, V. L., Corallo, F., Bonanno, L., Pria, D., Di Cara, M., Palmeri, R., ... ve De Cola, M. C. (2023). Psychological symptoms in Multiple Sclerosis and the role

- of marital status: Results from a retrospective single-center study. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 79: 105051.
- Cairncross, M., Veselka, L., Schermer, J. A., ve Vernon, P. A. (2013). A behavioral genetic analysis of alexithymia and the Dark Triad traits of personality. *Twin research and human genetics*, 16(3): 690-697.
- Canaslan, A. (2013). *Yöneticilerinin liderlik tarzları ile şüphencilik/paranoid düşünceleri arasındaki ilişki* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kastamonu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Kastamonu.
- Carpenter, K. M., ve Addis, M. E. (2000). Alexithymia, gender, and responses to depressive symptoms. *Sex roles*, 43: 629-644.
- Castillo, M. ve Weiselberg, E. (2017). Bulimia nervosa/purging disorder. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 47(4): 85-94.
- Celikel, F. C., Cumurcu, B. E., Koc, M., Etikan, I. ve Yucel, B. (2008). Psychologic correlates of eating attitudes in Turkish female college students. *Comprehensive psychiatry*, 49(2): 188-194.
- Cena, H., Barthels, F., Cuzzolaro, M., Bratman, S., Brytek-Matera, A., Dunn, T., ... ve Donini, L. M. (2019). Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24: 209-246.
- Chen, Z. S. ve Chung, M. C. (2016). The relationship between gender, posttraumatic stress disorder from past trauma, alexithymia and psychiatric co-morbidity in Chinese adolescents: A moderated mediational analysis. *Psychiatric Quarterly*, 87: 689-701.
- Cheshire, A., Berry, M. ve Fixsen, A. (2020). What are the key features of orthorexia nervosa and influences on its development? A qualitative investigation. *Appetite*, 155:104798.
- Chung, M. C. ve Chen, Z. S. (2020). Gender differences in child abuse, emotional processing difficulties, alexithymia, psychological symptoms and behavioural problems among Chinese adolescents. *Psychiatric quarterly*, 91: 321-332.

- Cooper, D. E., ve Holmstrom, R. W. (1984). Relationship between alexithymia and somatic complaints in a normal sample. *Psychotherapy and psychosomatics*, 41(1): 20-24.
- Coşkun, Y., ve Altay, C. (2009). Lise öğrencilerinde yabancılaşma ve benlik algısı ilişkisi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 29(29): 41-56.
- Cox, B. J., Swinson, R. P., Shulman, I. D., ve Bourdeau, D. (1995). Alexithymia in panic disorder and social phobia. *Comprehensive psychiatry*, 36(3): 195-198.
- Creed, F. H., Davies, I., Jackson, J., Littlewood, A., Chew-Graham, C., Tomenson, B., at al. (2012). The epidemiology of multiple somatic symptoms. *Journal of psychosomatic research*, 72(4): 311-317.
- Crisp, A. H. (1967). The possible significance of some behaviour correlates of weight and carbohydrate intake. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(1): 117-131.
- Culbert, K. M., Racine, S. E. ve Klump, K. L. (2015), Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders- a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *J Child Psychol Psychiatry*, 56(11): 1141-64. doi: 10.1111/jcpp.12441.
- Çakal, A. G. ve Tastan, N. (2023). Kişiler arası duyarlılık ve ilişkili diğer psikolojik değişkenler. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2): 659-678.
- Çaylak, M. (2021). *Üniversite öğrencilerinin öz-anlayış ve duygusal zekâ düzeyleri ile aleksitimi düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Çelik, F. H. ve Hocaoğlu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1): 51-66. DOI: 03180
- Dakanalis, A., Pla-Sanjuanelo, J., Caslini, M., Volpato, C., Riva, G., Clerici, M., ve Carrà, G. (2016). Predicting onset and maintenance of men's eating disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(3): 247-255. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.05.002>

- Dal, E. (2011). *Psikotik bozukluk ve depresyonlu hastalarda EKT' den önce çekilen EEG' de tedaviye cevap belirteç varlığının araştırılması* (Uzmanlık Tezi). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Malatya.
- Darol, E. S. ve Karapınar, A. (2022). Cinsiyet ve Medeni Durum ile Stres Zemininde Oluşan Hastalıkların İlişkisi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 12(2): 263-272.
- Davidson, J., Zisook, S., Giller, E. ve Helms, M. (1989). Symptoms of interpersonal sensitivity in depression. *Comprehensive Psychiatry*, 30(5): 357-368.
- De Berardis, D., Campanella, D., Gambi, F., Sepede, G., Salini, G., Carano, A., ... ve Ferro, F. M. (2005). Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 255: 350-358.
- De Gucht, V. ve Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: a quantitative review of the literature. *Journal of psychosomatic research*, 54(5): 425-434.
- Dell'Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Massimetti, G., Pini, S., Rivetti, L., ... ve Carmassi, C. (2016). Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population. *Rivista di psichiatria*, 51(5): 190-196.
- Demirel, S. A., Eğlence, R., ve Kaçmaz, E. (2011). Üniversite öğrencilerinin ruhsal durumlarının belirlenmesi. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 1(1): 18-29.
- Derogatis, L. R., Rickels, K. ve Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*, 128(3): 280-289.
- Derogatis, L. R., Yevzeroff, H. ve Wittelsberger, B. (1975). Social class, psychological disorder, and the nature of the psychopathologic indicator. *Journal of consulting and clinical psychology*, 43(2): 183-191.
- Dijkstra-Kersten, S. M., Biesheuvel-Liefveld, K. E., van der Wouden, J. C., Penninx, B. W., ve van Marwijk, H. W. (2015). Associations of financial strain and income with depressive and anxiety disorders. *J Epidemiol Community Health*, 69(7): 660-665.
- Dikmeer Bektaş, N. (2020). *Anoreksiya Nervoza Tanısı Olan Ergenlerde Bilinçli Farkındalığın ve ilişkili Etmenlerin İncelenmesi: Mükemmeliyetçilik, Duygu*

Düzenleme ve Ruminasyon (Uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, 2020.

- Dingemans, A. E., Bruna, M. J. ve van Furth E. F. (2002). Binge eating disorder: a review. *International Journal of Obesity*, 26(3): 299-307
- Dirik G, Şahin G. (2008). Kişilik özellikleri, hostilite (düşmanlık, öfke) ve sosyal desteğin miyokard infarktüsü (kalp krizi) geçiren hastaların kaygı ve depresyon düzeyleri ile ilişkisi. *Uludağ Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(15): 249-266. doi:10.5455/cap.20130515054141
- 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: 151-157.
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., ve Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10(2): 28-32.
- Dunn, T. M. ve Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating behaviors*, 21: 11-17.
- Dykman, B. M. (1998). Integrating cognitive and motivational factors in depression: initial tests of a goalorientation approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1): 139-158. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.139>
- Eddy, C. M., ve Hansen, P. C. (2021). Alexithymia is a key mediator of the relationship between magical thinking and empathy. *Frontiers in Psychiatry*, 12: 719961.
- Eizaguirre, A. E., de Cabezón, A. O. S., de Alda, I. O., Olariaga, L. J. ve Juaniz, M. (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and individual differences*, 36(2): 321-331.
- Elder, B. L., V. Mosack. (2011). Genetics of depression: an overview of the current science. *Issues In Mental Health Nursing*, 32(4): 192-202.
- Engelbreton, T. O., ve Matthews, K. A. (1992). Dimensions of hostility in men, women, and boys: relationships to personality and cardiovascular responses to stress. *Psychosomatic Medicine*, 54(3), 311-323.

- Erarslan, Ö. (2014). *Üniversite öğrencilerinde psikolojik sağlamlık ile depresif belirtiler ve yaşam memnuniyeti arasındaki ilişkide benlik saygısı, pozitif dünya görüşü ve umudun aracı rolünün incelenmesi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Erarslan, Ö. ve Işıklı, S. (2019). Bilişsel üçlü envanteri'nin türkçe uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Noro-Psikyatri Arsivi*, 56(1): 32-39.
- Erbaş, S. (2015). *Yeme Tutumlarının Nesne İlişkileri Kuramı Çerçevesinde İncelenmesi* (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Ergüney Okumuş, F. E. (2017). *Tutumlar, inançlar ve üst bilişlerin yeme davranışı üzerindeki yordayıcı etkileri* (Yayınlanmış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Erkin, Ö., ve Göl, I. (2019). Determination of health status perception and orthorexia nervosa tendencies of Turkish yoga practitioners: a crosssectional descriptive study. *Prog Nutr*, 21(1): 105-112.
- Erözkan, A. (2005). Üniversite öğrencilerinin kişilerarası duyarlılık ve depresyon düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (14): 129-155.
- Eysenck, H. J. (1992). The definition and measurement of psychoticism. *Personality and individual differences*, 13(7): 757-785.
- Fairburn, C. G. ve Garner, D. M. (1986). The diagnosis of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5(3): 403-419.
- Faraji, H. ve Fırat, B. (2022). Yeme bozuklukları ve duygular. *Fenerbahçe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1): 153-174.
- Fassino, S., Daga, G. A., Piero, A., Leombruni, P. ve Rovera, G. G. (2001). Anger and personality in eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(6): 757-764.
- Fell, J., Chaieb, L. ve Hoppe, C. (2023). Mind Wandering in Anxiety Disorders: A Status Report. *Neuroscience ve Biobehavioral Reviews*, 105432: 1-18.

- Fidan, T., Ertekin, V., Işıkay, S. ve Kırpınar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive psychiatry*, 51(1): 49-54. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.03.001>.
- Fineberg, N. A., Hengartner, M. P., Bergbaum, C. E., Gale, T. M., Gamma, A., Ajdacic-Gross, V., ... ve Angst, J. (2013). A prospective population-based cohort study of the prevalence, incidence and impact of obsessive-compulsive symptomatology. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 17(3): 170-178.
- Foran, H. M., ve O'Leary, K. D. (2013). The role of relationships in understanding the alexithymia–depression link. *European Journal of Personality*, 27(5): 470-480.
- Freeman, D., Garety, P. A., Bebbington, P. E., Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D., ... ve Dunn, G. (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *The British Journal of Psychiatry*, 186(5): 427-435.
- Freeman, D., Stahl, D., McManus, S., Meltzer, H., Brugha, T., Wiles, N. ve Bebbington, P. (2012). Insomnia, worry, anxiety and depression as predictors of the occurrence and persistence of paranoid thinking. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47: 1195-1203.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 28(1/4): 337-342.
- Gabriel, B., Untas, A., Lavner, J. A., Koleck, M. ve Luminet, O. (2016). Gender typical patterns and the link between alexithymia, dyadic coping and psychological symptoms. *Personality and Individual Differences*, 96: 266-271.
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D. S., Kennedy, S., et al. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152: 1052–1058
- Girgus, J. S. ve Yang, K. (2015). Gender and depression. *Current Opinion in Psychology*, 4: 53-60.
- Grammatikopoulou, M. G., Gkiouras, K., Markaki, A., Theodoridis, X., Tsakiri, V., Mavridis, P., ... ve Chourdakis, M. (2018). Food addiction, orthorexia, and food-related stress among dietetics students. *Eating and Weight Disorders-*

Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 23: 459-467.
<http://doi.org.10.1007/s40519-018-0514-1>.

Gültekin, B. K., ve Dereboy, I. F. (2011). The prevalence of social phobia, and its impact on quality of life, academic achievement, and identity formation in university students. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 22(3): 150.

Güneş, A. C. (2021). *Üniversite öğrencilerinde Allah merkezlilik, başkası merkezli dışsallık ve olumlu bilişsel üçlü arasındaki ilişki* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Güneş, S., ve Turan, S. G. (2022). Evli Bireylerin Evlilik Doyumu ile Problemler İnternet Kullanımı ve Aleksitimi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Etkileşim*, (9): 142-168.

George, D. ve Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Pearson, Boston

Green, C. E. L., Freeman, D., Kuipers, E., Bebbington, P., Fowler, D., Dunn, G. ve Garety, P. A. (2008). Measuring ideas of persecution and social reference: the Green et al. Paranoid Thought Scales (GPTS). *Psychological medicine*, 38(1): 101-111.

Grigoriadis, S. ve Erlick Robinson, G. (2007). Gender issues in depression. *Annals of Clinical Psychiatry*, 19(4): 247-255.

Güler, H. K. (2014). *Yetişkin bireylerde bağlanma biçimleri ile psikososyodemografik değişkenlerin aleksitimi düzeyi üzerindeki etkileri* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Hacıoğlu, N., Tedik, S. E. ve Yaralı, S. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal sorunları ve ilişkili faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(3): 196-204.

Haines, A. P., Imeson, J. D. ve Meade, T. W. (1987). Phobic anxiety and ischaemic heart disease. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 295(6593): 297-299.

Håman, L., Barker-Ruchti, N., Patriksson, G. ve Lindgren, E. C. (2015). Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 10(1): 26799.
<https://doi.org/10.3402/qhw.v10.26799>

- Hamann, D. M., Wonderlich-Tierney, A. L. ve Vander Wal, J. S. (2009). Interpersonal sensitivity predicts bulimic symptomatology cross-sectionally and longitudinally. *Eating behaviors*, 10(2): 125-127.
- Harmancı, H., Akdeniz, S. ve Ahçı Gültekin, Z. (2021). Prevalence of eating disorders: its relationship with alexithymia and mental complaints., *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry ve Psychology*, 3(1): 30-36.
- Haviland, M. G., Shaw, D. G., Cummings, M. A., ve MacMurray, J. P. (1988). Alexithymia: subscales and relationship to depression. *Psychotherapy and psychosomatics*, 50(3): 164-170.
- Hayes, A.F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical Mediation Analysis in the New Millennium, *Communication Monographs*, 76(4): 408-420, DOI: 10.1080/03637750903310360
- Hayes, A. F. (2013). Mediation, moderation, and conditional process analysis. *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*, The Guilford Press: New York.
- Hendryx, M. S., Haviland, M. G., ve Shaw, D. G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of personality assessment*, 56(2): 227-237.
- Herranz Valera, J., Acuña Ruiz, P., Romero Valdespino, B. ve Visioli, F. (2014). Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: a pilot study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19: 469-472. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0131-6>.
- Heshmati, R., Ghorbani, N., Rostami, R., Ahmadi, M. ve Akhavan, H. (2010). Comparative study of alexithymia in patients with psychotic disorders, non psychotic and normal people. *Avicenna Journal of Clinical Medicine*, 17(1): 56-61.
- Heyman, I., Mataix-Cols, D. ve Fineberg, N. A. (2006). Obsessive-Compulsive Disorder. *BMJ*. 333(7565): 424-429
- Hohoff, C. (2009). Anxiety in mice and men: a comparison. *Journal of neural transmission*, 116: 679-687.

- Holland, L. A., Bodell, L. P. ve Keel, P. K. (2013). Psychological factors predict eating disorder onset and maintenance at 10-year follow-up. *European Eating Disorders Review*, 21(5): 405-410.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., ve Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of psychosomatic research*, 48(1): 99-104.
- Honkalampi, K., Tolmunen, T., Hintikka, J., Rissanen, M. L., Kylmä, J., ve Laukkanen, E. (2009). The prevalence of alexithymia and its relationship with Youth Self-Report problem scales among Finnish adolescents. *Comprehensive psychiatry*, 50(3), 263-268.
- Horovitz, O. ve Argyrides, M. (2023). Orthorexia and orthorexia nervosa: A comprehensive examination of prevalence, risk factors, diagnosis, and treatment. *Nutrients*, 15(17): 3851.
- Huse, D. M. ve Lucas, A. R. (1984). Dietary patterns in anorexia nervosa. *The American journal of clinical nutrition*, 40(2): 251-254.
- Hyrnik, J., Janas-Kozik, M., Stochel, M., Jelonek, I., Siwiec, A., ve Rybakowski, J. K. (2016). The assessment of orthorexia nervosa among 1899 Polish adolescents using the ORTO-15 questionnaire. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 20(3): 199-203.
- İdik, B., ve Karşlı, A. (2024). Çeşitli Obsesif Kompulsif Belirtilerin, İş ve İlişki Doyumu İle Sosyo-Demografik Etkenler Bağlamında İncelenmesi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 16(2): 635-654.
- Jacobs, L. ve Joseph, S. (1997). Cognitive Triad Inventory and its association with symptoms of depression and anxiety in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 22(5): 769-770.
- 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
- Kahramanol, B. ve Dag, I. (2018). Alexithymia, anger and anger expression styles as predictors of psychological symptoms. *Dusunen Adam Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 31(1): 30-39.

- Kalaman, S., Orhan, H., ve Kocabay, İ. (2019). Sosyal medya kullanımını ve aleksitimi: acil serviste çalışan hemşireler üzerine bir araştırma. *AJIT-e: Academic Journal of Information Technology*, 10(37): 45-56.
- Karadağ, F., Kalkan Oğuzhanoğlu, N., Özdel, O., Ateşçi, F. Ç. ve Amuk, T. (2006). OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. *Depression and Anxiety*, 23(3): 145-152.
- Karadayı, Ö. (2020). *Ortoreksiya ve bozuk yeme tutumlarının beden imgesi, sağlık kaygısı ve obsesif inançlarla ilişkisinin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi). Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Karadere, M. E. ve Hocoğlu, Ç. (2018). Kaçıngan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu nedir? tanı ve tedavi yaklaşımları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4): 110-118.
- Karaismailoğlu, D., Kulakaç, N., & Çilingir, D. (2021). Ameliyathane hemşirelerinde aleksitimi düzeyi ve iletişim becerilerine etkisi: Doğu Karadeniz örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 81-87.
- Karaköse, E. (2021). *Çocukluk çağı travma yaşantıları ve bilişsel üçlünün ruhsal belirtiler ile ilişkilerinin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- 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. *Northern clinics of Istanbul*, 4(2): 117. <https://doi.org/10.14744/nci.2017.20082>.
- Karamustafalioglu O. ve Yumrukçal H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2): 65- 74.
- Karukivi, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K. M., Liuksila, P. R., Joukamaa, M., ve Saarijärvi, S. (2010). Alexithymia is associated with anxiety among adolescents. *Journal of affective disorders*, 125(1-3): 383-387.
- Karvonen, J. T., Joukamaa, M., Herva, A., Jokelainen, J., Läksy, K., ve Veijola, J. (2007). Somatization symptoms in young adult Finnish population—associations with sex, educational level and mental health. *Nordic journal of psychiatry*, 61(3): 219-224.

- Kaslow, N. J., Stark, K. D., Printz, B., Livingston, R. ve Ling Tsai, S. (1992). Cognitive Triad Inventory for Children: Development and relation to depression and anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4): 339-347.
- Kay, D. W. K. ve Leigh, D. (1954). The natural history, treatment and prognosis of anorexia nervosa, based on a study of 38 patients. *Journal of Mental Science*, 100(419): 411-431.
- Kendir, D. ve Karabudak, E. (2019). Sporcularda yeme bozuklukları. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1): 1-10.
- Kesebir, S. (2004). Depresyon ve somatizasyon. *Klinik Psikiyatri*, (Ek 1), 14-19.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. ve Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6): 593-602.
- Kessler, R. M., Hutson, P. H., Herman, B. K. ve Potenza, M. N. (2016). The neurobiological basis of binge-eating disorder. *Neuroscience ve Biobehavioral Reviews*, 63: 223-238.
- Kingır, S. ve Kardeş, N. (2019). Medyanın sağlıklı beslenme davranışı üzerindeki etkisi. *Safran Kültür ve Turizm Araştırmaları Dergisi*, 2(2): 163-176.
- King, A. (1963). Primary and secondary anorexia nervosa syndromes. *The British Journal of Psychiatry*, 109(461): 470-479.
- Kocabaşoğlu, N. (2008). Anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62: 175-184.
- Koçak, R. (2002). Aleksitimi: kuramsal çerçeve tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar. *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES)*, 35(1): 183-212.
- Koven N. S. ve Senbonmatsu R. A (2013). Neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open J Psychiatry*. 3: 214–222.
- Koven, N. S. ve Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 385-394.

- Kracker Imthon, A., Antônio Caldart, C., Do Rosário, M. C., Fontenelle, L. F., Constantino Miguel, E. ve Arzeno Ferrão, Y. (2020). Stressful life events and the clinical expression of Obsessive–Compulsive Disorder (OCD): an exploratory study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(10): 3371.
- Kring, A., Davison, G. C., Neale, J. M. ve Johnson, S., (2012), *Abnormal psychology* 12th edition, New Jersey, ABD: John Wiley ve Sons, Inc.
- Kuyumcu, B., ve Güven, M. (2012). Türk ve İngiliz üniversite öğrencilerinin duygularını fark etmeleri ve ifade etmeleri ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişki. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 32(3): 589-607.
- Lasson, C. ve Raynal, P. (2021). Personality profiles in young adults with orthorexic eating behaviors. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-10.
- Lesser, I. M. (1981). A Review of the Alexithymia Concept. *Psychosomatic Medicine*, 43(6): 531-543
- Levant, R. F., Hall, R. J., Williams, C. M. ve Hasan, N. T. (2009). Gender differences in alexithymia. *Psychology of men ve masculinity*, 10(3): 99-103.
- Levin-Aspenson, H. F., ve Watson, D. (2018). Mode of administration effects in psychopathology assessment: Analyses of gender, age, and education differences in self-rated versus interview-based depression. *Psychological Assessment*, 30(3): 287.
- Levinson, C. A., Zerwas, S. C., Brosf, L. C., Thornton, L. M., Strober, M., Pivarunas, B., ... ve Bulik, C. M. (2019). Associations between dimensions of anorexia nervosa and obsessive–compulsive disorder: An examination of personality and psychological factors in patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 27(2): 161-172.
- Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Moerk, K. C. ve Striegel-Moore, R. H. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4): 426-440.
- Lock, J. ve La Via, M. C. (2015). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. *The Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(5): 412-425.

- Lulé, D., Schulze, U. M., Bauer, K., Schöll, F., Müller, S., Fladung, A. K. ve Uttner, I. (2014). Anorexia nervosa and its relation to depression, anxiety, alexithymia and emotional processing deficits. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19: 209-216.
- Luminet, O., Nielson, K. A. ve Ridout, N. (2021). Having no words for feelings: alexithymia as a fundamental personality dimension at the interface of cognition and emotion, *Cognition and Emotion*, 35(3): 435-448, DOI: 10.1080/02699931.2021.1916442
- Lumley, M. A., Neely, L. C. ve Burger, A. J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems, *Journal of Personality Assessment*, 89(3): 230-246, DOI: 10.1080/00223890701629698
- Lumley, M. A., Stettner, L. ve Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of psychosomatic research*, 41(6): 505-518.
- Maccoby, E. E., ve Jacklin, C. N. (1980). Sex differences in aggression: A rejoinder and reprise. *Child development*, 51: 964-980.
- Marchetti, I. ve Pössel, P. (2023). Cognitive triad and depressive symptoms in adolescence: specificity and overlap. *Child Psychiatry ve Human Development*, 54(4): 1209-1217.
- Marsero, S., Ruggiero, G. M., Scarone, S., Bertelli, S., ve Sassaroli, S. (2011). The relationship between alexithymia and maladaptive perfectionism in eating disorders: A mediation moderation analysis methodology. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 16: 182-187.
- Mathes, B. M., Morabito, D. M. ve Schmidt, N. B. (2019). Epidemiological and clinical gender differences in OCD. *Current psychiatry reports*, 21: 1-7.
- Mathes, W. F., Brownley, K. A., Mo, X. ve Bulik C. M. (2009). The biology of binge eating. *Appetite*; 52(3): 545-53.
- Mathis, M. A. D., Alvarenga, P. D., Funaro, G., Torresan, R. C., Moraes, I., Torres, A. R., ... ve Hounie, A. G. (2011). Gender differences in obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 33: 390-399.

- Mattila, A. K., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J. K., Koivisto, A. M., Mielonen, R. L. ve Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic medicine*, 70(6): 716-722.
- Mattila, A. K., Salminen, J. K., Nummi, T., ve Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of psychosomatic research*, 61(5): 629-635.
- McCann, B. S., Woolfolk, R. L., Lehrer, P. M., ve Schwarcz, L. (1987). Gender differences in the relationship between hostility and the Type A behavior pattern. *Journal of Personality Assessment*, 51(3), 355-366.
- McCarty, R., 2016, The Fight-or-Flight Response: A Cornerstone of Stress Research. In *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*. Cambridge, MA: Academic Press, 33-37. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00004-2>
- McComb, S. E. ve Mills, J. S. (2019). Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite*, 140: 50-75. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.005>
- McIntosh, C. N. ve Fischer, D. G. (2000). Beck's cognitive triad: One versus three factors. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 32(3): 153–157. <https://doi.org/10.1037/h0087110>
- McLean, C. P. ve Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical psychology review*, 29(6): 496-505.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T. ve Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of psychiatric research*, 45(8): 1027-1035.
- Messer, M., Liu, C., ve Linardon, J. (2023). Orthorexia nervosa symptoms prospectively predict symptoms of eating disorders and depression. *Eating behaviors*, 49: 101734.
- Miotto, P., Pollini, B., Restaneo, A., Favaretto, G. ve Preti, A. (2008). Aggressiveness, anger, and hostility in eating disorders. *Comprehensive psychiatry*, 49(4): 364-373.

- Miotto, P., Pollini, B., Restaneo, A., Favaretto, G., Sisti, D., Rocchi, M. B. ve Preti, A. (2010). Symptoms of psychosis in anorexia and bulimia nervosa. *Psychiatry research*, 175(3): 237-243.
- 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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135772>.
- Moroze, R. M., Dunn, T. M., Holland, J. 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.
- Morrison, J. (2016). *Dsm-5'i Kolaylaştıran: "Klinisyenler İçin Tanı Rehberi"*. (M. Şahin, Çev.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Motan, I., ve Gençöz, T. (2007). The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(4): 1-11
- Niedzielski, A. ve Kaźmierczak-Wojtaś, N. (2021). Prevalence of orthorexia nervosa and its diagnostic tools—a literature review. *International journal of environmental research and public health*, 18(10): 5488
- Nowakowski, M. E., McFarlane, T., ve Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of eating disorders*, 1: 1-14.
- Obeid, S., Hallit, S., Akel, M., ve Brytek-Matera, A. (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. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01112-9>
- Oberle, C. D., Samaghabadi, R. O. ve Hughes, E. M. (2017). Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite*, 108: 303-310. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.021>.

- Oğur, S. ve Aksoy, A. (2015). Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza eğiliminin belirlenmesi. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 4(2): 93-102.
- Ören, N. ve Gençdoğan, B. (2007). Lise öğrencilerinin depresyon düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 15(1): 83-92.
- Özcan, H., Subaşı, B., Budak, B., Çelik, M., Gürel, Ş. C. ve Yıldız, M. (2013). Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki kadınlarda benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı, depresyon ve anksiyete ilişkisi. *Journal of Mood Disorders*, 3(3): 107-113. DOI: 10.5455/jmood.20130507015148
- Özcan, M. (2021). *Obsesif inançlar, üstbiliş ve yeme tutumlarının Ortoreksiya Nervoza eğilimi üzerindeki yordayıcı etkileri* (Yüksek lisans tezi). Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Özdel O., Ateşci, F. ve Oğuzhanoglu, N. (2003). Bir anoreksiya nervosa olgusu ve bu olguya farmakoterapi ile birlikte psikodrama teknikleri ile yaklaşım. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(2): 153-159.
- Özel, Y., Türkleş, S. ve Erdoğan, S. (2020). Üniversite öğrencilerinde ruhsal durumun incelenmesi. *JAREN*, 6(2): 220-8.
- Özen, E. M., Serhadlı, Z. N. A., Türkcan, A. S. ve Ülker, G. E. (2010). Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23: 60-65.
- Özsoy, E. V. (2017). Yeme bozukluklarında kişilik özellikleri. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(1): 255-266.
- Pallister, E. ve Waller, G. (2008). Anxiety in the eating disorders: Understanding the overlap. *Clinical psychology review*, 28(3): 366-386.
- Parker, J. D., Taylor, G. J., ve Bagby, R. M. (1989). The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Comprehensive psychiatry*, 30(5): 434-441.
- Parker, J. D., Michael Bagby, R., Taylor, G. J., Endler, N. S. ve Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of personality*, 7(4): 221-232.

- Pasini, A., Delle Chiaie, R., Seripa, S., ve Ciani, N. (1992). Alexithymia as related to sex, age, and educational level: results of the Toronto Alexithymia Scale in 417 normal subjects. *Comprehensive psychiatry*, 33(1): 42-46.
- Patel, V., Burns, J. K., Dhingra, M., Tarver, L., Kohrt, B. A., ve Lund, C. (2018). Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry*, 17(1): 76-89.
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J. P. ve Barbe, P. (2003). Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obesity research*, 11(2): 195-201.
- Polat, S. ve Kutlu, F. Y. (2019). Ruhsal Bozukluklarda Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(3): 111-115.
- Pössel, P. (2009). Cognitive Error Questionnaire (CEQ): Psychometric properties and factor structure of the German translation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3): 264–269. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9117-x>
- Pössel, P. ve Thomas, S. D. (2011). Cognitive triad as mediator in the hopelessness model? A three-wave longitudinal study. *Journal of Clinical Psychology*, 67(3): 224-240.
- Pratt, V. B., Hill, A. P. ve Madigan, D. J. (2023). A Longitudinal study of Perfectionism and Orthorexia in Exercisers. *Appetite*, 183:106455.
- Preece, D. A., Becerra, R., Allan, A., Robinson, K., Chen, W., Hasking, P. ve Gross, J. J. (2020). Assessing alexithymia: psychometric properties of the Perth Alexithymia Questionnaire and 20-item Toronto Alexithymia Scale in United States adults. *Personality and Individual Differences*, 166:110138.
- Quick, V. M., McWilliams, R. ve Byrd-Bredbenner, C. (2012). Case–control study of disturbed eating behaviors and related psychographic characteristics in young adults with and without diet-related chronic health conditions. *Eating behaviors*, 13(3): 207-213.

- Ramacciotti, C. E., Perrone, P., Coli, E., Burgalassi, A., Conversano, C., Massimetti, G., ve Dell’Osso, L. (2011). Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eating and weight disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 16: 127-130.
- Rehman, A., Gumley, A., ve Biello, S. (2018). Sleep quality and paranoia: The role of alexithymia, negative emotions and perceptual anomalies. *Psychiatry Research*, 259: 216-222.
- Reuman, L., Buchholz, J. ve Abramowitz, J. S. (2018). Obsessive beliefs, experiential avoidance, and cognitive fusion as predictors of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9: 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.06.001>
- Reynolds, R. (2018). Is the prevalence of orthorexia nervosa in an Australian university population 6.5%?. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23: 453-458. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0535-9>.
- Roh, D., Kim, W. J. ve Kim, C. H. (2011). Alexithymia in obsessive-compulsive disorder: clinical correlates and symptom dimensions. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(9): 690-695.
- Roncero M, Barrada JR, García-Soriano G and Guillén V (2021) Personality Profile in Orthorexia Nervosa and Healthy Orthorexia. *Front. Psychol.* 12:710604. doi: 10.3389/fpsyg.2021.710604
- Rossi, A. A., Mannarini, S., Donini, L. M., Castelnuovo, G., Simpson, S. ve Pietrabissa, G. (2024). Dieting, obsessive-compulsive thoughts, and orthorexia nervosa: Assessing the mediating role of worries about food through a structural equation model approach. *Appetite*, 193, 107164.
- Rudolph, S. (2018). The connection between exercise addiction and orthorexia nervosa in German fitness sports. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23: 581-586. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0437-2>.

- Saarijärvi, S., Salminen, J. K., ve Toikka, T. (2006). Temporal stability of alexithymia over a five-year period in outpatients with major depression. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(2): 107-112.
- Sacco, A., Pössel, P. ve Roane, S. J. (2023). Perceived discrimination and depressive symptoms: What role does the cognitive triad play?. *Journal of Clinical Psychology*, 79(4): 985-1001.
- Sagar, R., Talwar, S., Desai, G., ve Chaturvedi, S. K. (2021). Relationship between alexithymia and depression: A narrative review. *Indian journal of psychiatry*, 63(2): 127-133.
- Salminen, J. K., Saarijärvi, S., Äärelä, E., Toikka, T., ve Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of psychosomatic research*, 46(1): 75-82.
- 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. [https:// doi.org/10.1080/03670244.2016.1150276](https://doi.org/10.1080/03670244.2016.1150276)
- Sarro, S. (2009). Transient psychosis in anorexia nervosa: review and case report. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 14: 139-143.
- Sayar, K. ve Ak, I. (2001). The predictors of somatization: A review. *Bull Clin Psychophar*, 11(4): 266-271.
- Sayed, S., Iacoviello, B. M., ve Charney, D. S. (2015). Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Current psychiatry reports*, 17: 1-7.
- Schmidt, U., Jiwany, A. ve Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive psychiatry*, 34(1): 54-58.
- Schoenfeld, T. J., McCausland, H. C., Morris, H. D., Padmanaban, V. ve Cameron, H. A. (2017). Stress and loss of adult neurogenesis differentially reduce hippocampal volume. *Biological psychiatry*, 82(12): 914-923. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.05.013>

- Schrijvers, C. T., Bosma, H., ve Mackenbach, J. P. (2002). Hostility and the educational gradient in health: The mediating role of health-related behaviours. *The European Journal of Public Health*, 12(2): 110-116.
- Seeman, M. V. (2014). Eating disorders and psychosis: seven hypotheses. *World journal of psychiatry*, 4(4): 112-119.
- Sesverir, S. (2015). *Bulimiya Nervoza'da İlk Nesneyle İlişkinin Rorschach Testiyle Değerlendirilmesi* (Yayınlanmış yüksek lisans tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Sezer Katar, K., Şahin, B. ve Kurtoğlu, M. B. (2024). Healthy orthorexia, orthorexia nervosa, and personality traits in a community sample in Turkey. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 59(1): 83-100.
- Shamim, A. ve Muazzam, A. (2018). Gender differences in positive emotion. *Journal of Arts and Social sciences*, 1, 125-137.
- Shelton, N. J. (2005). What not to eat: inequalities in healthy eating behaviour, evidence from the 1998 Scottish Health Survey. *Journal of Public Health*, 27(1), 36-44.
- Shipko, S. (1982). Alexithymia and somatization. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 37(4): 193-201.
- Sifneos, P. E. (1973). The Prevalence of 'Alexithymic' Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2-6): 255-262
- Simpson, K. J. (2002). Anorexia nervosa and culture. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 9(1): 65-71.
- Smith, T. W. (1992). "Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis". *Health Psychology*, 11 (3): 139-150. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.11.3.139>
- Snodgrass, S. E. (1985). Women's intuition: The effect of subordinate role on interpersonal sensitivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(1): 146-155.
- Snodgrass, S. E. (1992). Further effects of role versus gender on interpersonal sensitivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(1): 154-158.

- Sönmez, C. R. (2023). *Algılanan romantik ilişki kalitesi, bilişsel üçlü ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Master's thesis), İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Spitzer, C., Siebel-Jürges, U., Barnow, S., Grabe, H. J., ve Freyberger, H. J. (2005). Alexithymia and interpersonal problems. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(4): 240-246.
- Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., ... ve Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International journal of eating disorders*, 11(3): 191-203.
- Stark, K. D., Schmidt, K. L. ve Joiner, T. E. (1996). Cognitive triad: Relationship to depressive symptoms, parents' cognitive triad, and perceived parental messages. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24: 615-631.
- Strahler, J., Hermann, A., Walter, B. ve Stark, R. (2018). Orthorexia nervosa: A behavioral complex or a psychological condition?. *Journal of behavioral addictions*, 7(4): 1143-1156.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. ve Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157(3): 393-401.
- Styk, W., Gortat, M., Samardakiewicz-Kirol, E., Zmorzynski, S. ve Samardakiewicz, M. (2024). Measuring Pathological and Nonpathological Orthorexic Behavior: Validation of the Teruel Orthorexia Scale (TOS) among Polish Adults. *Nutrients*, 16(5): 638.
- Şahin, N. H. ve Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI): Türk Gençleri İçin Uyarlanması [A study of the Brief Symptom Inventory in Turkish Youth]. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31): 44-56.
- Şahin, H. N., Uğurtaş, S. ve Batıgün, D. A. (2002). Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2): 125-135.

- Şaşıoğlu, M., Gülol, Ç. ve Tosun, A. (2014). Aleksitimi: tedavi girişimleri/Alexithymia: Treatment Interventions. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(1): 22-31.
- Şengül, R. ve Hocaoğlu, Ç. (2019). Ortoreksiya nervoza nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(2): 101-104.
- Tanç, S. (1999). *Benlik Değeri, Umutsuzluk ve Kariyer Beklentileri* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Tanrıverdi, E. Ç. ve Nas, M. A. (2023). Obsessive-compulsive symptoms and orthorexia nervosa in medical students: A web-based, cross-sectional study. *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi*, 2(3): 91-99.
- Tatlılıoğlu K. ve Karaca M. (2013). Öfke olgusu hakkında sosyal psikolojik bir değerlendirme. *International Journal of Social Science*, 6(6): 1101-1123.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. ve Parker, J. D. (1991). The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2): 153-164.
- Taylor, G. J., Parker, J. D., Bagby, R. M. ve Bourke, M. P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of psychosomatic research*, 41(6): 561-568.
- Temiz, Z. T. (2018). Bir sınıflandırma çalışması: aleksitimik belirtiler ve bağlanma örüntüleri. *Medeniyet Araştırmaları Dergisi*, 3(5): 21-42.
- Timbremont, B. ve Braet, C. (2006). Brief report: A longitudinal investigation of the relation between a negative cognitive triad and depressive symptoms in youth. *Journal of Adolescence*, 29(3): 453-458.
- Topçuoğlu, V. (2022). Anksiyete bozuklukları. *Istanbul Kent University Journal of Health Sciences*, 1(1): 38-40.
- Tremelling, K., Sandon, L., Vega, G. L. ve McAdams, C. J. (2017). Orthorexia nervosa and eating disorder symptoms in registered dietitian nutritionists in the United States. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117(10): 1612-1617.

- Tuncer, M. (2011). Yükseköğretim gençliğinin gelecek beklentileri üzerine bir araştırma. *Electronic Turkish Studies*, 6(2): 935-948.
- Turan, S., Poyraz, C. A. ve Özdemir, A. (2015). Tikinircasına Yeme Bozukluğu/Binge Eating Disorder. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4): 419- 435
- Turner, P. G. ve Lefevre, C. E. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2): 277-284.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. ve Nathan, R. S. (1985). Biological factors in obsessive-compulsive disorders. *Psychological Bulletin*, 97(3): 430-450.
- Tuzcuoğlu, S. ve Korkmaz, B. (2001). Psikolojik danışma ve rehberlik öğrencilerinin boyuneğici davranış ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 14(14): 135-152.
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4: 12-16.
- Tüzen, G. (2019). *Depresyon, anksiyete ve stresin duygusal yeme ile ilişkisinde aleksitiminin aracı rolü* (Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- 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.
- Ünal, S., Küey, L., Güleç, C., Bekaroğlu, M., Evlice, Y. E. ve Kırılı, S. (2002). Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri*, 5(1): 8-15.
- Ünalın, D., Soyuer, F., Baştürk, M., ve Elmalı, F. (2018). The Social Anxiety Levels of University Students and Their Relationship With Depression, Anxiety And Demographic And Socio-Cultural Characteristics. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 8(1): 1-12.
- Ünüböl, H., Hızlı, G. ve Koçyiğit, G. (2020). Bağlanma, aleksitimi ve psikolojik belirtilerin öznel iyi oluş üzerindeki yordayıcı etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12: 398-420.

- Üstündağ, N. (2019). *Üniversite öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı riski, uyku kalitesine etkisi ve ruhsal belirtiler ile ilişkisi* (Doktora Tezi). Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri.
- Van der Velde, J., Swart, M., van Rijn, S., van der Meer, L., Wunderink, L., Wiersma, D., ... ve Aleman, A. (2015). Cognitive alexithymia is associated with the degree of risk for psychosis. *PLoS One*, *10*(6): 1-13.
- Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R., ve Bogaerts, S. (2007). Alexithymia and interpersonal problems. *Journal of clinical psychology*, *63*(1): 109-117.
- Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F. ve van Furth, E. F. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *18*: 103-111.
- Varlık Özsoy, E. (2017). Yeme bozukluklarında kişilik özellikleri. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, *3*(1): 255-266.
- Vaváková, M., Ďuračková, Z. ve Trebatická, J. (2015). Markers of oxidative stress and neuroprogression in depression disorder. *Oxidative medicine and cellular longevity*, *2015*. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/898393>
- Vuillier, L., Robertson, S. ve Greville-Harris, M. (2020). Orthorexic tendencies are linked with difficulties with emotion identification and regulation. *Journal of Eating Disorders*, *8*: 1-10.
- Wallis, D. J. ve Ridout, N. (2022). Direct and indirect effects of alexithymia on disordered eating in a non-clinical female sample: Determining the role of negative affect. *Frontiers in psychiatry*, *13*, 994024.
- Walsh, B. T. ve Devlin, M. J. (1998). Eating disorders: progress and problems. *Science*, *280*(5368): 1387-1390.
- Westwood, H., Kerr-Gaffney, J., Stahl, D. ve Tchanturia, K. (2017). Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of psychosomatic research*, *99*: 66-81.
- Wilhelm, K., Boyce, P. ve Brownhill, S. (2004). The relationship between interpersonal sensitivity, anxiety disorders and major depression. *Journal of Affective Disorders*, *79*(1-3): 33-41.

- Wise, T. N., Mann, L. S., ve Epstein, S. (1991). Ego defensive styles and alexithymia: A discriminant validation study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 56(3): 141-145.
- Wong, S. S. (2008). The relations of cognitive triad, dysfunctional attitudes, automatic thoughts, and irrational beliefs with test anxiety. *Current Psychology*, 27: 177-191.
- Wool, C. A. ve Barsky, A. J. (1994). Do women somatize more than men?: Gender differences in somatization. *Psychosomatics*, 35(5): 445-452.
- Yalın Sapmaz, Ş., Serim Demirgören, B., Yörük Ülker, G. ve Aydemir, Ö. (2017). DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirtiler Ölçeği Türkçe Formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(2): 114-121.
- Yavuzer, Y., Albayrak, G. ve Keldal, G. (2018). Üniversite öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki: Problem çözme becerilerinin aracılık etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 33(1): 242-255.
- Yazkan, G. ve Uğurlu, N. (2022). The relationship between orthorexia nervosa tendencies and OCD symptoms in healthcare professionals. *Journal of Psychiatric Nursing*, 13(1): 49-56 DOI: 10.14744/phd.2021.87369
- 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.
- Yıldız M. ve Akyol A. (1995). Somatizasyon ve konversiyon bozuklukları: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 2(4): 344-347.
- Yıldız, B. ve Güllü, A. (2019). Duygu düzenleme süreçleri ve aleksitimi arasındaki ilişkide belirsizliğe tahammülsüzlüğün aracı rolü. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(69): 201-217.
- Yoldascan, E., Ozenli, Y., Kutlu, O., Topal, K. ve Bozkurt, A. I. (2009). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Turkish university students and assessment of associated factors. *BMC Psychiatry*, 6(9):40: 1-8.

Zickgraf, H. F. (2020). Treatment of pathologic healthy eating (orthorexia nervosa).
In *Advanced casebook of obsessive-compulsive and related disorders*.
Academic Press, 21-40.

Zlotnick, C., Mattia, J. I., ve Zimmerman, M. (2001). The relationship between
posttraumatic stress disorder, childhood trauma and alexithymia in an
outpatient sample. *Journal of traumatic stress, 14*: 177-188.



EKLER

EK-1: İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL İZİNİ



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı : E-20292139-050.01.04-51333
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Saliha Betül EROĞLU
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Ruhsal Belirtiler, Aleksitimi ve Bilişsel Üçlünün Ortoreksiya Nervoza Eğilimi ile İlişkilerinin İncelenmesi" başlıklı araştırmanız, kurulumuzun 29.03.2023 tarihli ve 2023/03 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğu katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Kurul Başkanı

Ek:32-Saliha Betül Eroğlu Etik Onay Belgesi (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSMYVSKYN* Pin Kodu :00352

Belge Takip Adresi : <https://ebys.izu.edu.tr/enVision/Dogrula/0N3>

Adres:Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul

Telefon:444 97 98 Faks:+90 (212) 693 82 29

e-Posta: bilgi@izu.edu.tr Web: www.izu.edu.tr

Keş Adresi: izu@hs01.kep.tr

Bilgi için: Zeyneb Funda TEZ

KURTULUŞ

Unvanı: Yeminli Katip

Tel No: +902126929606





T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU

ETİK ONAY BELGESİ

| | |
|-----------------------------------|--|
| Tarih | 29.03.2023 |
| Sayı | 2023/03 |
| Araştırmanın Niteliği | Yüksek Lisans Tezi |
| Araştırmanın Adı | <i>Ruhsal Belirtiler, Aleksitimi ve Bilişsel Üçlünün Ortoreksiya Nervoza Eğilimi ile İlişkilerinin İncelenmesi</i> |
| Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı | Saliha Betül EROĞLU |
| Danışman Adı Soyadı | Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ALTUNKAYA ERDOĞMUŞ |
| Karar | UYGUNDUR |

(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup, Üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacını taşımaktadır.)

(Katıldı)
Prof. Dr. Kadir CANATAN
Başkan

(Katıldı)
Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ
Başkan V.

(Katıldı)
Prof. Dr. Mustafa ATEŞ
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Beytullah KAYA
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTÇU
Üye

(Katıldı)
Av. Bilal ŞAMAT
Üye

Kurul Yeminli Kâtibi

Zeyneb Funda TEZ KURTULUŞ

EK-2: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Cinsiyet:

Kadın () Erkek ()

Yaş:

18-24 () 25-34 () 35-44 () 45-54 () 55-65 ()

Eğitim Durumu:

İlkokul () Ortaokul () Lise ()

Önlisans veya lisans () Yüksek lisans veya doktora ()

Gelir Düzeyi:

Düşük () Orta () Yüksek ()

Medeni Durum:

Bekar () Evli () İlişkisi var ()

EK-3: KISA SEMPTOM ENVANTERİ

| Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra sizde o belirtinin BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Cevaplarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendiriniz. | | Hiç yok | Biraz var | Orta derecede var | Epey var | Çok fazla var |
|---|---|---------|-----------|-------------------|----------|---------------|
| Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var? 0.Hiç yok 1.Biraz var 2.Orta derecede var 3.Epey var 4.Çok fazla var | | | | | | |
| 1. | İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. | Baygınlık, baş dönmesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. | Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. | Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. | Olayları hatırlamada güçlük | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. | Çok kolayca kızıp öfkelenme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. | Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. | Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. | Yaşamınıza son verme düşünceleri | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. | İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. | İştahta bozukluklar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. | Hiçbir nedeni olmayan ani korkular | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. | Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. | Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. | İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 16. | Yalnızlık hissetmek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. | Hüzünlü, kederli hissetmek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. | Hiçbir şeye ilgi duymamak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. | Ağlamaklı hissetmek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. | Kolayca incinebilme, kırılmak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. | İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. | Kendini diğerlerinden daha aşağı görmek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. | Mide bozukluğu, bulantı | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. | Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. | Uykuya dalmada güçlük | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. | Yaptığımız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. | Karar vermede güçlükler | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. | Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. | Nefes darlığı, nefessiz kalmak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. | Sıcak, soğuk basmaları | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. | Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. | Kafanızın bomboş kalması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. | Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. | Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. | Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. | Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerine toplama) güçlük | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. | Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 38. | Kendini gergin ve tedirgin hissetmek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. | Ölme ve ölüm üzerine düşünceler | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. | Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. | Bir şeyleri kırma, dökme isteği | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. | Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. | Kalabalıklarda rahatsızlık duymak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. | Bir başka insana hiç yakınlık duymamak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. | Dehşet ve panik nöbetleri | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. | Sık sık tartışmaya girmek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. | Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. | Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. | Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. | Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. | Eğer izin verirsiniz insanların size sömüreceği duygusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. | Suçluluk duyguları | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. | Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

EK-4: PERTH ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ

| Bu ölçek duygularınızı nasıl algıladığınızı ve deneyimlediğinizle ilgilidir. Lütfen sizinle ilgili aşağıdaki ifadeleri ne kadar katılıp katılmadığınıza göre 1 ile 7 puan arasında değerlendirin. Her ifade için bir cevabı işaretleyin. | | Kesinlikle Katılmıyorum | --- | --- | Ne katılıyorum Ne katılmıyorum | --- | --- | Kesinlikle Katılıyorum |
|--|---|-------------------------|-----|-----|-----------------------------------|-----|-----|------------------------|
| 1 | Kendimi kötü hissettiğim zaman (hoş olmayan bir duygu içindeyken) bu duyguları tarif etmek için doğru kelimeleri bulamam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2 | Kendimi kötü hissettiğimde üzgün mü, kızgın mı yoksa korkmuş mu olup olmadığımı ayırt edemem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3 | Nasıl hissettiğini görmezden gelen biriyim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4 | Kendimi iyi hissettiğim zaman (hoş bir duygu içindeyken), bu duyguları tanımlamak için doğru kelimeleri bulamam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5 | Kendimi iyi hissettiğim zaman mutlu mu, heyecanlı mı yoksa neşeli mi olup olmadığını ayırt edemem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6 | Duyularıma odaklanmaktansa onların arka planda kalmasını yeğlerim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7 | Kendimi kötü hissettiğimde, bu duygular hakkında çok detaylı ya da derinlemesine konuşamam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | Kendimi kötü hissettiğimde, yaşadığım bu duygulara anlam veremem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9 | Duyularıma aldırış etmem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10 | Kendimi iyi hissettiğimde, bu duygular hakkında çok detaylı ya da derinlemesine konuşamam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11 | Kendimi iyi hissettiğimde, yaşadığım bu duygulara anlam veremem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12 | Genellikle, ne hissettiğim hakkında düşünmekten kaçınıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13 | Kötü bir şey olduğunda, nasıl hissettiğimi söze dökmek benim için zordur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14 | Kendimi kötü hissettiğimde, hangi duyguyu yaşadığım konusunda kafam karışır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15 | Duyularımdan çok gerçekten görebileceğim ya da dokunabileceğim şeylere odaklanmayı tercih ederim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16 | İyi bir şey olduğunda, nasıl hissettiğimi söze dökmek benim için zordur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17 | Kendimi iyi hissettiğimde hangi duyguyu yaşadığım konusunda kafam karışır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 18 | Duygularıyla temas halinde olmaya çalışmam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19 | Kendimi kötü hissettiğim zaman nasıl hissettiğimi anlatmaya çalışırsam ne söyleyeceğimi bilemem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20 | Kendimi kötü hissettiğim zaman bu duygular beni şaşırtır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21 | Ne hissettiğimi bilmek benim için önemli değildir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22 | Kendimi iyi hissettiğimde, nasıl hissettiğimi anlatmaya çalışırsam ne söyleyeceğimi bilemem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23 | Kendimi iyi hissettiğim zaman bu duygular beni şaşırtır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24 | Duygularım hakkında düşünmek bana tuhaf gelir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |



EK-5: BİLİŞSEL ÜÇLÜ ENVANTERİ

| <p>Bu envanter insanların zaman zaman sahip oldukları farklı düşünceleri listelemektedir.</p> <p>Bu düşüncelerin her biri için, fikrinizi en iyi tanımlayan cevabı yuvarlak içine alarak bunane kadar katıldığınızı belirtiniz. Her düşünce için sadece bir cevap seçtiğinizden emin olunuz. Maddeleri ŞU ANKI düşüncenize göre cevaplayınız.</p> | | Hiç Katılmıyorum | Çoğunlukla Katılmıyorum | Biraz Katılmıyorum | Ne katılmıyorum ne katılmıyorum | Biraz Katılıyorum | Çoğunlukla Katılıyorum | Tamamen Katılıyorum |
|---|--|------------------|-------------------------|--------------------|---------------------------------|-------------------|------------------------|---------------------|
| 1. | Birçok beceri ve yeteneğim var. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. | İşim (ev işi, okul ödevi, günlük işler) zevksiz. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. | İnsanların çoğu arkadaş canlısı veyardımsever. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. | Benim için bir şeylerin yolunda gitme ihtimali yok. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. | Başarısızım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. | İleride başıma gelecek iyi şeyler düşünmeyi severim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. | İşimi (meslek, okul ödevi, ev işi) yeterlik bir şekilde yapıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. | Tanıdığım insanlar ihtiyacım olduğunda bana yardım ederler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. | Bundan birkaç yıl sonra benim için her şeyin çok iyi olacağını bekliyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. | Şimdiye kadarki önemli ilişkilerimin hemen hemen hepsini mahvettim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. | Gelecekte beni birçok heyecan bekliyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. | Günlük aktivitelerim eğlenceli ve tatmin kârdır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. | Hiçbir şeyi doğru yapamam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. | İnsanlar beni severler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. | Hayatımda olmasını beklediğim hiçbir şey kalmadı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 16. | Şu anki sorunlarım ya da endişelerim öyle ya da böyle hep olacak. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. | Tanıdığım diğer insanlar kadar yeterliyim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. | Dünya çok düşmanca bir yer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. | Geleceğim hakkında umutlu olmak için hiçbir nedenim yok. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. | Hayatımdaki önemli insanlar yardımsever ve destekleyicidir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. | Kendimden nefret ederim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. | Problemlerimin üstesinden geleceğim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. | Kötü şeyler başıma çok gelir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. | Sevecen ve destekleyici bir eşim ya da arkadaşım var. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. | Birçok şeyi iyi yapabiliyim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 26. | Geleceğim üzerinde düşünemeyeceğim kadar berbat. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 27. | Ailem bana ne olduğunu umursamaz. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 28. | Gelecekte benim için her şey yolundagidecek. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 29. | Birçok önemli şeyden dolayı suçluyum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 30. | Ne yaparsam yapayım, insanlar ihtiyacım olan şeyleri elde etmemizorlaştırırılar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 31. | Ben değerli bir insanım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 32. | Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 33. | Kendimi beğeniyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 34. | Birçok zorlukla karşı karşıyayım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 35. | Kişiliğimde ciddi kusurlar var. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 36. | Yıllar geçtikçe, hoşnut ve tatminkâr olacağımı bekliyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

EK-6: ORTO-11 ÖLÇEĞİ

| | Bu ölçek sizin yeme davranışlarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutucuğun içine (X) işareti koyunuz. | Her zaman (1) | Sık Sık (2) | Bazen (3) | Hiçbir Zaman (4) |
|-----------|---|--------------------------|------------------------|----------------------|-----------------------------|
| 1 | Son üç ay içerisinde tükettiğiniz besinleri düşünmek endişelenmenize neden oldu mu? | | | | |
| 2 | Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi? | | | | |
| 3 | Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir? | | | | |
| 4 | Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz? | | | | |
| 5 | Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi? | | | | |
| 6 | Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu? | | | | |
| 7 | Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi arttırır mı? | | | | |
| 8 | Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açısından) | | | | |
| 9 | Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz? | | | | |
| 10 | Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hissedersiniz mi? | | | | |
| 11 | Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz? | | | | |

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Saliha Betül EROĞLU

A. EĞİTİM

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Klinik Psikoloji (Yüksek Lisans Derecesi 3,21), 2024, İstanbul

Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Psikoloji Bölümü (İngilizce, Lisans Derecesi 3,42), 2021, İstanbul

Lise: İhlas Koleji, 2016, İstanbul

B. MESLEKİ EĞİTİM

MMPI (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri)-2021 (İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi)

Çocuk Değerlendirme Testleri- 2021 (Ruh Sağlığı Derneği- Kim Psikoloji)

Çocuk Merkezli Oyun Terapisi- 2022 (Ahenk Psikoloji- Klinik Psikolog Mehmet Teber)

Çocuk ve Ergenlerde BDT Temel Teori Eğitimi- 2022 (POEM- Doç. Dr. Vahdet Görmez)

Çocuk Resimleri Analizi- 2022 (Rasyonel Psikoloji)

Stanford Binet Zekâ Testi- 2022 (Rasyonel Psikoloji)

Çocuk Psikopatolojisi I- 2023(Ahenk Psikoloji- Klinik Psikolog Mehmet Teber)

Çocuk Testleri Eğitimi- 2023 (Kim Psikoloji)

DENVER II Gelişimsel Tarama Testi Uygulayıcı Eğitimi – 2023 (Gelişimsel Çocuk Nörolojisi Derneği- Kim Psikoloji)

Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi – 2024 (Ahenk Psikoloji- Klinik Psikolog Mehmet Teber)

C. DENEYİM

2021-2022 Özel İngilizce Durağı Yabancı Dil Kursu (Psikolog)