



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ (KLİNİK PSİKOLOJİ
ERİŞKİN) ANA BİLİM DALI



**ÖĞRENCİLİKTEN UZMANLIĞA TIP DOKTORLARINDA
ORTOREKSİYA NERVOZA EĞİLİMİ İLE
MÜKEMMELİYETÇİ TUTUM, DEPRESYON VE ANKSİYETE
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI**

ALPEREN YILDIRIM

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BURSA-2024





T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ (KLİNİK PSİKOLOJİ
ERİŞKİN) ANA BİLİM DALI



**ÖĞRENCİLİKTEN UZMANLIĞA TIP DOKTORLARINDA
ORTOREKSİYA NERVOZA EĞİLİMİ İLE MÜKEMMELİYETÇİ
TUTUM, DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI**

Alperen YILDIRIM

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

DANIŞMAN

Prof. Dr. Cengiz AKKAYA

BURSA-2024

**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “**Öğrencilikten Uzmanlığa Tıp Doktorlarında Ortoreksiya Nervoza Eğilimi ile Mükemmeliyetçi Tutum, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Araştırılması**” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

Alperen YILDIRIM
29.11.2023

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

...../...../.....

Adı Soyadı: Alperen YILDIRIM

Anabilim Dalı: Psikiyatri (Klinik Psikoloji Erişkin)

Tez Konusu: Öğrencilikten Uzmanlığa Tıp Doktorlarında Ortoreksiya Nervoza Eğilimi ile Mükemmeliyetçi Tutum, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Araştırılması

<u>ÖZELLİKLER</u>	<u>UYGUNDUR</u>	<u>UYGUN</u> <u>DEĞİLDİR</u>	<u>ACIKLAMA</u>
Tezin Boyutları	☒	☐	
Dış Kapak Sayfası	☒	☐	
İç Kapak Sayfası	☒	☐	
Kabul Onay Sayfası	☒	☐	
Sayfa Düzeni	☒	☐	
İçindekiler Sayfası	☒	☐	
Yazı Karakteri	☒	☐	
Satır Aralıkları	☒	☐	
Başlıklar	☒	☐	
Sayfa Numaraları	☒	☐	
Eklerin Yerleştirilmesi	☒	☐	
Tabloların Yerleştirilmesi	☒	☐	
Kaynaklar	☒	☐	

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı: Prof.Dr. Cengiz
AKKAYA

İmza:

İÇİNDEKİLER

DIŞ KAPAK	
İÇ KAPAK	
ETİK BEYAN.....	II
TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU.....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
TÜRKÇE ÖZET.....	VI
İNGİLİZCE ÖZET.....	VII
TEZ KONUSUNUN KÜRESEL SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA	
HEDEFLERİ İLE İLİŞKİSİ	VIII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. DSM V'e Göre Yeme Bozuklukları.....	4
2.1.1. Anoreksiya Nervosa.....	4
2.1.1.1. Epidemiyoloji.....	5
2.1.1.2. Etiyoloji.....	5
2.1.1.3. Komorbidite.....	6
2.1.2. Bulimiya Nervosa.....	7
2.1.2.1. Epidemiyoloji.....	8
2.1.2.2. Etiyoloji.....	8
2.1.2.3. Komorbidite.....	9
2.1.3. Geri Çıkarma (Ruminasyon) Bozukluğu.....	9
2.1.4. Kaçınan / Kısıtlı Yeme Alımı Bozukluğu.....	10
2.1.5. Pika.....	10
2.1.6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu.....	10
2.1.7. Tanımlanmış Bir Diğer Beslenme ve Yeme Bozukluğu.....	11
2.1.8 Tanımlanmamış Yeme Bozukluğu.....	11
2.2. Ortoreksiya Nervosa.....	12
2.2.1. Epidemiyoloji.....	14
2.2.2. Etiyoloji.....	15
2.2.3. Komorbidite.....	17
2.3. Majör Depresif Bozukluk.....	18
2.3.1. Epidemiyoloji.....	19
2.3.2. Etiyoloji.....	20
2.3.3. Komorbidite.....	21
2.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	22
2.4.1. Epidemiyoloji.....	23
2.4.2. Etiyoloji.....	23
2.4.3. Komorbidite.....	24
2.5. Mükemmeliyetçi Tutum.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Amacı.....	27
3.2. Araştırmanın Tipi.....	27
3.3. Araştırmanın Örneklemi.....	27

3.4. Ölçekler.....	28
3.4.1. ORTO-11.....	28
3.4.2. Beck Anksiyete Ölçeği.....	28
3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği.....	29
3.4.4. Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği.....	29
3.5. İstatistiksel Analiz.....	39
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	34
6. KAYNAKLAR.....	39
7. SİMGELER VE KISALTMALAR.....	50
8. EKLER.....	51
EK 1: Genel Bilgi Formu.....	51
EK 2: Beck Anksiyete Ölçeği.....	52
EK 3: Beck Depresyon Ölçeği.....	53
EK 4: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği	54
EK 5: ORTO-11 Ölçeği.....	56
EK 6: Etik Kurul Onayı.....	57
9. TEŞEKKÜR.....	59
10. ÖZGEÇMİŞ.....	60

TÜRKÇE ÖZET

Bu araştırma, tıp doktorlarında artan bilgi düzeyi-Ortoreksiya Nervoza eğilimi arasındaki ilişkiyi ve mükemmeliyetçi tutum, depresyon, anksiyete düzeyleri ile Ortoreksiya Nervoza eğilimi arasındaki ilişkileri araştırmak amacıyla yapılmıştır. Sağlıklı beslenme konusunda yüksek bilgi düzeylerine sahip olan bu meslek grubunun, daha yüksek Ortoreksiya Nervoza riski altında olduğunu düşündüren çalışmalar olduğu için bu meslek grubu örneklem olarak seçilmiştir (Erol, 2018). Ayrıca diğer yaygın yeme bozukluklarında karşımıza sıklıkla çıkan komorbid depresyon, anksiyete ve mükemmeliyetçiliğin Ortoreksiya Nervoza için de geçerli olup olmadığı, henüz tanımlanma aşamasında olan Ortoreksiya Nervoza için önemli veriler sağlayacaktır (O'Brien, & Vincent, 2003).

Araştırmamıza Türkiye’de eğitim görmekte olan tıp fakültesi öğrencileri ile asistan/pratisyen ve uzman hekimlerden oluşan 214 kişi katılmıştır. Katılımcılara sırasıyla Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği ve ORTO-11 ölçeği uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS paket programında, Kruskal Wallis-H ve Pearson Korelasyon analizi yöntemleri kullanılarak incelenmiştir.

Elde edilen sonuçlara göre artan bilgi düzeyi ile Ortoreksiya Nervoza arasında ters yönlü ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=,007<0,05$). Depresyon ve anksiyete düzeyleri ile Ortoreksiya Nervoza eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r=0,124$, $p=0,07$; $r=0,123$, $p=0,07$). Mükemmeliyetçi tutum ve biri hariç tüm alt boyutları ile Ortoreksiya Nervoza eğilimi arasında, farklı düzeylerde pozitif yönlü anlamlı ilişkilere ulaşılmıştır.

Bu çalışmada komorbid depresyon ve anksiyeteye rastlanmamış olmasına rağmen farklı ve daha geniş örneklemelerde yeniden araştırılmalıdır. Ayrıca mükemmeliyetçilik ile olan pozitif yönlü ilişkisi Ortoreksiya Nervoza tedavisi için önemli olabilir. Son olarak birbiriyle çelişen araştırma sonuçları nedeniyle, bazı meslek gruplarının daha yüksek Ortoreksiya Nervoza eğilimi gösterdiklerini düşünmek için henüz erkendir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, depresyon, mükemmeliyetçilik, ortoreksiya nervoza, yeme bozuklukları

İNGİLİZCE ÖZET

INVESTIGATION of the RELATIONSHIP BETWEEN MEDICAL DOCTORS' TENDENCY to ORTHOREXIA NERVOSA and the PERFECTIONIST ATTITUDE, DEPRESSION and ANXIETY LEVELS from STUDENTSHIP to SPECIALIST

This study has been made so as to research the relationship between the increasing knowledge level in Doctor of Medicine–Orthorexia Nervosa and perfectionist attitude, depression, anxiety levels-Orthorexia Nervosa. Since there are studies suggesting that this professional group, which has high levels of knowledge about healthy eating, are under higher risk of Orthorexia Nervosa; this professional group is chosen as sample (Erol 2018). Also, whether comorbid depression, anxiety and perfectionism, which we commonly encounter in other eating disorders, is applied to Orthorexia Nervosa will provide significant data for Orthorexia Nervosa, which is still in its identification process.

214 people, including medical faculty students, assistants/practitioners and specialist doctors studying in Turkey participated in our research. Beck anxiety scale, Beck depression scale, Frost Multi-Dimensional Perfectionism Scale and ORTO-11 Scale has been applied to the participants. Obtained data has been examined in the SPSS packet program, by using Kruskal Wallis-H and Pearson correlation analysis methods.

According to the obtained results, negative significant relationship has been detected between the increasing knowledge level and Orthorexia Nervosa. ($p=0.007<0,05$). No significant relationship is found between depression and anxiety levels and Orthorexia Nervosa ($r=0,124$, $p=0,07$, $r=0,123$, $p=0,07$). Positive significant relationship has been reached between perfectionist attitude and tendency to Orthorexia Nervosa, with all its sub-dimensions, excluding one.

Although comorbid depression and anxiety weren't encountered in this research, they should be studied again with different and bigger samples. Also, its positive significant relationship with perfectionism may be significant for Orthorexia Nervosa treatment. Lastly, it is early to think some professional groups possess higher tendency to Orthorexia Nervosa, because of the conflicting research results.

Key words: Anxiety, depression, eating disorders, orthorexia nervosa, perfectionism

BUÜ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TEZ KONUSUNUN KÜRESEL SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA
HEDEFLERİ İLE İLİŞKİSİ

						
☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐
						
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
						
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Öğrencilikten Uzmanlığa Tıp Doktorlarında Ortoreksiya Nervosa Eğilimi ile Mükemmeliyetçi Tutum, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Araştırılması” başlıklı tez 3. Küresel Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi ile ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Yeme bozuklukları

1. GİRİŞ

Sağlığımız ve gelişimimizin hayati parçası olan iyi beslenme bebek, çocuk ve anne sağlığı; sağlıklı gebelik ve doğum, daha güçlü bağışıklık sistemi ve daha uzun ve konforlu bir yaşamla ilişkilidir. Yetersiz ve dengesiz beslenme ise sağlığımız üzerinde yıkıcı etkilere sahiptir (WHO, Nutrition). Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde gıdaya erişim zorluğuyla ortaya çıkan ciddi bir halk sağlığı sorunu olan yetersiz ve dengesiz beslenme, gelişmiş ve yüksek gelirli ülkelerde ise farklı bir şekilde karşımıza çıkabilmektedir.

Bozulmuş yeme davranışı yüksek gelirli ülkelerde de karşımıza çıkan dengesiz, yetersiz ve hatalı beslenme çeşitlerinden biridir. Bozulmuş beslenme ve bedenimizdeki etkileri belgelendirilmiştir (Pennesi, & Wade, 2016). Bozulmuş beslenme hayat kalitesinde düşüşten ölüme varana kadar ciddi zararlar verebilmektedir (Thomas, Vartanian, & Brownell, 2009; Wade, Wilksch, & Lee, 2012). Özellikle genç kadınlar arasında bozulmuş beslenme o derece yaygındır ki neredeyse 4 kadından 1'ini etkiler, hatta görece hafif şiddette olanları normal karşılanır hale gelmiştir (Wade ve ark., 2012). Kendini kusturma, aç kalma ve tıknırcasına yeme bozulmuş yeme davranışına örnek gösterilebilir (Pennesi, & Wade, 2016). Bu davranışlar da farklı yeme bozukluklarının anahtar davranışlarını oluştururlar (APA, 2013). Yeme bozuklukları psikoloji, psikiyatri, beslenme ve diyetetik gibi farklı disiplinler tarafından ortak kabul görmüş ciddi mental hastalıklardır (Keel, 2017). Yapılan bir çalışmada yeme bozuklukları, tıpkı şizofreni, bipolar afektif bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk gibi ciddi ve dikkatle incelenmesi gereken mental hastalıklar olarak sınıflandırılmıştır (Klump, Bulik, Kaye, Treasure, & Tyson, 2009). Anoreksiya Nervosa gibi bazıları 100 yılı aşkın süredir bilinir ve üzerine araştırmalar yapılırken Pika gibi bazıları ise görece yeni kabul görmüştür (APA, 2013; Silverman, 1997).

Sağlıklı yemeye özen göstermek paradoksal bir şekilde bir yeme bozukluğunun parçası olabilir. Buradaki özen aşırıya kaçarsa ve normal sınırları aşarsa Ortoreksiya Nervosa denilen bir tür yeme bozukluğuna sebep olabilir. Ortoreksiya Nervosa (ON) henüz ortak kabul görmüş, tanı kriterleri netleşmiş bir psikiyatrik hastalık değildir. Ancak üzerine çok sayıda çalışma yapılmaktadır ve

gelecekte bir yeme bozukluğu olarak Mental Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabına girmesi muhtemeldir. Yine de ON yeni tanımlanmış/tanımlanma sürecinde olan yeme bozuklukları içerisinde en çok dikkati çeken yeme bozukluğudur (Vandereycken, 2011).

İlk bakışta sağlıklı beslenme üzerine odaklanma tamamen faydalı olarak algılanabilse de değildir. Bazı besin gruplarını tüketmemek kaynaklı ciddi beslenme yetersizlikleri görülebilir. Bu durum şiddetli anoreksiyada görülen osteopeni, bradikardi, testosteron eksikliği, anemi ve pansitopeni gibi ciddi rahatsızlıklara da yol açabilir (Bosi ve ark., 2007; Moroze ve ark., 2014; Park ve ark., 2011).

Kendi başlarına oldukça ciddi hastalıklar olan yeme bozuklukları aynı zamanda diğer psikiyatrik hastalıklarla yüksek oranda komorbid görülmeleriyle daha da ciddi hale gelmektedirler (O'Brien, & Vincent, 2003). Bu yüksek komorbidite oranı prognozun daha kötü olmasına ve hastalığın daha şiddetli olmasına sebep olur (Herzog ve ark., 1996). Yeme bozukluklarıyla birlikte görülme oranı yüksek hastalıklar olarak karşımıza majör depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk çıkar (Godart ve ark, 2003; Halmi ve ark., 1991).

İnsanlık tarihi kadar eskiden beri tanıdığımız, ilk yazılı kaynakların M.Ö. 2.milenyuma dayandığı ve o zamanlar bedensel değil spiritüel bir hastalık olarak görülen majör depresyon günümüzde en sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıktır (Bromet ve ark., 2011; Reynolds, & Wilson, 2013). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl yaklaşık 800.000 intihar kişi intihar etmekte ve bu kişilerin en az yarısının da bir depresif dönemde olduğu düşünülmektedir (WHO, Suicide). Biyolojik, psikolojik, genetik birçok sebebi bulunan karmaşık bir hastalık olan majör depresyon tek başına görülebildiği gibi bir başka psikiyatrik hastalıkla birlikte de görülebilir (Kupfer, & Frank, 2003; Saveanu, & Nemeroff, 2012). Bu durum hastalığın hem şiddetini hem de tedavi maliyetini önemli ölçüde artırır (Kupfer, & Frank, 2003).

Yaygın anksiyete bozukluğu endişe ile karakterize bir psikiyatrik hastalıktır. Endişe günlük yaşamda herkesin dönem dönem yaşadığı bir durum olsa da yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalarda aşırı, yoğun, uzun süreli olması ve hayatın olağan akışını bozması yönüyle normalden ayrılır (NCBI, 2020). Hastalar yoğun fiziksel semptomlar yaşarlar ve bir görevi yerine getirmekte zorlanabilirler. Yaygın

anksiyete bozukluğu majör depresyonun ardından en sık görülen 2.psikiyatrik hastalıktır ve yüksek oranda diğer psikiyatrik hastalıklarla komorbiddir (Brown, 2001; Stein ve ark., 2005).

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tekrarlayan düşünceler ve bu düşüncelerin getirdiği anksiyeteden kurtulmak için yapılan tekrarlayan davranış örüntüleriyle karakterize, kronik bir psikiyatrik bozukluktur (Stein ve ark., 2019). Yeme bozuklukları ile sıklıkla komorbid olarak görülebilen OKB’de bir semptom ortak semptomatoloji nedeniyle dikkat çekmektedir (Halmi, 1991). Hem OKB’de hem de yeme bozukluklarında ortak semptom olarak görülen mükemmeliyetçi tutum 2 hastalığın da şiddetini artırmakta ve prognozu zorlaştırmaktadır (Bardone-Cone ve ark., 2007; Pinto ve ark., 2017).

Mevcut literatür tıp doktorları, diyetisyenler, yoga eğitmenleri gibi bazı meslek gruplarında daha yüksek oranda ON eğilimi görülebileceğini söylemektedir (Asil, & Sürücüoğlu, 2015; Herranz-Valera ve ark., 2014; Malmborg ve ark., 2017; Tremelling ve ark., 2017;). Sağlıklı yaşam hakkında bilgi düzeyi yüksek bir meslek grubunda olmanın ve bilgi düzeyi ve mesleki deneyimde artışın ON eğilimi ile ilişkisinin araştırılması, daha sağlıklı olmaya çalışan bu gruptaki insanların, paradoksal bir şekilde kendilerine zarar verme yatkınlıkları olup olmadığını anlamakta bilgilendirici olabilir. Ayrıca hali hazırda kabul görmüş yeme bozukluklarında görülen yüksek komorbiditenin ON için de geçerli olup olmadığının araştırılması, ampirik veri eksikliğinden dolayı DSM-V’e alınmayan ON’nin bu eksikliğini kapatma yolunda bir adım olacaktır.

Bu bağlamda Türkiye genelindeki her dönemden tıp fakültesi öğrencileri, asistan/pratisyen hekimler ve uzman hekimlerin artan mesleki deneyimleri ve ON eğilimi arasındaki ilişki araştırılacaktır. Buna ek olarak aynı örneklem grubunda ON eğilimi ile depresyon, anksiyete ve mükemmeliyetçi tutum arasındaki ilişki de incelenecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DSM-V'e Göre Yeme Bozuklukları

2.1.1. Anoreksiya nervoza

Anoreksiya Nervosa, Lancet dergisinde Sir William Gull tarafından yayınlanan bir vaka öyküsüyle literatüre giren, iyi tanımlanmış bir yeme bozukluğudur (Silverman, 1997). Gull, beden imgesinde bozulma ile karakterize olan bu hastalığa an+orexis (an-olumsuzluk eki, orexis-iştah) kelimelerini birleştirerek “Sinirsel İştahsızlık” manasında Anoreksiya Nervosa demiştir (Gull, 1873). Fransız hekim Ernest Charles Laségue ise hastalığı, klinik patoloji olarak Anorexie Mentale adıyla tanımlamıştır (Laséque, 1873). Tanımlanma sürecinde tanı kriterleri birden fazla kez değişmiştir (Moskowitz, & Weiselberg, 2017). Örneğin art arda en az 3 adet döngüsünün yokluğu anlamına gelen amenore, DSM-III'te bir tanı kriteri değilken (APA,1980) DSM-IV'te bir tanı kriteri haline gelmiş, DSM-V'te ise yeniden tanı kriterlerinden çıkarılmıştır. Yine DSM-III'te kişinin en az %25 kilo kaybı gerekliken (APA, 1980) DSM-IV'te bu oran %15'e indirilmiş, DSM-V'te ise kesin bir değer belirtilmeyip ciddi kilo kaybı olarak belirtilmiştir (APA, 2013). Güncel olarak DSM-V kriterleri şunlardır:

A. Kişi, kendisi için gerekli olan enerji miktarının altında enerji almaktadır ve bundan dolayı olması gerekenin çok altında bir vücut kütleline sahiptir.

B. Kişi, çok düşük vücut kütleline sahip olmasına rağmen kilo almaktan çok çekinir, korkar ve bunu engellemek için kusabilir, kısıtlayıcı veya telafi edici davranışlarda bulunur.

C. Kişinin, beden imgesini algılamada belirgin bir bozulması vardır. Öz değerlendirme yapılırken beden imajına abartılı bir önem yükler ve düşük bir kütleye sahip olduğunu asla kavrayamaz.

1. Kısıtlayıcı Tip: Besin alımının aşırı derecede kısıtlandığı, katı diyet davranışlarının görüldüğü ve/veya normalin üzerinde sportif faaliyetlerde bulunarak kilo kaybının amaçlandığı tiptir.

2. Tıkınırcasına Yiyen/Çıkaran Tip: Tekrar eden, tek seferde çok yüksek miktarda gıda alımını takiben laksatif ya da diüretik ilaçlar veya geri çıkarma gibi telafi edici

2.1.1.1 Epidemiyoloji

Anoreksiya Nervosa sıklığı ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilmektedir. İngiltere’de 100.000’de 4.7 iken Hollanda’da 7.7’dir (Currin ve ark., 2005; Hoek, 2006). Ayrıca cinsiyete göre de önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Kadınlarda erkeklerden (homoseksüel erkeklerde heteroseksüel erkeklerden) daha yaygındır (kadınlarda 10 kat fazla). Ancak bu durum tamamen hastalığın doğasıyla açıklanamaz. Mesela erkeklerle yapılan bir çalışma deney grubunun kontrol grubundan komorbid psikiyatrik hastalıklar, beden imajı memnuniyetsizliği ve hastalığın fenomenolojisi bakımından net bir şekilde ayrılrsa da anorektik kadınlarla arasında benzerlik olduğunu göstermiştir (Olivardia ve ark., 1995). Ayrıca hastalığın, toplumda kadınlara özgü anımsanması, erkeklerde ise homoseksüellere özgü görülmesi ve erkeklerin daha az tedavi arayışı, erkeklerdeki oranların olduğundan daha düşük görülmesine sebep olmuş olabilir (Olivardia ve ark., 1995). Anoreksiya başlarda batı toplumuna ve orta-üst sosyoekonomik düzeye özgü bir hastalık olarak düşünülmüş (hatta ilk çalışmalar bunu görüşü desteklemiş) ancak daha güncel çalışmalarda bu görüş yanlışlanmıştır (Gürdal Küey, 1999; Hoek, 2006).

2.1.1.2 Etiyoloji

Anoreksiya Nervosa psikolojik, biyolojik, sosyokültürel ve genetik etmenlerin tamamının etkileşimiyle ortaya çıkmaktadır. Tanımlanabilmiş özgün bir sebebi yoktur.

Psikolojik açıklamalar psikodinamik yaklaşım ve bilişsel-davranışçı yaklaşım temelinde önerilmiştir. Brunch “Çocuğun ebeveyn yetersizliğine bağlı olarak duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını karşılayamaması durumunda anoreksiya gelişimi gözlenir” demiştir (Brunch, 1974). Ayrıca Kaplan ve Sadock, çocukluk ve ergenlikteki travma ve istismarların birçok vaka öyküsünde görüldüğünü bu durumun Anoreksiya Nervosa oluşumunda etkili olabileceğini söylemiştir (Kaplan, & Sadock, 2007). Crisp ise Anoreksiyanın ergenlik dönemine tepki olduğunu ve anneden kopamama temelinde oluştuğunu iddia etmiştir (Crisp, 1983). Fairburn, bilişsel yaklaşım ekseninde bilişsel çarpıtmalar etkisiyle beden imajı ve diyet konularına aşırı odaklanma üzerinde durmuştur (Fairburn, 2008).

Biyolojik faktörler endokrin sistem üzerine odaklanmaktadır. Hipotalamus, hipofiz ve gonadal bezler arasındaki ilişkiyi ifade etmek için Hipotalamo-Hipofiz-Gonad aksı tanımlanır. Bu üç sistem birlikte çalışmakta olduğu için üçlü aks ile ifade edilmektedirler. Anoreksiya Nervosa hastalarında bu aksta büyük değişiklikler olmaktadır: leptin ve triiyodotironin seviyeleri düşmekte, hipogonadizm ve buna bağlı olarak amenore görülmekte ve Cushing Sendromu ortaya çıkmaktadır (Altınyazar ve ark., 2013).

Sosyokültürel faktörler olarak, bazı mesleklerin (manken, dansçı gibi) gerektirdiği vücut yapısı sebebiyle daha fazla yeme bozukluğu hastasına örnek teşkil etmesi (bu meslek gruplarında YB görülme sıklığı, toplumdaki prevelansından yüksektir (Altınyazar ve ark., 2013), kadınların ergenlik döneminde yaşadıkları fiziksel değişime hazır olamamaları (Siyez, 2006) gösterilebilir.

Yapılan genetik çalışmalarına göre Anoreksiya Nervosa hastalarının yakınlarında Anoreksiya ve Bulimiya Nervosa görülme sıklığı toplum ortalamasının üzerindedir (Işık ve ark., 1997). Ayrıca bir başka çalışma Anoreksiya Nervosa hastalarının birinci derece yakınlarında Anoreksiya Nervosa görülme sıklığı %2 çıkmışken bu oran kontrol grubunda %0'dır (Kuruoğlu, 2000).

2.1.1.3 Komorbidite

Yeme bozuklukları yüksek komorbidite oranına sahiptir (O'Brien, & Vincent, 2003). Bu yüksek komorbidite oranı prognozun daha kötü olmasına ve hastalığın daha şiddetli olmasına sebep olur (Herzog ve ark., 1996).

Anoreksiya Nervosa da diğer yeme bozuklukları gibi yüksek oranda komorbidite gösterir. Yapılan bir araştırmada hayat boyu herhangi bir afektif bozukluk görülme sıklığı %84'tür. Bunun önemli bir kısmını bütün Anorektik popülasyonun %68'ini etkileyen majör depresyon oluşturur (Halmi ve ark., 1991). Anoreksiya Nervosa alt tiplerini ayrı ayrı inceleyen bir çalışmada ise herhangi bir afektif bozukluğun hayat boyu görülme sıklığı kısıtlayıcılarda %41,2, tıknırcasına yiyen tipte ise %82 olarak bulunmuştur. Anoreksiya hastalarının katı yeme kalıpları klinisyenlerin sıklıkla gözüne çarpar. Bu durum akla OKB'yi getirir. Bundan dolayı OKB-yeme bozuklukları komorbiditesi çok fazla çalışılmıştır. Halmi ve arkadaşlarının 1991 yılında yaptığı bir araştırmada OKB görülme sıklığının anorektik

grupta kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu, hatta anorektik hastaların annelerinde de sağlıklı kontrollerin annelerine göre daha yaygın olarak OKB belirtileri görüldüğü gösterilmiştir. Ancak aynı durum baba-kız ikilisi için geçerli değildir (Halmi ve ark., 1991). Anoreksiya Nervosa-Anksiyete Bozuklukları ilişkisi de birçok çalışmada gösterilmiştir. (Godart ve ark., 2003; Strober ve ark., 2007) Özellikle tıknircasına yiyecekten kaçınma, laksatif ilaçların kullanılması, yeme atakları gibi davranışlar anksiyete ile ilişkilendirilmiştir (Pallister, & Walle, 2008). Bu davranışlar sayesinde kalıcı olmasa da anksiyetenin azalması ve disforinin kaybolması hastaları bu davranışları yapmaya teşvik eder (Fairburn, & Harrison, 2003). Sosyal anksiyete bozukluğu ve Anoreksiya Nervosa arasında da yüksek komorbidite gözlenir. Bu durum ayrı ayrı hem sosyalfobik hastalarda hem anorektik hastalarda gözlenir (Godart ve ark., 2003; Wittchen ve ark., 1999).

2.1.2. Bulimiya nervosa

Profesör Gerard Russell 1979 yılında bazı hastalarının tek seferde çok miktarda yemek yediğini ve ardından bunu telafi etmek için kendini kusturduğunu ya da müshil kullandığını tespit etmiştir. Bu durumu Anoreksiya Nervosa tanısıyla tam olarak açıklayamadığı için Bulimiya Nervosa olarak adlandırmıştır (Russel, 1997). Profesör Russel bu yeni hastaların, anorektiklerden farklı olarak daha kilolu olduklarını, amenore yaşamadıklarını, daha yoğun cinsel istek duyduklarını ve doğurgan olduklarını belirtmiştir (Russel, 1979). Ayrıca daha sonra Profesör Russel anısına, Bulimiya Nervosa hastalarının parmak boğumları ve ellerinin dış kısımlarında, kendini kusturmaya çalışırken dişlerinin yaralaması sonucu oluşan nasırlı ve yaralı kısımlara “Russel İşareti” denmiştir. Bulimiya Nervozanın güncel tanı kriterleri şunlardır:

A: Kişinin yeme isteğini engelleyemediği, kontrolünü kaybettiği; aynı şartlarda, sıradan bir insanın tüketebileceğinden belirgin miktarda fazla yediği ve bu durumların sıklıkla tekrar ettiği tıknircasına yeme atakları.

B: Bahsedilen dönemleri telafi etmek adına laksatif ve diüretik ilaç kullanımı, kendini aç bırakma dönemleri, yoğun spor programları gibi uygunsuz davranışlarda bulunma.

C: Son üç aylık dönemde her hafta en az bir kere yeme atağı olması ve yanlış

telafi davranışı yapılması.

D: Hatalı vücut imajı, kişinin kendini negatif değerlendirmesine neden olur (APA, 2013)

2.1.2.1 Epidemiyoloji

Bulimiya Nervoza hem Anoreksiya Nervozaya göre daha yakın zamanda tanımlanmış olması hem de morbiditesinin çok daha düşük olması sebebiyle Anoreksiya Nervoza kadar çok araştırılmamıştır. Yine de elimizde özellikle DSM-V'te yeni tanımlanan yeme bozukluklarına göre oldukça fazla veri vardır.

Bulimiya Nervoza görülme sıklığı ülkeden ülkeye değişim göstermekle birlikte 100.000 kişide 6.6-13.5 arasındadır (Hoek, 2003; Hudson ve ark., 2007). Ayrıca görülme sıklığının 20 yıllık süreçte azaldığı görülmüştür (Hoek, 2006). Ülkemizde Banu Büyükkal'ın 1995'te yaptığı çalışmaya 800 öğrenci dahil edilmiş, 800 öğrencinin 24'ünde herhangi bir yeme bozukluğu olduğu bunlardan 17 tanesinde ise Bulimiya Nervoza olduğu gösterilmiştir. Ayrıca hasta öğrencilerin tamamı kızlardan oluşmaktadır (Büyükkal, 1995).

2.1.2.2 Etiyoloji

Bulimiya Nervoza oluşumunda tek bir faktörün etkisinden söz etmek mümkün değildir. Genetik, sosyokültürel, psikolojik ve biyolojik faktörlerin kombine bir etkisi söz konusudur.

Ailelerle yapılan çalışmalar Bulimiya Nervozanın genetik temelini araştırmak konusunda birbiriyle çelişen veriler vermektedir. Örneğin Hudson'ın araştırmasında Bulimiya Nervoza hastalarının birinci derece yakınlarında kontrol grubuyla aynı oranda Bulimiya Nervoza görülürken, Kasset'in çalışmasında deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde fazla Bulimiya Nervoza gözlenmiştir (Hudson ve ark., 1987; Kasset ve ark., 1989). 93.177 birinci derece yakının katıldığı oldukça geniş bir örneklemle yapılan bir çalışmada ise Bulimiya Nervoza hastalarının birinci derece yakınlarında %19.8 oranında herhangi bir yeme bozukluğu (Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza, Başka Türü Tanımlanamayan Yeme Bozukluğu) görülmüştür (Lilenfeld ve ark., 1998). Tamamen birbiriyle uyuşan veriler elde edilememiş olsa da mevcut veriler bulimiklerde

ailesel geçişe işaret etmektedir (Kuruoğlu, 2000).

Medyanın etkisiyle zayıf bir bedene sahip olma, diyet, güzellik, çekicilik gibi konularla çok sık karşılaşmaktayız. Fairburn ve Brownell'e göre bu etkenler Bulimiya Nervoza gelişiminde etkili olabilir (Fairburn, & Brownell, 2002)

Psikolojik görüşlerde ise düşük benlik saygısı, çocukluk ve/veya ergenlik döneminde istismar öyküsü ve hatalı beden imgelerinin Bulimiya Nervoza gelişiminde etkili olduğu gösterilmektedir (Fairburn, 2008; Mond ve ark., 2004)

Biyolojik görüş serotonin işlev düzensizliği üzerinde durmaktadır. Serotonin geri alımını baskılayan antidepresan ilaçlarla tedaviye verilen kısmi olumlu yanıt bu görüşü desteklemektedir.

2.1.2.3 Komorbidite

Tıpkı anorektiklerde olduğu gibi bulimikler de sıklıkla başka bir psikiyatrik hastalık tanısı almaktadırlar (O'Brien, & Vincent, 2003). Bu durum Bulimiya Nervozanın şiddetini artırmakta ve prognozu kötüleştirmektedir (Deter, & Herzog, 1994).

Bulimiya Nervoza hastalarında Majör Depresif Bozukluk en sık görülen komorbid psikiyatrik hastalıktır (Herzog ve ark., 1992). Yapılan çalışmalarda %51-%63 arası oranlarda komorbidite gözlenmiştir (Brewerto ve ark., 1995; Geist ve ark., 1998)

Bulimiklerde anksiyete ve anksiyete bozuklukları da oldukça sık görülür. Yapılan bir çalışmada komorbiditenin %57 olduğu bulunmuştur (Bullik ve ark., 1997). Komorbid yaygın anksiyetesi olan bulumik hastalarda kaygı verici konulardan birisi kilo, beden imgesi veya yeme davranışıdır (Schwalberg ve ark., 1992). Bulimiya Nervoza hastalarında en sık görülen anksiyete bozukluğu ise sosyal fobidir (Godart ve ark., 2003).

2.1.3. Geri ıkarma (ruminasyon) bozukluğu

Geri ıkarma Bozukluğu, alınan gıdaların tekrarlayıcı olarak yutulan yiyeceklerin mideden çıkarılarak tekrar ağza getirilip yeniden yutulmasıdır. Bulantı, öğürme gibi kusma ögelerini içermez. Henüz yeni tanımlanmış bir bozukluk olduğu için yeterli miktarda epidemiyolojik veriye ulaşılamamıştır (Halland ve ark., 2018).

Mental retarde bireyler, yeme bozukluğu olan bireyler ve fibromiyalji hastalarında daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (Kaçar, & Hocaoglu, 2019)

2.1.4. Kaçınan/ kısıtlı yeme alımı bozukluğu

Beden görünümü/kilo alımı endişesi taşımaksızın genellikle bir/birkaç psikiyatrik hastalığın eşlik ettiği, gıda alımının kısıtlanmasıyla ya da gıda alımından kaçınılmasıyla karakterize bir yeme bozukluğudur (Karadere, & Hocaoglu, 2018). Beden imajı ile ilgili endişelerin olmaması yönüyle Anoreksiya ve Bulimia Nervozadan önemli ölçüde ayrılır. DSM'nin 5.versiyonu ile görece yeni bir tarihte (2013) tanımlanmış bir bozukluk olduğu için henüz geniş epidemiyolojik çalışmaları yoktur (Karadere, & Hocaoglu, 2018)

2.1.5. Pika

Pika, kişinin zorlantılı olarak, minimum 1 ay boyunca besleyici değeri olmayan, kültürel normlara uymayan ve kişinin gelişimsel düzeyi ile uygun olmayan şeyler tüketmesidir (APA, 2013). Bu beslenme paterni kişinin hayati önem taşıyan vitamin ve mineralleri almasına sebep olur (Münir, & Qadi, 2010). Tüketilen besleyici değeri olmayan şeyler kişinin yaşıyla bağlantılıdır. Çocuklar toprak, böcek gibi daha ulaşabilecekleri şeyleri tüketirken yetişkinler deterjan, kömür, sabun gibi birbirinden farklı birçok şeyi tüketebilirler (Münir, & Qadi, 2010)

2.1.6. Tıkınırcasına yeme bozukluğu

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, bireyin yemek yeme davranışı üzerindeki kontrolünü kaybederek, belirli bir zaman diliminde tükettiği miktarın çok üzerinde gıdayı tek seferde almasıyla karakterize bir yeme bozukluğudur (Katrin ve ark., 2022). Buradaki zaman dilimi 3 aylık dönemde, haftada en az bir kere, 2 saat veya daha kısa süren dönemlerdir (Brownley ve ark., 2016). Tek seferde çok yüksek miktarlarda gıdanın alınması Bulimia Nervosa'da da görülse de Tıkınırcasına Yeme Bozukluğuna sahip kişiler telafi edici davranışlar yapmazlar (Dingemans ve ark., 2002). Dünya genelinde prevalansı en yüksek yeme bozukluğudur ve kadınların %1,5'i, erkeklerin ise %0.3ü bu bozukluğa sahiptir (Erskine, & Whiteford, 2018).

Diğer psikiyatrik hastalıklarla sıklıkla komorbiddir (Katrin ve ark., 2022).

9282 katılımcıyla yapılan bir komorbidite araştırmasına göre 5 TYB hastasından 4ünün hayat boyu bir başka psikiyatrik hastalık tanısı aldığı, TYB tanısı konulan neredeyse 2 yetişkinden birisi ise en az 3 psikiyatrik hastalık tanısı almıştır (Hudson ve ark., 2007). En sık komorbid görülen psikiyatrik hastalıklar sırasıyla %54 ile duygudurum bozuklukları, %37 ile anksiyete bozuklukları ve %24,8 ile madde kullanım bozukluklarıdır (Ulfvebrand ve ark., 2015).

Neredeyse her 3 TYB hastasından ikisi obezdir (Udo, & Grilo, 2018). Yani TYB sadece mental sağlığı değil fiziksel sağlığı da etkilemektedir. TYB metabolik sendroma, Tip2 diyabete, erken başlangıçlı diyabete ve diyabetle ilişkili daha tehlikeli komplikasyonlara sebep olabilmektedir (Hudson ve ark., 2010; Kenardy ve ark., 2001; Rotella ve ark., 2012). Ayrıca TYB bariyatrik cerrahi uygulamalarında da sorunlara sebep olabilmektedir. Post-operatif dönemdeki hastaların 4'te 1'i diyetlerine uymalarını engelleyen kontrol kaybı deneyimi yaşamaktadırlar (Colles ve ark., 2008; De Zwaan ve ark., 2010). Tüm bu durumlar TYB'yi fiziksel ve mental iyi oluşu etkileyen ciddi bir halk sağlığı sorunu yapmaktadır.

2.1.7. Tanımlanmış bir diğer beslenme ve yeme bozukluğu

Yeme bozukluklarının bazı kriterlerini karşılayan ancak tam anlamıyla hiçbir yeme bozukluğu klinik görünümüne uymayan hastaları tanımlamak için kullanılan bir yeme bozukluğudur (Demirer, & Yardımcı, 2020). Kişinin mesleki, sosyal ya da aile hayatında bir bozulma vardır ancak hiçbir yeme bozukluğunun kriterlerini tam olarak karşılamaz yine de klinisyen tanı kriterlerini karşılayan ve karşılamayan durumları açıklamak istediğinde kullanılan yeme bozukluğu tanımlarıdır (APA, 2013). Gece Yeme Sendromu ve Atipik Anoreksiya Nervoza bu bozukluğa örnek verilebilir.

2.1.8. Tanımlanmamış yeme bozukluğu

Acil servis ortamı gibi yeterli verinin rahatlıkla alınamadığı durumlarda, hastada bazı yeme bozukluğu semptomları var ancak hiçbir bozukluğun kriterlerini tam anlamıyla karşılamıyor ve klinisyen de karşılamama durumunu açıklamak istemiyorsa kullanılan yeme bozukluğu tanımıdır (APA, 2013).

2.2. Ortoreksiya Nervoz

İlk olarak 1997'de Bratman ve Knight tarafından ortaya atılan Ortoreksiya Nervoz(ON) terimi “uygun iştah (proper appetite)” anlamına gelmekte ve sağlıklı beslenme takıntısı olan bundan dolayı yemeklerinin hazırlanış sürecine(kullanılan sebzelerin tarım ilacına maruziyeti, eğer süt ürünü içeriyorsa hormonla takviye edilmiş ineklerden gelip gelmediğini, paketlemesinde kullanılan maddelerin kanserojen içerip içermediği, ürünlerin içindekiler kısmının yeterince bilgi sağlayıp sağlamadığı gibi) fazlaca odaklanan ve sağlıklı yemeyi ritüelleştiren bireyleri tanımlamak için kullanılmaktadır (Bratman, & Knight, 1997 ; Koven & Arby, 2015). Kişinin dini inançlar, katı etik standartlar, sürdürebilir tarım veya doğayı korumakla ilgili kaygısı yoktur. Kişinin bütün kaygısı kendi sağlığı ve gıdanın iyi olması üzerinedir (Koven, & Arby, 2015). Ortoreksik kişilerin bu fazlaca odaklanma davranışları bazı yeme ritüellerinin sebebini oluşturur (bazı besinlerin daha iyi sindirilmesi için belirli saatlerde tüketilmesi gibi).

İlk bakışta sağlıklı beslenme üzerine odaklanma tamamen faydalı olarak algılanabilse de değildir. Bazı besin gruplarını tüketmemek kaynaklı ciddi beslenme yetersizlikleri görülebilir. Bu durum şiddetli anoreksiyada görülen osteopeni, bradikardi, testosteron eksikliği, anemi ve pansitopeni gibi ciddi rahatsızlıklara da yol açabilir (Bosi ve ark., 2007; Moroze ve ark., 2014; Park ve ark., 2011).

Ortoreksik kişiler bu alışkanlıkları engellendiğinde ya da kesintiye uğradığında mükemmeliyetçilik ve sağlıksız olma endişelerinin temelinde bulunduğu yoğun bir hüsrana ve suçluluk yaşarlar (Mathieu, 2005). Bu ihlaller onların daha katı bir biçimde diyetlerine ya da gıda temizliklerine odaklanmalarına neden olur (Bratman, & Knight, 1997).

Ortoreksik kişiler tüm bu ritüel ve standartların yalnızca tek başlarına ve bütün şartları kontrol edebildikleri optimum ortamlarda sağlanabileceğini düşündükleri ve kendilerini diğer insanlardan etik olarak üstün gördükleri için sosyal izolasyon riski altındadırlar (Mathieu, 2005). Koven ve Arby Ortoreksiya Nervozayı bir erdem olarak gizlenmiş hastalık olarak adlandırırlar (Koven, & Arby, 2015).

Ortoreksiya Nervoz akademik literatürde tanımlanmış ve hakkında bir miktar çalışma yapılmış olsa da tanımı ve tanı kriterleri netleştirilip ortak kabul görmüş bir psikiyatrik hastalık değildir (Brytek-Matera, 2012). Amerikan Psikiyatri

Birliği'nin yayınladığı Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel el kitabının 5.sürümünde bir psikiyatrik hastalık olarak tanımlanması beklenen Ortoreksiya Nervoza sağlam ampirik veri yetersizliği nedeniyle resmen tanımlanamamıştır (Borgida, 2011). Yine de Moroze ve arkadaşları tarafından olası tanı kriterleri tanımlanmıştır.

Moroze ve arkadaşları tarafından önerilen Ortoreksiya Nervoza tanı kriterleri:

KRİTER-A: Sağlıklı yeme konusunda takıntılı bir meşguliyet ve yiyeceklerin kalitesi ve içerikleri konusundaki kaygılara odaklanmak (Aşağıdakilerden 2 veya daha fazlası)

1. Gıdaların “saflığı” konusundaki takıntılı inançları nedeniyle besleyici yönü dengesiz bir diyet yapmak.
2. Yeterince “saf veya sağlıklı” olmayan yiyecekleri yemek ve tüketilen yiyeceklerin kalitesi ve içeriğinin fiziksel ve mental sağlığı üzerindeki etkisi üzerine endişe ve meşguliyet
3. Sağlıksız olduğuna inanılan yiyeceklerden katı bir biçimde kaçınma (örn. yağ, koruyucu, katkı maddesi vb. içeren gıdalardan)
4. Yiyecek konusunda uzman olmayan kişilerin, yiyeceklerin içeriği, hazırlanması ve kalitesi üzerine aşırı vakit harcamaları
5. “Saf veya sağlıksız” yiyecekler tüketilmesinin ardından, standartların ihlalinin getirdiği suçluluk ve endişe
6. Diğer insanların beslenme hakkındaki inançlarına karşı intolerans
7. Gıda kalitesi ve içeriği hakkındaki inançlarını sağlamak için kişinin gelirin oranla çok yüksek miktarda para harcaması

KRİTER-B: Takıntılı meşguliyet nedeniyle bozulmalar

1. Beslenme dengesizlikleri nedeniyle fiziksel sağlığın bozulması
2. Hastanın sağlıklı beslenme konusundaki takıntılı inançları nedeniyle mesleki, akademik veya sosyal yaşamında işlevsellik kayıpları veya ciddi stres yaşaması

KRİTER-C: Bu bozulmalar Obsesif-Kompulsif bozukluk, şizofreni veya başka bir psikotik bozukluk tarafından kaynaklanmamalıdır.

KRİTER- D: Beslenme davranışı katı dini inançlar nedeniyle bazı gıdalardan kaçınılması, özel gıda gereksinimleri, tıbbi olarak teşhis edilmiş gıda alerjileri

veya özel bir beslenme paterni gerektiren bir tıbbi durumun varlığıyla daha iyi açıklanamaz.

2.2.1 Epidemiyoloji

Tamamen tanımlanıp kabul görmüş bir psikiyatrik hastalık olmadığı için yeterli düzeyde epidemiyolojik veri yoktur. Yine de ON yeni tanımlanmış/tanımlanma sürecinde olan yeme bozuklukları içerisinde en çok dikkati çeken yeme bozukluğudur (Vandereycken, 2011). Yapılan az sayıda çalışmada toplum genelinden alınan örnekleme değil, çoğunlukla beslenme bilgisi daha yüksek olduğu için daha yüksek risk altında olduğu düşünülen tıp doktorları, tıp öğrencileri ve diyetisyenler gibi meslek gruplarından oluşan örneklemeler kullanılmıştır.

Kinzle ve arkadaşları 2005 yılında diyetisyenlerle yaptıkları çalışmalarında %34.9'unun ON eğilimi gösterdikleri, %12,8'inin ise yüksek derecede Ortoreksiya Nervoza riski altında olduklarını göstermişlerdir (Kinzle ve ark., 2005). Ülkemizde de Ortoreksiya Nervoza alanında öncü sayılabilecek çalışmalar yapılmıştır. Tıp öğrencileri ile yapılan bir çalışmada Ortoreksiya Nervoza eğilimi %43,6 bulunmuştur (Fidan ve ark., 2010). Sadece tıp doktorları ve diyetisyenler değil sosyokültürel düzeyi yüksek gruplarla yapılan çalışmalar da vardır. Örneğin Aksoydan ve Camcı tarafından ülkemizdeki sanatçılar üzerinde bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada performans sanatçıları arasında ON eğilimi %56.4, opera müzisyenleri arasında %81.8, balerinler arasında %32.1 ve senfoni orkestrası müzisyenleri arasında %36.4 olarak bulunmuştur (Aksoydan, & Camcı, 2009).

Yaş üzerine yapılan araştırmalarda ise kesin sonuçlara ulaşılamamıştır. Türk tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan çalışmalarda yaş ve Ortoreksiya Nervoza arasında ters ilişki tespit edilmiş daha genç öğrencilerde daha yüksek oranda ON eğilimi gözlemlenmiştir (Fidan ve ark., 2010). Arusoğlu ve arkadaşları Türk kültüründe, yaş ve ON eğilimi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmişler (Arusoğlu ve ark., 2008), Donini ve arkadaşları ise daha ileri yaşlarla ON eğilimi arasında bir ilişki tespit etmişlerdir (Donini ve ark., 2005).

Eğitim düzeyi ve ON eğilimi arasındaki ilişki de net değildir. Lisansüstü eğitim derecesi olan katılımcılarda lisans öğrencilerine ve lisans mezunlarına göre daha düşük ON eğilimi gösteren çalışmalar olduğu gibi eğitim düzeyi ile ON eğilimi

arasında ilişki bulamayan çalışmalar da mevcuttur (Aksoydan, & Camcı, 2009; Donini ve ark., 2005)

Cinsiyetle ve ON eğilimi ilişkisi de netleştirilememiştir. Bazı çalışmalar erkeklerde kadınlara göre daha yüksek ON eğilimi olduğunu gösterirken (Donini ve ark., 2004; Donini ve ark., 2005; Fidan ve ark., 2010) bazıları cinsiyetin anlamlı bir etkisi olmadığını göstermiş (Bağcı Bosi ve ark., 2007). Bir çalışmada ise kadınlarda daha yüksek oranda ON eğilimi görüldüğü bulunmuştur (Arusoğlu ve ark., 2008).

Kişinin vücut ağırlığı ve boyu kullanılarak hesaplanan Vücut Kitle İndeksi (VKİ) de ON eğilimi ile ilişkisine bakılan bir diğer etkidir. Yüksek VKİ değerleri, obezite ve kiloluluk gibi karşılıklara sahiptir. Yapılan çalışmalarda yüksek VKİ ile ON eğilimi arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir (Fidan ve ark., 2010; Kinzle ve ark., 2005).

2.2.2 Etiyoloji

AN ve BN'nin aksine ON'nin etiyojisi henüz çok fazla çalışılmamıştır. Yine de yapılan öncü çalışmalar bazı faktörlerle ON eğilimi arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir.

Bazı kişilik özellikleri ve ON eğilimi arasındaki olası ilişkiler araştırılmıştır. Bunlar özgüven, narsisizm, mükemmeliyetçilik, Büyük Beşli kişilik özellikleri, obsesif kompulsif kişilik özellikleridir. Avustralyalı ve Amerikalı örneklemle yapılan 2 farklı çalışmada da özgüven ve ON eğilimi arasında bir ilişki kurulamamıştır (Barnes & Caltabiano, 2017; Oberle ve ark., 2017). Narsisizm ve ON eğilimi arasındaki ilişkiyi inceleyen 1 çalışma mevcuttur ve bu çalışmada ikili arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir (Oberle ve ark., 2017). Literatürde mevcut olan çalışmaların ezici çoğunluğunda (yazar yalnızca 1 çalışmada aksine rastlamıştır (Barnes, & Caltabiano, 2017)), mükemmeliyetçilik ve ON eğilimi arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır (Barrada, & Roncero, 2018; Hayles ve ark., 2017; Oberle ve ark., 2017). Dışadönüklük, nevroitiklik, sorumluluk, uyumluluk ve deneyimlere açıklık faktörlerinden oluşan Büyük Beşli kişilik özellikleri (Korkut Owen, 2021) arasından yalnızca nevroitiklik ile ON eğilimi arasında bir ilişki kurulabilmiştir (Gleaves ve ark., 2013). Obsesif kompulsif kişilik özellikleri ve ON arasındaki ilişki daha ON'nin tanımı yapılırken göze çarpmaktadır. Bunlar ritüelleştirilen katı davranış kalıpları ve sağlıklı beslenme üzerine olan katı inançlar

ve etik standartlardır. Bu özellikler ve ON eğilimi arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur (Asil, & Sürücüoğlu 2015; Oberle ve ark., 2018; Segura-Garcia ve ark., 2012; Segura-Garcia ve ark., 2015)

Önemli bir psikolojik faktör olan beden imgesi AN ve BN oluşumunda etkilidir (Fairburn, 2008; Mond ve ark., 2004). Ancak diğer yeme bozuklukları aksine ON ve beden imgesi arasındaki ilişki henüz netleştirilememiştir. Barthels ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ortoreksiklerin beden imgelerinden görece hoşnut oldukları belirtilirken (Barthels ve ark., 2017), yapılan diğer çalışmalarda hatalı beden imgesinin ON gelişimi açısından risk oluşturduğu gösterilmiştir (Barnes, & Caltabiano, 2017; Brytek-Matera ve ark., 2015a, 2015b; Reynolds, 2018).

Bazı diyet biçimleri ile ON eğilimi arasında da bağlantılar kurulmuştur. İspanyol, İtalyan, Polonyalı ve Alman örneklemelerinden alınan verilerde vegan / vejetaryen diyet uygulayanlarda daha yüksek ON eğilimi olduğu bulunmuştur (Barthels ve ark., 2018; Brytek-Matera ve ark., 2018; Dell’Osso ve ark., 2017; Dittfeld ve ark., 2017; Luck-Sikorski ve ark., 2018; Missbach ve ark., 2015) Akdeniz diyeti (zeytinyağının temel yağ kaynağı olarak belirlenip, yüksek miktarlarda sebze ve yemiş tüketimiyle karakterize bir beslenme biçimi) ile beslenenlerde, öğünlerini salata veya meyve ile yapanlarda ve bazı tipte gıdalardan kaçınanlarda ON eğilimi yüksek bulunmuştur (Bağcı Bosi ve ark., 2007; Dittfeld ve ark., 2017; Missbach ve ark., 2015; Segura-Garcia ve ark., 2012; Strahler ve ark., 2018).

Bazı meslek grupları da ON eğilimi ile ilişkilendirilmiştir. Bu grupların ortak noktası sağlık ile ilişkili olmalarıdır. Yapılan çalışmalarda ON eğilimi Türk tıp fakültesi öğrencilerinde %43.6, Türk diyetisyenlerde %41.9, Amerikan diyetisyenlerde %49.5, İspanyol yoga eğitmenlerinde %86 olarak bulunmuştur (Asil, & Sürücüoğlu, 2015; Herranz Valera ve ark., 2014; Malmberg ve ark., 2017; Tremelling ve ark., 2017). Yine de sağlık dışı meslek mensubu kontrollerle yapılan kıyaslamalar net olmadığı için bu ilişkiyi kesin olarak değerlendirmek için henüz erkendir (Mccomb, & Mills, 2019).

Yapılan güncel bir araştırmada ON ve diğer yeme bozukluklarının ortak semptom ve diyet davranışlarına sahip olduğu bulunmuştur (Atchinson, & Zickgraf, 2022). Yapılan ölçümler özellikle zayıflama dürtüsü, klinik olmayan kilo kontrolü, kısıtlayıcı yeme konularına dikkat çekmektedir. Ayrıca klinik olmayan kilo kontrolü

denemeleri ve ON korelasyonu güçlüdür. Bu durum ON 'de görülen sağlıklı beslenme motivasyonunun kilo verme kaygısıyla ilişkili olabileceğini gösterir (Atchinson, & Zickgraf, 2022). Ancak aynı çalışmaya göre duygusal ve kontrol dışı yeme davranışı ve telafi edici yeme davranışlarının Ortoreksiya Nervoza ile anlamlı bir korelasyonu yoktur (Atchinson, & Zickgraf, 2022). Ayrıca tıknırcasına yeme davranışı ve ON arasında da anlamlı ve tutarlı korelasyonlar bulunamamıştır. Literatürde ailesinde yeme bozukluğu öyküsü bulunan bireylerde, çeşitli yeme bozukluklarına yatkınlığın arttığına dair bulgular mevcuttur (Lilenfeld, 1998). Bu bağlamda aile öyküsünde herhangi bir yeme bozukluğu olan bireylerde ON riskinin artacağı düşünülebilir.

2.2.3 Komorbidite

Ortoreksiya Nervozanın henüz ortak kabul görmüş tanı kriterleri olmaması doğrudan bir psikopatolojiyle komorbiditesini incelemeyi zorlaştırmaktadır. Tanı kriterlerin netleştirilmesi adına yapılan çalışmalarda Ortoreksiyanın başlı başına bir yeme bozukluğu mu yoksa bir çeşit yeme davranışı mı olduğu üzerinde durulmuştur (Depa ve ark., 2019). Bazı araştırmacılar Ortoreksiyanın mevcut yeme bozuklukları arasındaki bir boşluğu doldurduğunu iddia etmişlerdir (Zagaria ve ark., 2022). Bu iddiaların temelinde AN, BN veya TYB gibi hastalıkların başlangıcında görülen sağlıklı beslenme veya bazı besin gruplarından uzaklaşma davranışları vardır (Polivy ve ark., 2020). Zagaria ve arkadaşlarının çalışmasında ON ve diğer yeme bozukluklarının ilişkisi incelenmiş ve Ortoreksiya Nervozanın ayrı bir yeme bozukluğu olduğu gösterilmiştir (Zagaria ve ark., 2022).

ON'nin kendi başına bir yeme bozukluğu olarak kabul edilmesi, diğer yeme bozuklukları ile komorbid görülüp görülmeyeceği sorusunu akla getirmiştir. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalardan; Barthel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, ON semptomları ve diğer YB semptomları arasında aynı yönlü, anlamlı ve güçlü bir korelasyon olduğu gösterilmiştir ($r=0.60$) (Barthel ve ark., 2020). Yapılan bir diğer çalışmada ise herhangi bir YB tanısı olan her iki kişiden birinin ON kriterlerini karşıladığı gösterilmiştir (Segura-Garcia ve ark., 2015).

ON ve OKB'de genellikle görülen; mükemmeliyetçilik, endişe, kontrol kaybı, tekrarlayan düşünce-davranış döngüleri gibi ortak özellikler bu iki bozukluk arasında

bir tür bağlantı olabileceğini düşündürmektedir. Bu konuyla ilgili yakın zamanda yapılan bir meta-analizde; OKB ve ON semptomları arasında aynı yönlü ancak zayıf bir korelasyon bulunmuş ($r=0.21$) bu da OKB ve ON arasındaki ilişkinin zayıf olduğunu düşündürmüştür (Zagaria ve ark., 2022). OKB ve YB tedavileri üzerinde yapılan bir çalışmada ON kriterlerini taşıyan YB hastalarının YB'leri tedavi edildiğinde ON belirtilerinde azalmaya sebep olduğu, ancak ON kriterleri taşıyan OKB hastalarının OKB'leri tedavi edildiğinde ON belirtilerinde azalma olmadığı görülmüştür (Hessler-Kaufmann, 2021).

ON ve psikolojik sıkıntıların(distress) birlikte görüldüğüne dair öncü çalışmaların varlığı araştırmacıların dikkatini bu yöne çekmiştir (Hessler-Kaufmann ve ark., 2021). Yapılan bir çalışmada şiddetli ON semptomlarının daha şiddetli depresif semptomlar için bir belirleyici olduğu bulunmuştur (Messer ve ark., 2023). Bu ilişkinin sebebi olarak ON' de görülen kısıtlayıcı yeme davranışının, sosyal izolasyona sebep olabileceği ve bu durumun da depresyonu şiddetlendirebileceği tahmin edilmiştir (Messer ve ark., 2023). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise anksiyete, benlik saygısı ve ON ilişkisi araştırılmıştır (Yılmaz ,& Dündar, 2022). Bu çalışmada artan anksiyete düzeylerinin ON eğilimini artırdığı ve özsaygı ile ON arasında da ters yönlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Yılmaz, & Dündar, 2022).

ON hakkında yeterli ampirik veri toplanıp kabul görmüş bir psikiyatrik bozukluk olarak onaylandığında diğer yeme bozuklukları ile olan komorbiditesi ayrıntılı şekilde araştırılabilecektir. Ayrıca diğer yeme bozuklukları ile sıklıkla komorbid olan majör depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluğun, ON ile komorbiditesi de önemli veriler sağlayacaktır.

2.3. Majör Depresif Bozukluk

Majör depresif bozukluk, en az 2 hafta süreyle duygudurumda dalgalanmalar içeren, zevk ve ilginin yitirildiği, bilişsel, psikolojik ve vejetatif belirtilerle karakterize bir duygudurum bozukluğudur (Otte ve ark., 2016). Bu semptomlardan herhangi birinin kişide mevcut olması doğrudan Majör Depresif Bozukluk tanısı koymak için yeterli değildir. Majör Depresif Bozuklukta bu semptomların sürekli olması ve kişinin günlük yaşam işlevselliğini önemli ölçüde etkilemesi gereklidir (Çelik, & Hocaoglu, 2016). Bu semptomlar uzunlukları 2 hafta- 2 yıl arasında

değişen tek bir dönemde olabileceği gibi birden fazla dönem şeklinde de görülebilir (Çelik, & Hocaoglu, 2016).

Var olan bütün hastalıklar arasında en çok engellilik yaratan 2.hastalık konumunda olan Majör Depresif Bozukluk, kadınlarda erkeklere oranla 2 kat fazla görülmekte ve dünya genelinde nüfusun %6'sını etkilemektedir (Bromet ve ark., 2011; Vos ve ark., 2015). Majör depresif bozukluk sebep olduğu yüksek ölüm oranıyla psikiyatride yoğun araştırmaların yürütüldüğü bir alandır. Dünya genelinde her yıl ortalama 800.000 kişi intihar etmektedir. Bu kişilerin yaklaşık yarısının bir depresif dönem içerisinde olduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2016). Güncel Majör Depresif Bozukluk tanı kriterleri şunlardır:

- Kişi son 2 haftadır, süregelen bir şekilde aşağıdaki semptomlardan minimum 5 tanesini göstermeli ve bu semptomlardan birisi mutlaka anhedoni veya depresif duygu durumu olmalıdır.
- Depresif duygu durumu
- Anhedoni
- Uykuda bozulmalar
- Enerjisizlik
- Odak ve konsantrasyonda bozulmalar
- İştah kaybı ve takiben kilo kaybı
- Yetersiz, kıymetsiz veya suçlu hissetme
- Mükerrer yaşamına son verme düşünceleri (APA, 2013)

2.3.1 Epidemiyoloji

Majör Depresyon bütün dünyada en sık görülen psikiyatrik hastalıktır (Cimilli, 2001). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Dünya Akıl Sağlığı Araştırması Girişimi'nin yaklaşık 90.000 hasta ile dünya genelinde yaptığı bir çalışmada depresyon yaygınlığı 12 aylık dönemde %6 bulunmuştur (Bromet ve ark., 2011). Hayatlarının herhangi bir döneminde en az bir depresif dönem yaşayanlar ise bütün nüfusun %20'sini oluşturur.

Her iki cinsiyette de ortalama 25 yaşında başlayan Majör Depresif Bozukluk, en çok 40'lı yaşlardaki hastalarda görülür ve kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha yaygındır (Bromet vd., 2011). Ayrıca medeni durumun da Majör Depresif Bozukluk

üzerinde belirgin bir etkisi vardır. Bekar kişiler, tek başına yaşayan kişiler, boşanmış ya da ayrı yaşayan kişiler ve dullarda evli çiftlerden daha yüksek oranda Majör Depresif Bozukluk görülmektedir (Doğan ve ark., 1995; Kaya ve ark., 2007).

Sosyoekonomik düzey ve Majör Depresif Bozukluk arasında ise ters yönlü bir ilişki olup, düşük sosyoekonomik düzeye sahip kişilerde en yüksek oranda Majör Depresyon gözlemlenmiştir (Horwath ve ark., 2002; Lehtinen, & Joukamaa, 1994).

2.3.2 Etiyoloji

Majör Depresif Bozukluğun etiyojisi diğer bütün karmaşık hastalıklar gibi (Örn: diyabet, kanser vb.) tek bir sebebe bağlanamamakta birden fazla faktörün etkisi olduğu düşünülmektedir (Saveanu, & Nemeroff 2012).

Depresyonun biyolojik temeli beyinde bulunan 3 monoamin sistemiyle ilişkilendirilmektedir: Serotonin Sistemi, Norepinefrin Sistemi ve Dopamin Sistemi (Saveanu, & Nemeroff, 2012).

Serotonin sistemiyle yapılan çalışmalar, 5HT-2 reseptörlerinin yoğunluğunda artışın, orta beyin ve amigdalada serotonin taşıyıcı bağlanma bölgelerinin yoğunluğunda azalmanın, serotonin öncülü olan L-Triptofan'ın plazma yoğunluğunda azalmanın, merkezi sinir sisteminde artan Monoamin Oksidaz-A aktivitesinin Majör Depresyon üzerinde etkisi olduğunu göstermektedir (Charney, 1998; Drevets ve ark., 1999; Mann ve ark., 1996).

Norepinefrin (NE) sistemiyle yapılan çalışmalar, merkezi sinir sisteminde artan Monoamin Oksidaz-A aktivitesi, depresyon hastalarının idrarları ve serebrospinal sıvılarında azalmış norepinefrin metabotileri miktarı, kortekste artmış β-adrenerjik reseptör yoğunluğu, SNRI ile tedavi edilmiş remisyon dönemindeki depresyon hastalarında norepinefrin seviyelerinde azalmanın depresyonu nüksettirmesi ile NE-Depresyon ilişkisini göstermiştir (Ressler, & Nemeroff, 2001) (Nemeroff ve ark., 2008).

Dopamin sistemi ile yapılan çalışmalar, dopaminin keyif alma becerisine aracılık eden başlıca nörotransmitter olması (zevk alamama anlamına gelen anhedoni depresyonun temel semptomlarından), dopamin dejenerasyonu ile karakterize bir hastalık olan Parkinson Hastalığında yüksek oranda depresyon görülmesi, serebrospinal sıvıda azalmış dopamin metaboliti miktarı, depresyon hastalarında

azalmış dopamin nörotransmisyonu ile dopamin depresyon ilişkisini göstermiştir (Dunlop, & Nemeroff, 2007; Meyer ve ark., 2001; Nestler, & Carlezon, 2006).

Depresyonu açıklayan güncel psikolojik kuramlar bilişlerin üzerinde durmaktadır. Depresyonun bilişsel kuramına göre, belirgin ve uzun süreli çarpıtma ile karakterize yanlış bilgi işleme süreçleri depresyonun temelinde yer almaktadır. Seçici dikkat, aşırı genelleme, negatif öz değerlendirme gibi süreçleri içeren Majör Depresyon, bilişsel kurama göre bir düşünme bozukluğudur (Beck, 2002).

Ayrıca bilişsel önyargılar da majör depresyon oluşumunda etkilidir (LeMoult, & Gotlib, 2019)

2.3.3 Komorbidite

Majör Depresif Bozukluk sıklıkla diğer psikiyatrik ve medikal hastalıklarla aynı anda görülür. Bu durum hem diğer hastalıkların tedavisini olumsuz etkiler hem de tedavi masraflarını önemli ölçüde artırır (Kupfer, & Frank, 2003).

Anksiyete Bozuklukları ve Majör Depresyon arasında yüksek oranda komorbidite görülür (Mineka, & Vrshek-Schallhorn, 2015). Örneğin 12 ay süren majör depresyon tanısı alan hastaların %42'si komorbid Anksiyete Bozukluğu tanısı da almıştır (Kessler ve ark.,2015).

Yeme bozuklukları -özellikle Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza- da Majör Depresif Bozuklukla yüksek oranda komorbidite gösterir. Yapılan çalışmalarda Bulimiya Nervoza tanısı alan hastaların %51-63'ü, Anoreksiya Nervoza tanısı alan hastaların ise %68'i komorbid depresyon tanısı da almıştır (Brewerto ve ark., 1995; Geist ve ark., 1998; Halmi ve ark., 1991).

Madde kötüye kullanımı da Majör Depresyon hastalarında oldukça yaygındır. Majör Depresyon tanısı almış hastaların %32 'sinde madde kötüye kullanımı görülür (Kupfer, & Frank, 2003).

Psikiyatrik olmayan diğer medikal hastalıklarda da komorbid majör depresyon görülebilir. Örneğin miyokard enfarktüsü geçiren hastaların %40-65'inde komorbid majör depresyon gözlemlenmiştir (Lesperance ve ark., 1996; Regier ve ark., 1993). Yine kanser ve depresyon ilişkisi de birçok çalışmayla ortaya konuştur. Kanser hastalarının %25-50'sinde komorbid majör depresyon gözlenir (Craig, & Abeloff, 1974; Derogatis ve ark.,1983; Dworkin ve ark.,1990).

2.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın Anksiyete Bozukluğu kronik, dirençli, çok yönlü psikolojik ve fizyolojik yönleri olan, aşırı endişe ile karakterize bir psikiyatrik hastalıktır (Murray, & Jitender, 2015). Burada bahsedilen basit bir endişeli olma durumu değil, neredeyse her an hissedilen anksiyete durumudur (Ünsalver, & Balcıoğlu, 2006). Hastaların endişe yerine daha çok baş ağrısı ya da gastrointestinal semptomlardan şikayet etmeleri ve psikiyatri harici branşlara başvurmaları ile genel bir halk sağlığı sorunudur (Stein ve ark., 2005).

Hastalarda konsantrasyon bozulmuş, hafıza güçlükleri gelişmiş, endişe kronikleşmiş, irritabilite gelişmiş, korkulu bir hal hakimdir (Ünsalver, & Balcıoğlu, 2006). En belirgin fizyolojik semptomlar ise gerilim tipi baş ağrısı, kalp çarpıntısı, gastrointestinal şikayetler, el ve ayakta uyuşma, titreklik ve kaslarda gerginliktir (Ünsalver & Balcıoğlu, 2006). Yaygın Anksiyete Bozukluğunun güncel tanı kriterleri şunlardır:

A: Kişi son 6 aylık sürede, uyku dışında neredeyse her anda, günlük aktiviteleri esnasında yoğun miktarda kaygı duyar ve kuruntuları vardır.

B: Kişi bahsi geçen yoğun kaygısını ve kuruntusunu çok zor kontrol edebilir.

C: Kaygı ve kuruntusunun yanında aşağıda sıralanan semptomlardan en az 3 tanesinin eşlik etmesi gerekir:

- Gevşeyememe
- Bedensel aktivitelerde çabucak yorulma
- Zihnini boşaltmakta ve bir konuya odaklanmakta zorlanma
- Sinirlilik
- Kaslarda spazm
- Uykuya dalmakta, sürdürmekte zorlanma ve kalitesiz, yetersiz uyku

D: Kişinin yaşadığı yoğun kaygı ve kuruntu durumu, gündelik hayatını, iş ya da okul hayatını ve hobilerini işlevselliğini bozacak düzeyde etkiler.

E: Bahsedilen bozulmalar bir madde etkisine ya da hipertroidi gibi bir başka hastalığa bağlanamaz.

F: Bir başka psikiyatrik hastalık, bahsi geçen bozulmaları daha iyi açıklayamaz (APA, 2013).

2.4.1. Epidemiyoloji

Majör depresyonun ardından en yaygın görülen ikinci psikiyatrik hastalık olan Yaygın Anksiyete Bozukluğunun 12 aylık yaygınlığı %3,1, hayat boyu yaygınlığı ise %5,7'dir (Halbreich, 2003; Stein ve ark., 2005). Ortalama yaşı 31 olan Yaygın Anksiyete Bozukluğu genel olarak 20li yaşlarda başlamaktadır (Kessler ve ark., 2005). Diğer anksiyete bozukluklarının aksine Yaygın Anksiyete Bozukluğunda yaş ilerledikçe yaygınlık artmaktadır (Kessler ve ark., 2005). Yaygın Anksiyete Bozukluğu yaygınlığında cinsiyet de önemli bir değişkendir ve kadınlarda erkeklere oranla 2 kat fazla görülür (Kessler ve ark., 1994). Ayrıca boşanmış/ayrı yaşayan ve düşük gelirli kadınlar da daha fazla risk altındadır (Grant ve ark., 2005).

Alonso ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre, sebep olduğu bozulmalarla birçok kronik hastalığa (örn. artrit, otoimmün hastalıklar) denk durumdadır (Alonso ve ark., 2011).

2.4.2. Etiyoloji

Yaygın Anksiyete Bozukluğunu sebeplerini araştıran çalışmalar birden fazla alana yayılmış durumdadır. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun oluşumunda spesifik tek bir sebep değil birden fazla sebebin birleşiminin etkili olduğu düşünülmektedir.

Yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında YAB'de görülen duygusal hipersensivite ile uyumlu olan amigdala aktivitesi gözlemlenmiştir (Nietschke ve ark., 2009). YAB'si olan kişilerin amigdalalarında, tehdit edici uyarılar karşısında yükselen aktivite nötr uyarılarda da görülmüştür (Etkin ve ark., 2010). Ayrıca artmış sempatik sinir sistem aktivitesi ve azalmış parasempatik sinir sistemi aktivitesi de anksiyetenin çekirdek bileşeni olan endişe ile doğrudan ilişkilidir (Brosschot ve ark., 2007; Pieper ve ark., 2010).

Yaygın Anksiyete bozukluğu ile ilişkilendirilen en temel nörotransmitter GABA'dır. GABA tehdit edici uyarana karşı verilen korteks altı aktivitenin baskılanmasında görevlidir (Thayer, & Lane, 2000). YAB'si olan hastalarda GABA aktivitesinde düşüş olduğu ve baskılamamanın yeterince yapılamadığı düşünülmektedir (Friedman, 2007).

Sempatik sinir sisteminin primer nörotransmitterı olan norepinefrin seviyelerinin yükselmesinin de YAB ile ilişkili olabileceği düşünülür ve serotonin

ve norepinefrin sistemlerine etki eden venfalaksin etken maddeli ilacın etkili bir tedavi yöntemi olması da bu iddiayı destekler (Ballenger, 2001).

Serotonin sisteminin de YAB gelişimiyle ilişkili olduğu düşünülmekte buna serotonin seviyesinde azalmanın ya da serotonin reseptör işlevlerinde bozulmanın sebep olduğu düşünülmektedir (Goddart, & Charney, 1997).

Yaygın anksiyetenin psikolojik temelleri açıklanırken, tıpkı majör depresyonda da olduğu gibi bilişsel model ön plana çıkmaktadır. Bu modele göre anksiyete dikkat, problem çözme, hafıza gibi bilişsel işlevlerde olan, duygulanım kaynaklı çarpıtmalarla ilişkilidir (Aikins, & Kraske, 2001). Çarpıtmanın temelinde, YAB'nin de temel bileşeni olan endişenin kaynaklı, uygun olmayan bilgi işleme süreçleri vardır (Aikins, & Craske, 2001) .

2.4.3. Komorbidite

Yaygın Anksiyete Bozukluğunda ihtimalden ziyade kural gibi olan ek bir komorbid psikiyatrik hastalık tanısının yaşam boyu görülme ihtimali %80'den fazladır (Brown, 2001).

Majör Depresif Bozukluk, YAB ile %50'yi aşan oranla en sık komorbidite gösteren psikiyatrik hastalıktır (Noyes, 2001). Ayrıca Distimik Bozukluk da %20 gibi yüksek oranda komorbidite gösterir (Sanderson ve ark.,)

Yaygın anksiyete bozukluğunun bir başka anksiyete bozukluğuyla aynı anda bulunması da sık rastlanan bir durumdur ve bu durum anksiyete belirtilerinin şiddetini önemli ölçüde artırır (van Balkom ve ark., 2008). YAB-anksiyete bozukluğu komorbiditesi daha az dışa dönüklük ve daha şiddetli nevrozlarla ilişkilendirilir (Chambers ve ark., 2004). Ayrıca YAB ile başka bir anksiyete bozukluğu komorbiditesi olan hastalarda, anksiyetenin ortaya çıkması, yalnızca bir anksiyete bozukluğu olan hastalara göre daha erken yaşlardadır (Hofmeijer-Sevink ve ark., 2012).

Yeme bozuklukları ve YAB komorbiditesi klinik pratikte yaygın olarak görülür ve komorbid YAB varlığı yeme bozukluğunu şiddetlendirir ve tedavisini güçleştirir (Swinbourne, & Touyz, 2007). YAB ve Bulimiya Nervoza başlangıç yaşlarının neredeyse aynı olması, YAB'nin Bulimiya Nervoza için predispozan bir faktör olabileceğini düşündürmektedir (Swinbourne, & Touyz, 2007). Ayrıca

Anoreksiya nervoza ve YAB komorbiditesini araştıran çalışmalarda %24-31 arasında değerler bulunmuşlardır (Goddart ve ark., 2003; Lilenfield ve ark., 1998).

2.5. Mükemmeliyetçi Tutum

Mükemmeliyetçilik, kişinin kendisine aşırı yüksek ve katı standartlar koyması ve bu standartların takibinde, kendisine karşı aşırı derecede eleştirel olmasıyla karakterize bir kişilik özelliğidir (Frost ve ark., 1990). Yetkin, bilgili ve başarılı birçok insanın mesleki hayatlarında belirledikleri yüksek standartları vardır. Ancak mükemmeliyetçi kişileri bu kişilerden ayıran temel nokta başarılı olma isteği değil, başarısız olmaktan duyulan yüksek korkudur (Hamachek, 1978).

Başarısız olmaktan duyulan korku, mükemmeliyetçiliğin ana boyutunu oluşturur. Diğer boyutlar ise aşırı yüksek kişisel standartlar, ailesel beklentiler, ailesel eleştiri, yaptığından emin olamama ve düzendir (Frost ve ark., 1991). Belirlenen tatmin edici ancak asla karşılanamayacak yüksek standartlar, birçok teorisyen tarafından temel boyut olarak kabul edilmiştir (Frost ve ark., 1993). 3.ve 4.boyut aile ile kurulan ilişkiler temelindedir ve mükemmeliyetçiliğin etiyolojisinin açıklanmasında temel olarak kullanılır (Burns, 1980; Hamachek, 1978; Pacht, 1984). Bu boyutlar, ailenin, kişinin performansına yönelik beklenti düzeyinin algılanması ve kişinin performansına, aileden gelen eleştirilerin nasıl algılandığıdır (Frost ve ark., 1991). Performanstan duyulan şüphe yalnızca aile kaynaklı değil, kişinin kendisi tarafından da duyulmaktadır. Kişinin, kendi performansından emin olamaması mükemmeliyetçiliğin 5.boyutunu oluşturur (Frost ve ark., 1991). Kişinin performansından duyduğu şüphe, obsesyonel şüpheyle bağlantılı görülmüştür (Reed, 1985). Bazı yönlerden ayrılmış olsa da ek bir boyut olarak gelen düzenli olma eğilimi mükemmeliyetçiliğin 6.boyutu oluşturur (Frost ve ark.,1991; Hollander 1965).

Mükemmeliyetçilik, birçok psikopatolojiyle ilişkilendirilen tanılar arası bir faktör olarak tanımlanmıştır (Egan ve ark., 2011). Mükemmeliyetçilik, bazı psikopatolojileri olan örneklerde, sağlıklı kontrollere göre daha yüksektir (Limburg ve ark., 2017). Bu psikopatolojiler Majör Depresif Bozukluk, Panik Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Obsesif-Kompulsif Bozukluktur (Antony ve ark., 1998;

Buhllmann ve ark., 2008; Egan ve ark., 2014; Handley ve ark., 2014; Huprich ve ark., 2008; Iketani ve ark., 2002; Sassaroli vd., 2008). Mükemmeliyetçilik ve yeme bozuklukları ilişkisi de yine birçok çalışmada gösterilmiş hatta mükemmeliyetçilik yeme bozukluklarının Bilişsel-Davranışçı Terapisinin temelini teşkil etmiştir (Fairburn ve ark., 2003). Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervozanın etiyolojisini açıklayan bazı bilişsel kuramlarda da mükemmeliyetçilik ön plandadır (Bardone-Cone ve ark., 2006; Schmidt, & Treasure, 2006).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmamızın amacı Tıp doktorlarında bilgi düzeyi bilgi düzeyi arttıkça Ortoreksiya Nervoza eğiliminin değişimini ve Ortoreksiya Nervoza eğilimi ile depresyon, anksiyete ve mükemmeliyetçi tutum arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır. Klinik pratikte zaman zaman rastlanan ancak henüz kabul görmüş bir psikiyatrik hastalık olarak tanımlanmayan Ortoreksiya Nervoza eğiliminin, Tıp doktorları ve Diyetisyenler gibi sağlıklı beslenme bilgisi yüksek gruplarda daha yüksek olabileceğini gösteren öncü çalışmalar mevcuttur (Tremmeling ve ark., 2017). Gelişen teknoloji insanların sağlıklı beslenme yöntemlerine ulaşımını kolaylaştırmıştır. Ancak saplantılı bir şekilde sağlıklı beslenme davranışı üzerinde duran bireylerin işlevselliğinde bir düşüş olacağı düşünülmektedir (Koven, & Abry, 2015).

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma tıp fakültesi öğrencileri ve tıp doktorlarında Ortoreksiya Nervoza eğilimi ve bu olası eğilimin depresyon, anksiyete ve mükemmeliyetçi tutumla ilişkisini inceleyen korelasyonel bir çalışmadır.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma için doğrudan bir katılımcı sayısı belirlenmemiş ve Tıp fakültelerine araştırma davet yazıları gönderilmiş ve bunun sonucunda 215 kişi araştırmamıza katılmıştır. Katılımcıların 16'sı tıp fakültesi 1.sınıf öğrencisi, 18'i Tıp fakültesi 2.sınıf öğrencisi, 16'sı Tıp fakültesi 3.sınıf öğrencisi, 16'sı tıp fakültesi 4.sınıf öğrencisi, 30'u tıp fakültesi 5.sınıf öğrencisi, 16'sı tıp fakültesi 6.sınıf öğrencisi, 70'i asistan/pratisyen hekim, 32'si ise uzman hekimlerden oluşmaktadır.

3.4. Ölçekler

3.4.1. ORTO-11

Donini ve arkadaşları Bratman ve Knight'ın daha önceden hazırladığı 10 soruluk Ortoreksiya tarama formunu geliştirerek ORTO-15 ölçeğini hazırlamışlardır (Bratman & Knight, 2000; Donini ve ark., 2005). Ölçek, besin seçimi, satın alma,

hazırlama ve sağlıklı besin tüketme konularında bireylerin davranışlarını araştırmak için kullanılan, kişilerin kendilerinin uyguladığı bir öz değerlendirme aracıdır. Maddeler, bilişsel-rasyonel alan, klinik alan ve duygusal alan olmak üzere farklı alanları inceler. İfadeler davranış sıklığını ölçmek amacıyla 4'lü Likert Tipi ölçek olarak hazırlanmıştır. Maddelere (8.madde hariç) Her zaman- Sık sık- Bazen- Hiçbir zaman seçeneklerine sırasıyla 1-4 arası puan verilir. 8. Madde ise ters olarak puanlanır.

ORTO-11 Arusoğlu ve arkadaşları tarafından ORTO-15 ölçeğinin Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin araştırması amacıyla yapılan bir çalışmada faktör yükleri 0.5 altında kalan maddelerin (1, 2, 9 ve 15.maddeler) ölçekten çıkarılmasıyla elde edilmiştir. Yapılan düzenleme ölçeğin iç tutarlılığını yükseltmiştir (Arusoğlu ve ark., 2008).

3.4.2. Beck anksiyete ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği, anksiyete düzeylerinin şiddetini ölçmek amacıyla Aaron T. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir öz değerlendirme ölçeğidir (Beck ve ark., 1988). Anksiyetenin yaygın olarak görülen 21 adet semptomunu içerir. Her bir semptom Hiç- Çok Hafif-Orta Derece ve Çok Ağır olarak derecelendirilir. Bu derecelendirmeler sırasıyla 0,1,2,3 olarak puanlandırılır. Test skoru 8-15 arası olanlar hafif derece anksiyete, 16-25 arası olanlar orta derece anksiyete ve 26-63 arası olanlar ağır derece anksiyete olarak raporlanır (Beck ve ark., 1988).

3.4.3. Beck depresyon ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği, depresyon şiddetini ölçmek amacıyla Aaron T. Beck tarafından 1961 yılında geliştirilen bir öz değerlendirme ölçeğidir. 21 adet çoktan seçmeli sorudan oluşur. Her soru 0-3 arasında, gittikçe şiddeti artan seçeneklerden oluşur ve uygulanan kişiden son bir haftayı düşünerek en iyi ifade eden şıkkı seçmesi istenir (Beck ve ark., 1961). Test skoru 0-9 arası minimal depresyon, 10-18 hafif şiddette depresyon, 19-28 orta şiddette depresyon, 29-63 ağır şiddette depresyonu ifade eder (Beck ve ark.,1988).

3.4.4. Frost çok boyutlu mükemmeliyetçilik ölçeği

Mükemmeliyetçiliği çok boyutlu olarak ele alıp ölçmek amacıyla Frost ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Frost ve ark., 1991). Ölçek, hata yapma endişesi, kişisel standartlar, ailesel beklentiler, ailesel eleştiri, yaptığından emin olamama ve düzenden oluşan 6 boyutta 35 maddelerden oluşur. Cevaplar Hiç Katılmıyorum (1)-Tamamen Katılıyorum (5) arasında puanlanır.

3.5. İstatistiksel Analiz

Veriler IBM SPSS-27 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sosyodemografik sorular için frekans tablosu oluşturulmuştur. Bilgi durumu değişkeninde parametrik testler için yeterli gözlem sayısı olmadığından non-parametrik Kruskal Wallis-H analizi uygulanmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü tespit edebilmek için Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Analizler $\alpha=0,05$ seviyesinde %95 güven aralığında uygulanmıştır.

4. BULGULAR

Verilerin incelenmesinde hangi yöntemlerin kullanılacağını belirlenmesi için öncelikle verilerin normal dağılım gösterip göstermediklerine bakılmıştır. Her ölçek için ve Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeğinin (FÇBMÖ) alt boyutları için ayrı ayrı yapılan Kolmogorov-Smirnov Analizi incelendiğinde FÇBMÖ'nin normal dağılım gösterdiği görülmektedir ($p>0,05$). Diğer ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerleri -2; +2 sınırını aşmadığından analizlerde parametrik testler kullanılacaktır. Cronbach Alfa değerlerine bakıldığında kullanılan ölçeklerin güvenilirlikleri yeterli düzeydedir (Tablo 1).

Tablo 1. Normallik Varsayımı Analizi ve Güvenilirlik Analizi

Ölçek	n	Ort.	SS	Kolmogorov Smirnov (p)	Çarpıklık	Basıklık	Cronbach's Alpha
Anksiyete	214	13,86	10,853	,000	1,321	1,959	,923
Depresyon	214	14,27	9,747	,000	1,109	1,924	,900
Hata Yapma Endişesi	214	21,53	8,030	,000	,273	-,910	,907
Kişisel Standartlar	214	24,98	6,624	,032	-,018	-,487	,831
Ailesel Beklenti	214	13,40	5,647	,000	,312	-,989	,888
Ailesel Eleştirisi	214	7,93	3,819	,000	1,164	,813	,812
Yaptığından Emin Olmama	214	10,28	3,836	,000	,417	-,417	,768
Düzen	214	21,79	5,937	,000	-,547	-,347	,948
FÇBMÖ	214	99,90	24,036	,200*	,312	-,346	,933
ORTO-11	214	25,76	4,840	,000	,410	,131	,778

* $p<0,05$

Artan bilgi düzeyine göre Ortoreksiya Nervoza eğilimindeki değişim araştırmanın temel sorularından birisini oluşturmaktadır. Bu amaçla tıp fakültesi her dönem öğrencilerinden, asistan/pratisyen hekimlerden ve uzman hekimlerden veri toplanmıştır. Araştırmaya katılanların 16'sı tıp fakültesi 1.sınıf (%7,5), 18'i tıp fakültesi 2.sınıf (%8,4), 16'sı tıp fakültesi 3.sınıf (%7,5), 16'sı tıp fakültesi 4.sınıf (%7,5), 30'u tıp fakültesi 5.sınıf (%14), 16'sı tıp fakültesi 6.sınıf (%7,5), 70'i asistan/pratisyen hekim (%32,7), 32'si uzman hekimdir (%15). Toplam katılımcı sayısı 214'tür. Katılımcılara ilişkin demografik veriler tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Demografik Bilgiler Tablosu

Değişken	Grup	n	Yüzde(%)
Pozisyon	1. Sınıf	16	7,5
	2. Sınıf	18	8,4
	3. Sınıf	16	7,5
	4. Sınıf	16	7,5
	5. Sınıf	30	14,0
	6. Sınıf	16	7,5
	Asistan / Pratisyen hekim	70	32,7
	Uzman Hekim	32	15,0

Artan bilgi durumu ve Ortoreksiya Nervoza eğilimi arasındaki ilişkinin anlaşılması için katılımcılara Demografik Bilgi Formu ve ORTO-11 ölçekleri verilmiştir. Elde edilen veriler normal dağılmadığı ve 3'ten fazla grup olduğu için Kruskal Wallis-H Analizi yapılmıştır. Elde edilen veriler Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Bilgi Durumu Değişkeni Kruskal Wallis-H Analizi

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	SD	H	p
ORTO-11	1. Sınıf	16	28,81	3,799	7	19,571	,007*
	2. Sınıf	18	27,22	4,697			
	3. Sınıf	16	23,38	4,559			
	4. Sınıf	16	25,13	4,440			
	5. Sınıf	30	26,83	5,503			
	6. Sınıf	16	23,88	4,145			
	Asistan / Pratisyen hekim	70	25,84	4,471			
	Uzman Hekim	32	24,69	5,270			
	Toplam	214	25,76	4,840			

*p<0.05

Bilgi durumu değişkeni gruplarına göre ORTO-11 Ölçeği Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p=,007<0,05$). Tıp fakültesi 1.sınıf öğrencilerinde, tıp fakültesi 3.ve 6.sınıf öğrencilerinden anlamlı derecede yüksek Ortoreksiya Nervoza eğilimi görülmüştür. Bütün gruplar arasında ise anlamlı farklar oluşmamıştır. En yüksek Ortoreksiya Nervoza eğilimi bilgi durumu en düşük olan 1.sınıflar grubunda gözlemlenmiştir.

Bilgi seviyesinin artmasıyla Ortoreksiya Eğiliminde azalma görülmüş, bu azalma

bazı gruplar arasında anlamlı düzeylerde olmuştur. Bilgi düzeyinin artmasıyla Ortoreksiya Nervoza eğiliminin artacağına yönelik araştırma hipotezi yanlışlanmıştır.

Araştırmanın bir diğer konusu diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi Ortoreksiya Nervoza’da da diğer psikiyatrik hastalıklarla yüksek oranda komorbidite görülüp görülmediğinin araştırılmasıdır. Bu kapsamda Korelasyon Analizi yapılmış ve kullanılan ölçeklerin (FÇBMÖ için ölçeğin tamamının toplam puanı ve alt boyutları için ayrı ayrı puanları) kendi aralarındaki ilişkilere bakılmıştır. Elde edilen veriler Tablo 4’te gösterilmiştir.

Tablo 4. Korelasyon Analizi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Anksiyete (1)	1									
Depresyon (2)	,764**	1								
	,000									
Hata Yapma Endişesi (3)	,465**	,518**	1							
	,000	,000								
Kişisel Standartlar (4)	,263**	,243**	,753**	1						
	,000	,000	,000							
Ailesel Beklentiler (5)	,319**	,362**	,516**	,462**	1					
	,000	,000	,000	,000						
Ailesel Eleştirisi (6)	,322**	,382**	,575**	,417**	,716**	1				
	,000	,000	,000	,000	,000					
Yaptığından Emin Olmama (7)	,414**	,490**	,596**	,425**	,400**	,423**	1			
	,000	,000	,000	,000	,000	,000				
Düzen (8)	,003	,050	,099	,226**	,099	-,045	,094	1		
	,960	,469	,149	,001	,148	,513	,170			
FÇBMÖ (9)	,421**	,476**	,874**	,826**	,737**	,690**	,660**	,374**	1	
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		
ORTO-11(10)	,123	,124	,186**	,261**	,132	,254**	,148*	,200**	,278**	1
	,071	,070	,006	,000	,054	,000	,031	,003	,000	

Yapılan korelasyon analizine göre, katılımcıların anksiyete düzeyleri ve Ortoreksiya Nervoza eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r=0,123$, $p=0,07$).

Bu sonuca göre araştırmanın “Ortoreksiya Nervoza eğilimi ile anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır” hipotezi yanlışlanmıştır.

Yapılan korelasyon analizine göre, katılımcıların depresyon düzeyleri ve Ortoreksiya Nervoza eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r=0,124$, $p=0,07$). Bu sonuca göre araştırmanın “Ortoreksiya Nervoza eğilimi ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır” hipotezi yanlışlanmıştır.

Yapılan korelasyon analizine göre, katılımcıların mükemmeliyetçi tutum düzeyleri ve Ortoreksiya Nervoza eğilimleri arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=,278$; $p=,000$). Araştırmada mükemmeliyetçilik çok boyutlu olarak ele alınmış ve bütün alt boyutlarının Ortoreksiya Nervoza eğilimiyle ilişkisine ayrı ayrı olarak da bakılmıştır. Hata Yapma Endişesi Alt Boyutu ile Ortoreksiya Nervoza eğilimi arasında pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=,186$; $p=,006$). Kişisel Standartlar Alt Boyutu ile Ortoreksiya Nervoza eğilimi arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=,261$; $p=,000$). Ailesel Eleştiri Alt Boyutu ile Ortoreksiya Nervoza eğilimi arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=,254$; $p=,000$). Yaptığından Emin Olmama Alt Boyutu ile Ortoreksiya Nervoza eğilimi arasında pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=,148$; $p=,031$). Düzen Alt Boyutu ile Ortoreksiya Nervoza eğilimi arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=,200$; $p=,003$). Mükemmeliyetçiliğin 6 alt boyutu arasında yalnızca Ailesel Beklentiler alt boyutu ile Ortoreksiya Nervoza eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r=,132$; $p=,05$). Elde edilen sonuçlara göre araştırmanın “Ortoreksiya Nervoza eğilimi ile mükemmeliyetçi tutum arasında anlamlı bir ilişki vardır” hipotezi doğrulanmıştır.

Araştırmamızda doğrudan incelenen bir konu olmasa da bazı ek bilgiler de mevcuttur. Şöyle ki anksiyete ve depresyon belirtileri arasında çok güçlü bir korelasyon mevcuttur ($r=,764$, $p=,000$). Yine anksiyete ve depresyon belirtileriyle, FÇBMÖ ve neredeyse bütün alt ölçekleri arasında farklı güç seviyelerinde ilişkiler görülmektedir. Ayrıca FÇBMÖ ve bütün alt ölçekleri arasında da farklı güç seviyelerinde ilişkiler mevcuttur.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamızda Ortoreksiya Nervoza eğilimi ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Mükemmeliyetçi tutum ve mükemmeliyetçiliğin alt boyutları ile ON eğilimi arasında ise farklı derecelerde, pozitif yönlü ilişkiler tespit edilmiştir. Ayrıca ON araştırmalarının çoğunda örneklem olarak belirli grupların seçilmesine neden olan artan bilgi düzeyi ve ON eğilimi arasında bir ilişki olduğuna yönelik varsayım da araştırılmış ve güncel kanının aksine negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

ON araştırmalarında bahsi geçen 2 durum (komorbidite ve bilgi seviyesi ilişkisi) önemli soru işaretleri olarak düşünülmektedir. Çalışmamız, bahsi geçen 2 problemi (komorbidite durumu ve bilgi düzeyi-ON ilişkisi) araştırmak üzere tasarlanmıştır. Tıp fakültesi 1.sınıftan başlayarak tüm kademelerden, asistan/pratisyen hekimlerden ve uzman hekimlerden veriler toplanarak artan bilgi düzeyiyle ON arasındaki ilişki araştırılmak istenmiştir. Ayrıca bütün örneklemde toplanan verilerle ON ve mükemmeliyetçi tutum, anksiyete ve depresyon ilişkisine de bakılmıştır.

Yeme bozuklukları, diğer psikiyatrik hastalıklarla sıklıkla komorbidite göstermektedir (O'Brien, & Vincent, 2003). Ortoreksiya Nervoza'yı da bir yeme bozukluğu olarak kabul etmemiz neticesinde, aklımıza Ortoreksiya Nervoza ile ilgili komorbidite soruları gelmektedir. Hastalığın doğasında olan bazı özelliklerinin diğer psikiyatrik hastalıklarla ilişkili olabileceğini düşünen araştırmacılar olmuştur. Örneğin mükemmeliyetçilik, endişe, kontrol kaybının OKB ve YAB ile, kısıtlayıcı yeme davranışlarının neden olabileceği sosyal izolasyonun MDB ile ortak semptomatolojisini oluşturmuştur. Bu durum bahsi geçen bozukluklar ve Ortoreksiya Nervoza ilişkisinin araştırılmasını gerekli kılmıştır.

Araştırmamızın sonuçlarından ilk olarak komorbidite durumuna bakarsak ON'nin diğer yeme bozukluklarından farklı bir çizgide olduğunu görüyoruz. Yüksek oranda depresyon ve anksiyete ile komorbidite gösteren Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervozanın (O'Brien, & Vincent, 2003) aksine ON ile depresyon ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Depresyon ve ON eğilimi arasında ilişki kuran oldukça güncel bir çalışmayı incelediğimizde, araştırmacıların, kısıtlayıcı davranışların sosyal izolasyona sebep

olabileceği bunda depresyon açısından belirleyici olabileceği şeklindeki öngörüsünü görüyoruz (Messer ve ark., 2023). ON hastalarında gördüğümüz sadece belirli yerlerde yemek yeme, sadece belirli şeyleri yeme-içme gibi kısıtlayıcı davranışlar, diğer insanlarla olan ilişkilerinde anlaşmazlıklara sebep olabilir ve bunun sonucunda da kişi yalnızlaşabilir. Yalnızlık ve depresyon ilişkisi psikiyatride iyi bilinen durumlardandır (Domènech-Abella ve ark., 2017). ON nedeniyle oluşan yalnızlaşma ve depresyon arasında, bu sebeplerden dolayı oluşabilecek bir ilişkinin düşünülmesi son derece anlaşılabilir. Her ne kadar ON hastalarında yalnızlaşma riski inkâr edilemeyecek olsa da bu durum geneli etkilemiyor olabilir. Ayrıca artan semptom şiddetine bağlı olarak oluşacak yalnızlaşma da durumu açıklayabilir. Ayrıca daha büyük çaplı ya da farklı bir örneklemden, Messer ve arkadaşlarının çalışmasını destekleyen veriler de elde edilebilir. Tüm bunlara rağmen ON'nin diğer yeme bozukluklarından bu konuda farklılık gösteriyor olabileceği de göz ardı edilmemelidir. Bu konuda yapılan çalışmaların sayısı arttıkça daha net bilgiler elde edilebilecektir.

Tıpkı depresyonda olduğu gibi, çalışmamızda, anksiyete ve ON eğilimi arasında bir ilişki bulamadık. Bu durum, bizim belirlediğimiz örneklemden kaynaklanabileceği gibi aralarında bir ilişkinin olmamasından da kaynaklanabilir. Yine de ON'nin diğer yeme bozukluklarından bağımsız bir yapıda olduğunu göstermek açısından önemli bir kaynak oluşturmuştur. ON hakkında yapılan çalışmaların sayıları arttıkça bu durum daha da netleşecektir.

Mükemmeliyetçi tutum, çalışmamızda araştırdığımız olası komorbid psikiyatrik hastalıklar arasında, ON ile ilişkili bulduğumuz tek durumdur. Kendi başına bir psikopatoloji olmasa da tanılar arası bir faktör olarak birçok psikopatolojiyle ilişkisi vardır (Antony ve ark., 1998; Buhllmann ve ark., 2008; Egan ve ark., 2014; Handley ve ark., 2014; Huprich ve ark., 2008; Iketani ve ark., 2002; Sassaroli vd., 2008). Birden fazla psikiyatrik hastalıkla doğrudan ilişkisi bulunan mükemmeliyetçi tutum, ON ile de ilişkili bulunmuştur. Bulduğumuz ilişki çok güçlü olmasa da ON'nin yapısını anlamak ve tedavisini planlamak açısından önem arz etmektedir. Çünkü mükemmeliyetçilik hali hazırda yeme bozukluklarının bilişsel davranışçı terapisinin temelini oluşturmaktadır (Fairburn ve ark., 2003). Ayrıca çok boyutlu olarak ele aldığımız mükemmeliyetçi tutumun, 1 boyut dışında tüm alt

boyutlarının ayrı ayrı ON ile ilişkili bulunması da ON'yi daha iyi anlamak açısından önemlidir. Bu konuda daha fazla araştırma yapıldıkça mükemmeliyetçilik ile ON arasındaki ilişki daha da netleştirilecektir.

Bazı meslek grupları sağlıklı beslenme konusunda daha bilgili olmakta ve sürekli bu konulara maruz kalmaktadır. Tıp doktorları, diyetisyenler, sporcular gibi bu gruplarda daha yüksek oranda Ortoreksiya Nervoza eğilimi görülebileceği düşünülmüş ve bu gruplar yapılan birçok araştırmaya örneklem teşkil etmiştir. Örneğin Fidan ve arkadaşlarının çalışmasına göre tıp öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza eğilimi %43'tür (Fidan ve ark., 2010). Bir başka araştırmada ise diyetisyenlerde ON eğilimi %34,9 bulunmuştur (Kinzle ve ark., 2005). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileriyle yapılan bir yüksek lisans tez çalışmasında ise %76,2 oranında Ortoreksiya Nervoza eğilimi gözlemlenmiş, yazar bu derece yüksek bir oranın sebebinin, örneklem grubunun yüksek bilgi düzeyi olabileceğini düşünmüştür (Erol, 2018).

Artan bilgi düzeyiyle ON eğilimi arasındaki olası ilişki ise araştırmamızın bir diğer sorusunu oluşturmaktadır. Daha önce ON üzerine yapılan birçok araştırmada örneklem olarak bu gruplar seçilmiş ve bu grupların daha yüksek risk altında olabileceği tahmin edilmiştir. Ancak sağlık dışı alanlardan yeterince katılımcının yer aldığı kontrol gruplarıyla kıyaslamamanın olmayışı, bu görüş için bir soru işareti oluşturmaktadır (Mccomb, & Mills, 2019). Yine de ilk görüşü destekleyen, bizim çalışmamıza benzer olarak tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, %76 gibi çok yüksek oranda ON eğilimi tespit edilmiş ve yaygın olarak tahmin edilen ON ve yüksek bilgi seviyesi arasındaki ilişkiyi destekler nitelikte veriler bulunmuştur (Erol, 2018). Ancak çalışmamızda biz bunun tersi yönünde bir ilişkiye rastladık. Bizim çalışmamıza göre en az bilgi seviyesine sahip olması beklenen grup olan 1.sınıflarda, 3.ve 6.sınıflara göre, anlamlı derecede yüksek oranda ON eğilimi tespit edildi. Ayrıca tamamı anlamlı olmasa ve aykırı değerler bulunsa da veri toplanan grupların geneline bakıldığında artan bilgi düzeyiyle, ON eğiliminde azalma olduğu da görüldü. Bahsedilen çalışmada kullanılan ölçek olan ORTO-15, bizim çalışmamızda kullanılan ORTO-11'in ilk versiyonudur. ORTO-11, ORTO-15'in iç tutarlılığını yükseltmek amacıyla bazı maddelerinin çıkartılmasıyla oluşturulmuştur. Elde edilen yüksek oran ölçek farklılığına bağlı olarak oluşmuş olabilir. Yine de

birbirinden zıt verilerin literatürde mevcut olması, McComb ve Mills'in bilgi düzeyi ve ON eğilimi arasında ilişki kurmak için erken olduğu görüşünü desteklemektedir (McComb, & Mills, 2019).

Çok geniş bir örneklemden elde edilmediği için, elde ettiğimiz sonuçları genele uyarlamak için henüz erkendir. Ancak yine de bazı verilerin tutarlılığı göze çarpmaktadır. Örneğin araştırmanın doğrudan konusunu oluşturmaya da toplanan verilerle elde edilen, anksiyete, depresyon ve mükemmeliyetçi tutum arasında olduğu gözlenen güçlü ilişki, literatürde bulunan, mevcut bilgi birikimimizle tamamen uyumludur (Burgess & DiBartolo, 2016; Kalın, 2020). Bu durum toplanan verilerin pozitif yönünü göstermektedir.

Sağlıklı olma ve ömrü boyunca sağlıklı yaşama düşüncesi günümüzde birçok insanın ilgisini çekmektedir. Birçok insan bu doğrultuda yaşam stillerinde değişiklikler yapmaktadır. Bu değişiklikler belirli diyet şekillerinden, daha hareketli bir yaşam stiline kadar değişiklikler göstermektedir. Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, astım gibi kronik hastalıklar insan sağlığına önemli bir tehdit oluşturmakta, insan ömrünü ve yaşam kalitesini düşürmektedir (Kumsar, & Yılmaz, 2014). Akademik kaynaklar ve kitle iletişim araçlarının etkisiyle sağlıklı yaşam stillerinin kronik hastalıkların önlenmesinde etkili olduğu (Bozhüyük ve ark. 2012) büyük bir kesim tarafından bilinir hale gelmiştir.

İnsanların, sağlıklı yaşama ilgisi başlangıçta iyi ve desteklenmesi gereken bir durumdur. Ancak söz konusu durum sağlıklı yaşam aktiviteleri dahi olsa, zorlantılı bir şekilde bazı kalıplara uymaya çalışmak, sağlıklı yaşam konusunda takıntılı düşüncelere sahip olmak insanlara zarar verir hale gelebilmektedir. Örneğin bilinçsiz yapılan spor, fitik gibi ciddi sağlık sorunlarına sebep olabilmektedir (Aysan, 2022). Aynı şekilde sağlıklı beslenme amacıyla yola çıkılmış olsa da yapılan bazı yanlış kısıtlamalar, osteopeni, bradikardi, testosteron eksikliği, anemi ve pansitopeni gibi ciddi rahatsızlıklara yol açabilmektedir (Bosi ve ark., 2007; Moroze ve ark., 2014; Park ve ark., 2011). Sağlıklı beslenme saikiyle başlanan ancak zararlı sonuçlara sebep olabilme potansiyeli gösteren Ortoreksiya Nervoza araştırılması ve anlaşılması gereken bir durumdur.

Ortoreksiya Nervoza hakkındaki bilgi birikimimiz 26 yıllık süreçte katlanarak artmış durumdadır. Araştırmacıların yüksek derecede ilgisine mazhar

olduğu göz önüne alınırsa, kısa zaman içerisinde bilgilerimizin daha da artacağını tahmin etmek hiç de zor değildir. İyi tasarlanmış ve önceki çalışmaların eksik yönlerini tamamlayan çalışmalar, oluşması beklenen bu bilgi birikiminin temelini teşkil edecektir. Çalışmamız bazı yönleriyle klinik pratikte uygulayıcılar için faydalı olabilecektir. Çalışmamızın teorik kısmında, ON kavramı tamamen açıklanmış, mümkün olduğunca güncel çalışmalardan elde edilen verilerle genel sınırları çizilmiş ve diğer psikiyatrik hastalıklarla olası ilişkilerine değinilmiştir. Çalışmamızın özgül katkısı ise pratik kısmında bulunmaktadır. Diğer yeme bozukluklarından farklı olarak ON'nin depresyon ve anksiyete ile komorbiditesinin düşük olabileceğinin gösterilmesi ve artan bilgi düzeyiyle ON eğilimi arasında, literatürdeki birçok çalışmanın aksine negatif yönlü bir ilişkiye ulaşılması, bu durumlarla karşılaşan meslektaşlarımızın bilgi düzeyine doğrudan ve özgül bir katkı sağlayacaktır. Ayrıca mükemmeliyetçi tutum ve alt boyutlarının her biri ile ON arasında bulunan anlamlı ilişki de özellikle tedavi planlamasında klinisyenlere önemli bilgiler sağlama potansiyeli taşımaktadır. Tıpkı AN ve BN'de de olduğu gibi, mükemmeliyetçiliğin hedef alınması, ON tedavisinin temelini teşkil edebilir. Araştırmamızda, araştırmanın hedefi gereği belirli bir grubu inceledik. Ancak ortaya çıkan sonuçlardan birisi olan bilgi birikimi ve ON eğilimi arasındaki ters yönlü ilişki, sağlık dışı alanlardan oluşan bir kontrol grubuyla yapılacak olan yeni bir araştırmayı gerekli kılmıştır. Farklı örneklemelerle yapılacak yeni çalışmalar, araştırmamızın bu eksikliğini kapatıp, elde edilen verilerin genellemesini kolaylaştırabilir.

6. KAYNAKLAR

- Aikins, D. E., & Craske, M. G. (2001). Cognitive theories of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 57-74.
- Aksoydan, E., & Camci, N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 14, 33-37.
- Alonso J, Petukhova M, Vilagut G, Chatterji S, Heeringa S, et al. 2011. Days out of role due to common physical and mental conditions: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Mol. Psychiatry* 16:1234-46
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.; DSM-III)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.; DSM-IV)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5*. Washington, DC: APA
- Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., & Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour research and therapy*, 36(12), 1143-1154.
- Arusoglu, G., Kabakci, E., Koksall, G. ve Merdol, T. K. (2008). Ortoreksiya Nervosa ve Orto-11'in Türkçeye uyarlama çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 283-291.
- Asil, E., & Sürücüoğlu, M. S. (2015). Orthorexia Nervosa in Turkish Dietitians. *Ecology of food and nutrition*, 54(4), 303-313. <https://doi.org/10.1080/03670244.2014.987920>
- Aysan, H. A. (2022). Bilinçsiz Spor ve Spor Fıtığı (Atletik Pupalji). *Spor, Sağlık ve Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 47-54.
- Balcioğlu, İ., & Ünsalver, B. (2006). Yaygın anksiyete bozukluğu: epidemiyoloji, prognoz ve farmakolojik olmayan tedaviler. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 37(3), 115-120.
- Ballenger, J. C. (2001). Treatment of anxiety disorders to remission. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(12), 5-9.
- Bardone-Cone, A. M., Abramson, L. Y., Vohs, K. D., Heatherton, T. F., & Joiner Jr, T. E. (2006). Predicting bulimic symptoms: An interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 27-42.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 384-405. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005>
- Barnes, M.A., Caltabiano, M.L. The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders* : 22, 177-184 (2017). <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0280-x>
- Barrada, J. R., & Roncero, M. (2018). Bidimensional structure of the orthorexia: Development and initial validation of a new instrument. *Anales de Psicología*, 34(2), 283-291. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.2.299671>

- Bartel, S. J., Sherry, S. B., Farthing, G. R., & Stewart, S. H. (2020). Classification of Orthorexia Nervosa: Further evidence for placement within the eating disorders spectrum. *Eating behaviors*, 38, 101406. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101406>
- Barthels, F., Meyer, F., Huber, T., & Pietrowsky, R. (2017). Orthorexic eating behaviour as a coping strategy in patients with anorexia nervosa. *Eating and weight disorders* :, 22(2), 269–276. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0329-x>
- Barthels, F., Meyer, F., & Pietrowsky, R. (2018). Orthorexic and restrained eating behaviour in vegans, vegetarians, and individuals on a diet. *Eating and weight disorders* : EWD, 23(2), 159–166. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0479-0>
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (June 1961). "An inventory for measuring depression". *Arch. Gen. Psychiatry*. 4 (6): 561–71. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). Beck Anxiety Inventory [Database record]. *APA PsycTests*. <https://doi.org/10.1037/t02025-000>
- Beck A.T., Steer R.A., Garbin M.G.J. (1988). "Psychometric properties of the Beck Depression Inventory, Twenty-five years of evaluation." *Clinical Psychology Review*. 8: 77-100.
- Beck, A. T. (2002). Cognitive models of depression. *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application*, 14(1), 29-61.
- Borgida, A. (2011). *In sickness and in health: Orthorexia nervosa, the study of obsessive healthy eating*. Alliant International University, San Francisco Bay.
- Bosİ, A. T. B., Çamur, D., & Güler, C. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*, 49(3), 661-666
- Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., AKPINAR, E., SAATÇI, E., & Bozdemir, N. (2012). Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(1).
- Bratman S, Knight D (2000) *Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. New York. Broadway Books.
- Brytek-Matera, A., Rogoza, R., Gramaglia, C., & Zeppegno, P. (2015). Predictors of orthorexic behaviours in patients with eating disorders: a preliminary study. *BMC Psychiatry*, 15, 252. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0628-1>
- Brewerton, T. D. (1995). Toward a unified theory of serotonin dysregulation in eating and related disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 20(6), 561-590.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., De Girolamo, G., ... & Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine*, 9(1), 1-16.
- Bruch, H. (1974). *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. Routledge & Kegan Paul.
- Brosschot, J. F., Van Dijk, E., & Thayer, J. F. (2007). Daily worry is related to low heart rate variability during waking and the subsequent nocturnal sleep period. *International journal of psychophysiology*, 63(1), 39-47.
- Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M., & Bulik, C. M. (2016). Binge-eating disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 165(6), 409-420.

- Brytek-Matera, A., Donini, L. M., Krupa, M., Poggiogalle, E., & Hay, P. (2015a). Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *Journal of Eating Disorders*, 3, 1–8. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0038-2>.
- 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.
- Buhlmann, U., Etcoff, N. L., & Wilhelm, S. (2008). Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, 22(3), 540-547.
- 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, D. F., Fear, J. L., & Joyce, P. R. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 101–107.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., & Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of general psychiatry*, 63(3), 305-312.
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology today*, 14(6), 34-52.
- Burgess, A., & DiBartolo, P. M. (2016). Anxiety and perfectionism: Relationships, mechanisms, and conditions. *Perfectionism, health, and well-being*, 177-203.
- Büyükkal, M.B. (1995). *Duygudurum Spektrumunda Yeme Bozukluklarının Yeri (Aile Çalışması)*, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul
- Cimilli, C. (2001). *Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. Duygu durumu bozuklukları- 4. Çizgi Tıp yayınevi, Ankara*
- Charney, D. S. (1998). Monoamine dysfunction and the pathophysiology and treatment of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(14), 11-14.
- Colles, S. L., Dixon, J. B., & O'Brien, P. E. (2008). Loss of control is central to psychological disturbance associated with binge eating disorder. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 16(3), 608–614. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.99>
- Crisp, A.H. (1983). Anorexia nervosa. *BMJ (Clin Res Ed)*, 287;855-8.
- Çelik, F. H., & Hocaoğlu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk tanımı, etiyojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.
- De Zwaan, M., Hilbert, A., Swan-Kremeier, L., Simonich, H., Lancaster, K., Howell, L. M., Monson, T., Crosby, R. D., & Mitchell, J. E. (2010). Comprehensive interview assessment of eating behavior 18-35 months after gastric bypass surgery for morbid obesity. *Surgery for obesity and related diseases : official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 6(1), 79–85. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2009.08.011>
- Dell'Osso, L., Carpita, B., Muti, D., Cremone, I. M., Massimetti, G., Diadema, E., Gesi, C., & Carmassi, C. (2018). Prevalence and characteristics of orthorexia nervosa in a sample of university students in Italy. *Eating and weight disorders : EWD*, 23(1), 55–65. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0460-3>
- Demirer, B., & Yardımcı, H. (2020). Güncel DSM-V Kılavuzuna Göre Yeme Bozukluklarının İncelenmesi. *Sağlık Bilimlerinde Multidisipliner Araştırmalar*, 275.

- Depa, J., Barrada, J. R., & Roncero, M. (2019). Are the motives for food choices different in orthorexia nervosa and healthy orthorexia?. *Nutrients*, 11(3), 697.
- Deter, H. C., & Herzog, W. (1994). Anorexia nervosa in a long-term perspective: results of the Heidelberg-Mannheim Study. *Psychosomatic medicine*, 56(1), 20-27.
- Dingemans, A. E., Bruna, M. J., & Van Furth, E. F. (2002). Binge eating disorder: a review. *International journal of obesity*, 26(3), 299-307.
- Dittfeld, A., Gwizdek, K., Jagielski, P., Brzęk, J., & Ziora, K. (2017). A Study on the relationship between orthorexia and vegetarianism using the BOT (Bratman Test for Orthorexia). Ocena związku pomiędzy ortoreksją a wegetarianizmem z użyciem BOT (Bratman Test for Orthorexia). *Psychiatria polska*, 51(6), 1133–1144. <https://doi.org/10.12740/PP/75739>
- Doğan, O., Gülmez, H., Ketenoğlu, C., Kılıçkap, Z., Özbek, H., Akyüz, G., (1995). *Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi*, Sivas, Dilek Matbaası.
- Domènech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M., Olaya, B., Moneta, M. V., Rico-Uribe, L. A., ... & Haro, J. M. (2017). Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52, 381-390.
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & 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 : EWD*, 9(2), 151–157. <https://doi.org/10.1007/BF03325060>
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and weight disorders : EWD*, 10(2), e28–e32. <https://doi.org/10.1007/BF03327537>
- Drevets, W. C., Frank, E., Price, J. C., Kupfer, D. J., Holt, D., Greer, P. J., ... & Mathis, C. (1999). PET imaging of serotonin 1A receptor binding in depression. *Biological psychiatry*, 46(10), 1375-1387.
- Egan, S. J., Wade, T.D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203-212.
- Egan, S. J., Hattaway, M., & Kane, R. T. (2014). The relationship between perfectionism and rumination in post traumatic stress disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 42(2), 211-223.
- Erol, Ö. (2018). *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervosa Belirtilerinin ve Yeme Tutumlarının Saptanması*. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]
- Erskine, H. E., & Whiteford, H. A. (2018). Epidemiology of binge eating disorder. *Current opinion in psychiatry*, 31(6), 462–470. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000449>
- Fairburn, C.G., Brownell, K.D. (2002). *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Second Edition. New York, London, The Guilford Press, (pp. 162-284).
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.

- Fidan, T., Ertekin, V., Işıkay, S., & Kırpınar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive psychiatry*, 51(1), 49-54.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, 14, 449-468.
- Geist, R., Davis, R., & Heinmaa, M. (1998). Binge/purge symptoms and comorbidity in adolescents with eating disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 43(5), 507-512.
- Giel, K. E., Bulik, C. M., Fernandez-Aranda, F., Hay, P., Keski-Rahkonen, A., Schag, K., ... & Zipfel, S. (2022). Binge eating disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 16.
- Gleaves, D. H., Ambwani, S. & Graham, E. C. (2013). Measuring “Orthorexia”: Development of the Eating Habits Questionnaire. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 12(2).
- Godart, N. T., Flament, M. F., Curt, F., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J. L., ... & Fermanian, J. (2003). Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study. *Psychiatry research*, 117(3), 245-258.
- Goddard, A. W., & Charney, D. S. (1997). Toward an integrated neurobiology of panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(2), 4-12.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., ... & Huang, B. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological medicine*, 35(12), 1747-1759.
- Gull, W.W. (1868). Anorexia Nervosa. *Lancet*, 516-7.
- Gull, W.W. (1874). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica), *Transactions of the Clinical Society of London* 7: 22-8.
- Halbreich, U. (2003). Anxiety Disorders In Women: A Developmental And Lifecycle Perspective. *Depression And Anxiety*, 17,107–110.
- Halland, M., Pandolfino, J., & Barba, E. (2018). Diagnosis and treatment of rumination syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 16(10), 1549-1555.
- Halmi, K. A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., & Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48(8), 712-718.
- Handley, A. K., Egan, S. J., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2014). The relationships between perfectionism, pathological worry and generalised anxiety disorder. *BMC psychiatry*, 14(1), 1-8.
- Hayes, O., Wu, M. S., De Nadai, A. S., & Storch, E. A. (2017). Orthorexia Nervosa: An Examination of the Prevalence, Correlates, and Associated Impairment in a University Sample. *Journal of cognitive psychotherapy*, 31(2), 124–135. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.31.2.124>
- Herranz Valera, J., Acuña Ruiz, P., Romero Valdespino, B., & Visioli, F. (2014). Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: a pilot study. *Eating and weight disorders: EWD*, 19(4), 469–472. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0131-6>

- Herzog, D.B., Keller, M.B., Sacks, N.R., Yeh, C.J., & Lavori, P.W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 810-818.
- Hessler-Kaufmann, J. B., Meule, A., Greetfeld, M., Schlegl, S., & Voderholzer, U. (2021). Orthorexic tendencies in inpatients with mental disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 140, 110317.
- Hoek, H. W., Bartelds, A. I., Bosveld, J. J., van der Graaf, Y., Limpens, V. E., Maiwald, M., & Spaaij, C. J. (1995). Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *The American journal of psychiatry*, 152(9), 1272-1278.
- Hoek, H. W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of eating disorders*, 34(4), 383-396.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 19(4), 389-394.
- Hofmeijer-Sevink, M. K., Batelaan, N. M., van Megen, H. J., Penninx, B. W., Cath, D. C., van den Hout, M. A., & van Balkom, A. J. (2012). Clinical relevance of comorbidity in anxiety disorders: a report from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 137(1-3), 106-112.
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive psychiatry*, 6(2), 94-103.
- Horwath, E., Cohen, R. S., & Weissman, M. M. (2002). Epidemiology of depressive and anxiety disorders. *Textbook in psychiatric epidemiology*, 389-426.
- Hudson, J. I., Pope, H. G., Jonas, J. M., Yurgelun-Todd, D., & Frankenburg, F. R. (1987). A controlled family history study of bulimia. *Psychological medicine*, 17(4), 883-890.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr, & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Hudson, J. I., Lalonde, J. K., Coit, C. E., Tsuang, M. T., McElroy, S. L., Crow, S. J., Bulik, C. M., Hudson, M. S., Yanovski, J. A., Rosenthal, N. R., & Pope, H. G., Jr (2010). Longitudinal study of the diagnosis of components of the metabolic syndrome in individuals with binge-eating disorder. *The American journal of clinical nutrition*, 91(6), 1568-1573. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2010.29203>
- Huprich, S. K., Porcerelli, J., Keaschuk, R., Binienda, J., & Engle, B. (2008). Depressive personality disorder, dysthymia, and their relationship to perfectionism. *Depression and Anxiety*, 25(3), 207-217.
- Iketani, T., Kiriike, N., Stein, M. B., Nagao, K., Nagata, T., Minamikawa, N., ... & Fukuhara, H. (2002). Relationship between perfectionism, personality disorders and agoraphobia in patients with panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3), 171-178.
- Kaçar, M., & Hocoğlu, Ç. (2019). Pika, geri çıkarma bozukluğu nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 347-354.
- Kalın, N. H. (2020). The critical relationship between anxiety and depression. *American Journal of Psychiatry*, 177(5), 365-367.
- Karadere, M. E., & Hocoğlu, Ç. (2018). Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu nedir? tanı ve tedavi yaklaşımları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4), 110-118.

- Kassett ,J.A., Gershon, E.S., Maxwell, M.E., Guroff, J.J., Kazuba, D.M., Smith, A.L., Brandt, H.A., Jimerson, D.C. (1989). Psychiatric disorders in the relatives of probands with bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 146:1468-1471.
- Katz, I. R., Reynolds, C. F., Alexopoulos, G. S., & Hackett, D. (2002). Venlafaxine ER as a treatment for generalized anxiety disorder in older adults: pooled analysis of five randomized placebo-controlled clinical trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(1), 18-25.
- Kaya B, Kaya M. (2007). 1960’lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi: Tarihsel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*;10(6):3-10
- Keel, P. K. (2017). *Eating disorders*. Oxford University Press.
- Kenardy, J., Mensch, M., Bowen, K., Green, B., Walton, J., & Dalton, M. (2001). Disordered eating behaviours in women with Type 2 diabetes mellitus. *Eating behaviors*, 2(2), 183–192. [https://doi.org/10.1016/s1471-0153\(01\)00028-9](https://doi.org/10.1016/s1471-0153(01)00028-9)
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & 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. C., Sampson, N. A., Berglund, P., Gruber, M. J., Al-Hamzawi, A., Andrade, L., ... & Wilcox, M. A. (2015). Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 24(3), 210-226.
- Kinzl, J. F., Hauer, K., Traweger, C., & Kiefer, I. (2006). Orthorexia nervosa in dieticians. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(6), 395.
- Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 385-394.
- Kumsar, A. K., & Yılmaz, F. T. (2014). Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 62-70.
- Kupfer, D. J., & Frank, E. (2003). Comorbidity in depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 57-60.
- Kuruoğlu, A. Ç. (2000). Yeme bozukluklarında genetik etkenler. *Klinik Psikoloji Bülteni*, 10, 32-37.
- Lasègue, C. (1873). De l'anorexie hystérique. *Archives Générales de Médecine*, 1: 384-403.
- Lehtinen, V., & Joukamaa, M. (1994). Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(377), 7-10.
- Lespérance, F., Frasure-Smith, N., & Talajic, M. (1996). Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. *Psychosomatic medicine*, 58(2), 99-110.
- Limburg, K., Watson, H.J., Hagger, M.S. and Egan, S.J. (2017), The Relationship Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*., 73: 1301-1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>

- Lilenfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Merikangas, K. R., Plotnicov, K., Pollice, C., ... & Nagy, L. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of general psychiatry*, 55(7), 603-610.
- Lucas, A. R., Crowson, C. S., O'Fallon, W. M., & Melton III, L. J. (1999). The ups and downs of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26(4), 397-405.
- Luck-Sikorski, C., Jung, F., Schlosser, K., & Riedel-Heller, S. G. (2019). Is orthorexic behavior common in the general public? A large representative study in Germany. *Eating and weight disorders: EWD*, 24(2), 267-273. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0502-5>
- Maner, F. (2001). Yeme bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 5: 130-9.
- Mann, J. J., Malone, K. M., Sweeney, J. A., Brown, R. P., Linnoila, M., Stanley, B., & Stanley, M. (1996). Attempted suicide characteristics and cerebrospinal fluid amine metabolites in depressed inpatients. *Neuropsychopharmacology*, 15(6), 576-586.
- Mathieu, J. (2005). What is orthorexia?. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(10), 1510-1512.
- McComb, S. E., & Mills, J. S. (2019). Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite*, 140, 50-75.
- Messer, M., Liu, C., & Linardon, J. (2023). Orthorexia nervosa symptoms prospectively predict symptoms of eating disorders and depression. *Eating behaviors*, 49, 101734. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101734>
- Mineka, S., Vrshek-Schallhorn, S.(2015). *Comorbidity of unipolar depressive and anxiety disorders. Handbook of Depression*. (3rd ed.) (pp.84-102) New York, USA: Guilford Press
- Missbach, B., Hinterbuchinger, B., Dreiseitl, V., Zellhofer, S., Kurz, C., & 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.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J. (2004). Beliefs of women concerning causes and risk factors for bulimia nervosa. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(6), 463-469.
- Moroze, R. M., Dunn, T. M., Holland, J. C., Yager, J., & 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.
- Moskowitz, L., & Weiselberg, E. (2017). Anorexia nervosa/atypical anorexia nervosa. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 47(4), 70-84.
- Munir, S., Qadi, I. (2010). Pathophysiology and Management of Pica. *Pharmacologyonline*, 3:677-681.
- National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine. [Generalized anxiety disorder](#). Updated June 2, 2020(NCBI, 2020)
- Nemeroff, C. B., Entsuah, R., Benattia, I., Demitrack, M., Sloan, D. M., & Thase, M. E. (2008). Comprehensive analysis of remission (COMPARE) with venlafaxine versus SSRIs. *Biological psychiatry*, 63(4), 424-434.

- Nitschke, J. B., Sarinopoulos, I., Oathes, D. J., Johnstone, T., Whalen, P. J., Davidson, R. J., & Kalin, N. H. (2009). Anticipatory activation in the amygdala and anterior cingulate in generalized anxiety disorder and prediction of treatment response. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 302-310.
- Noyes Jr, R. (2001). Comorbidity in generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 41-55.
- Oberle, C. D., Samaghabadi, R. O., & 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>
- Oberle, C. D., Watkins, R. S., & Burkot, A. J. (2018). Orthorexic eating behaviors related to exercise addiction and internal motivations in a sample of university students. *Eating and weight disorders: EWD*, 23(1), 67–74. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0470-1>
- O'Brien, K. M., & Vincent, N. K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical psychology review*, 23(1), 57-74.
- Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., ... & Schatzberg, A. F. (2016). Major depressive disorder. *Nature reviews Disease primers*, 2(1), 1-20.
- Owen, F. K. (2021). Büyük beşli modeli ve psikolojik danışman adaylarının mesleğe ilişkin kişisel eğilimleri. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, (9), 80-99
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American psychologist*, 39(4), 386.
- Park, S. W., Kim, J. Y., Go, G. J., Jeon, E. S., Pyo, H. J., & Kwon, Y. J. (2011). Orthorexia nervosa with hyponatremia, subcutaneous emphysema, pneumomediastinum, pneumothorax, and pancytopenia. *Electrolytes & Blood Pressure: E & BP*, 9(1), 32-37..
- Pennesi, J. L., & Wade, T. D. (2016). A systematic review of the existing models of disordered eating: Do they inform the development of effective interventions?. *Clinical psychology review*, 43, 175-192
- Pieper, S., Brosschot, J. F., van der Leeden, R., & Thayer, J. F. (2010). Prolonged cardiac effects of momentary assessed stressful events and worry episodes. *Psychosomatic Medicine*, 72(6), 570-577.
- Pinto, A., Dargani, N., Wheaton, M. G., Cervoni, C., Rees, C. S., & Egan, S. J. (2017). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder and related disorders: What should treating clinicians know?. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 12, 102-108.
- Polivy, J., Herman, C. P., & Mills, J. S. (2020). What is restrained eating and how do we identify it?. *Appetite*, 155, 104820. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104820>
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., Manderscheid, R. W., Locke, B. Z., & Goodwin, F. K. (1993). The de facto US mental and addictive disorders service system: Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of general psychiatry*, 50(2), 85-94.
- Ressler, K. J., & Nemeroff, C. B. (2001). Role of norepinephrine in the pathophysiology of neuropsychiatric disorders. *CNS spectrums*, 6(8), 663-670.
- Reynolds, E. H., & Wilson, J. V. K. (2013). Depression and anxiety in Babylon. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(12), 478-481.

- Reynolds R. (2018). Is the prevalence of orthorexia nervosa in an Australian university population 6.5%?. *Eating and weight disorders: EWD*, 23(4), 453–458. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0535-9>
- Rotella, F., Cresci, B., Monami, M., Aletti, V., Andreoli, V., Ambrosio, M. L., ... & Mannucci, E. (2012). Are psychopathological features relevant predictors of glucose control in patients with type 2 diabetes? A prospective study. *Acta diabetologica*, 49, 179-184.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(3), 429-448.
- Sadock, B., Sadock, V. (2007). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (H. Aydın, A. Bozkurt, Çev.) Ankara, Günes Kitabevi s. 2002-2004.
- Sassaroli, S., Lauro, L. J. R., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P., & Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour research and therapy*, 46(6), 757-765.
- Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatric clinics*, 35(1), 51-71.
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British journal of clinical psychology*, 45(3), 343-366.
- Schwalberg, M. D., Barlow, D. H., Alger, S. A., & Howard, L. J. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III—R anxiety disorders. *Journal of abnormal psychology*, 101(4), 675.
- Segura-García, C., Papaïanni, M. C., Caglioti, F., Procopio, L., Nisticò, C. G., Bombardiere, L., Ammendolia, A., Rizza, P., De Fazio, P., & Capranica, L. (2012). Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered behavior in athletes. *Eating and weight disorders: EWD*, 17(4), e226–e233. <https://doi.org/10.3275/8272>
- Segura-Garcia, C., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloï, M., Caroleo, M., Bruni, A., Gazzarini, D., Sinopoli, F., & De Fazio, P. (2015). The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eating and weight disorders: EWD*, 20(2), 161–166. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0171-y>
- Silverman, J. A. (1997). Sir William Gull (1819–1890) Limner of anorexia nervosa and myxoedema. An historical essay and encomium. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2, 111-116.
- Siyez, D.M. (2006). Yeme bozukluğu olan çocuklar ve ergenler etiyolojisi ile ilgili çalışmalar, müdahale, değerlendirme ve tedavi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20: 21-7.
- Stein, M. B., Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., Bystritsky, A., Sullivan, G., Pyne, J. M., ... & Sherbourne, C. D. (2005). Functional impact and health utility of anxiety disorders in primary care outpatients. *Medical care*, 1164-1170.
- Stein, M. B., & Sareen, J. (2015). Generalized anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, 373(21), 2059-2068.
- Stein, D. J., Costa, D. L., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. J., Shavitt, R. G., ... & Simpson, H. B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 52.

- Strahler, J., Hermann, A., Walter, B., & Stark, R. (2018). Orthorexia nervosa: A behavioral complex or a psychological condition?. *Journal of behavioral addictions*, 7(4), 1143–1156. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.129>
- Swinbourne, J. M., & Touyz, S. W. (2007). The comorbidity of eating disorders and anxiety disorders: A review. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 15(4), 253-274.
- Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of affective disorders*, 61(3), 201-216
- Tremelling, K., Sandon, L., Vega, G. L., & 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. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.05.001>
- Udo, T., & Grilo, C. M. (2018). Prevalence and Correlates of DSM-5-Defined Eating Disorders in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults. *Biological psychiatry*, 84(5), 345–354. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.014>
- Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry research*, 230(2), 294–299. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.008>
- Vandereycken, W. (2011). Media hype, diagnostic fad, or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eating disorders*, 19(2), 145-155.
- Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., ... & Brugha, T. S. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386(9995), 743-800.
- World Health Organization. Suicide. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- World Health Organization. Nutrition. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/nutrition#tab=tab_3
- Yılmaz, M. N., & Dundar, C. (2022). The relationship between orthorexia nervosa, anxiety, and self-esteem: a cross-sectional study in Turkish faculty members. *BMC psychology*, 10(1), 82. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00796-7>
- Zagaria, A., Vacca, M., Cerolini, S., Ballesio, A., & Lombardo, C. (2022). Associations between orthorexia, disordered eating, and obsessive-compulsive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, 55(3), 295–312. <https://doi.org/10.1002/eat.23654>

7. SİMGELER VE KISALTMALAR

AN	: Anoreksiya Nervoza
BN	: Bulimiya Nervoza
DSM	: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders (Mental Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
FÇBMÖ	: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
ON	: Ortoreksiya Nervoza
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YB	: Yeme Bozukluğu

8. EKLER

EK 1

GENEL BİLGİ FORMU

CİNSİYET: KADIN(1) () ERKEK(2) ()

YAŞ:

EĞİTİM DURUMUNUZ:

- 1-Tıp Fakültesi 1. Sınıf ()
- 2- Tıp Fakültesi 2. Sınıf ()
- 3- Tıp Fakültesi 3. Sınıf ()
- 4- Tıp Fakültesi 4. Sınıf ()
- 5- Tıp Fakültesi 5. Sınıf ()
- 6- Tıp Fakültesi 6. Sınıf. ()

- 7- Asistan Hekim ()
- 8- Uzman Hekim ()

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğini kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla seke ilim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıpımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

FROST ÇOK BOYUTLU MÜKEMMELİYETÇİLİK ÖLÇEĞİ

1. Anne-babam benim için çok yüksek ölçütler belirler.	(1) (2) (3) (4) (5)
2. Düzen benim için çok önemlidir.	(1) (2) (3) (4) (5)
3. Çocukken mükemmel yapmadığım şeyler için cezalandırılmışımdır.	(1) (2) (3) (4) (5)
4. Kendim için en yüksek ölçütleri belirlemezsem ikinci sınıf bir insan haline gelebilirim.	(1) (2) (3) (4) (5)
5. Anne-babam benim hatalarımı hiçbir zaman anlamaya çalışmamıştır.	(1) (2) (3) (4) (5)
6. Yaptığım her şeyde tam anlamıyla yeterli olmak benim için önemlidir.	(1) (2) (3) (4) (5)
7. Ben tertipli bir insanım.	(1) (2) (3) (4) (5)
8. Düzenli bir insan olmaya çalışırım.	(1) (2) (3) (4) (5)
9. Okulda/işte başarısız olmam halinde insan olarak tümüyle başarısızımdır.	(1) (2) (3) (4) (5)
10. Bir hata yaptığımda hayal kırıklığına uğrarım.	(1) (2) (3) (4) (5)
11. Anne-babam benden her şeyin en iyisini yapmamı ister.	(1) (2) (3) (4) (5)
12. Pek çok insandan daha yüksek hedefler belirlerim.	(1) (2) (3) (4) (5)
13. İşte/okulda birileri bir işi benden daha iyi yapacak olursa o zaman kendimi bütün işte başarısız olmuş gibi hissederim.	(1) (2) (3) (4) (5)
14. Kısmen başarısız olursam, bu durum tümüyle başarısız olmak kadar kötüdür.	(1) (2) (3) (4) (5)
15. Ailemde yalnızca olağanüstü performans yeterince iyi olarak kabul görür.	(1) (2) (3) (4) (5)
16. Çabalarımı bir hedefe ulaşmak için yoğunlaştırmakta çok iyiyimdir.	(1) (2) (3) (4) (5)
17. Bir şeyleri çok dikkatli yaptığım zamanlarda bile çoğu kez tam olarak doğru olmamış gibi hissederim.	(1) (2) (3) (4) (5)
18. Bir şeylerde en iyi olamamaktan nefret ederim.	(1) (2) (3) (4) (5)
19. Aşırı derecede yüksek hedeflerim vardır.	(1) (2) (3) (4) (5)
20. Anne-babam benden mükemmeli beklerler.	(1) (2) (3) (4) (5)
21. Eğer bir hata yapacak olursam insanlar muhtemelen benim hakkımda daha olumsuz düşünürler.	(1) (2) (3) (4) (5)
22. Anne-babamın beklentilerini hiçbir zaman karşılayabilmişim gibi hissetmem.	(1) (2) (3) (4) (5)
23. Bir şeyleri diğer insanlar kadar iyi yapamazsam bu benim daha değersiz bir insan olduğum anlamına gelir.	(1) (2) (3) (4) (5)
24. Diğer insanlar kendileri için bana göre çok daha düşük standartlar belirliyormuş gibi gelir.	(1) (2) (3) (4) (5)
25. Ben her zaman en iyisini yapmazsam insanlar bana saygı duymaz.	(1) (2) (3) (4) (5)
26. Anne-babamın benim geleceğime ilişkin beklentileri her zaman için benimkilerden çok daha yüksek olmuştur.	(1) (2) (3) (4) (5)
27. Düzenli (tertipli) bir insan olmaya çalışırım.	(1) (2) (3) (4) (5)
28. Yaptığım basit günlük şeyler için genellikle şüphelerim vardır.	(1) (2) (3) (4) (5)
29. Tertipli olmak benim için çok önemlidir.	(1) (2) (3) (4) (5)

30.Günlük işlerimde pek çok insana göre çok daha yüksek performans beklerim.	(1) (2) (3) (4) (5)
31.Düzenli bir insanım.	(1) (2) (3) (4) (5)
32.Bir şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işlerimde geri kalmaya eğilimliyim.	(1) (2) (3) (4) (5)
33. Bir şeyleri 'doğru' yapmak benim için uzun zaman alır.	(1) (2) (3) (4) (5)
34.Ne kadar az hata yaparsam insanlar beni o kadar fazla sever.	(1) (2) (3) (4) (5)
35.Ailemin ölçütlerini hiçbir zaman karşılayabilecekmişim gibi hissetmem.	(1) (2) (3) (4) (5)

ORTO11 ÖLÇEĞİ

	ASLA	BAZEN	SIKLIKLA	HER ZAMAN
1-Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?	1	2	3	4
2-Sağlığınıza ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?	1	2	3	4
3-Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?	1	2	3	4
4-Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?	1	2	3	4
5-Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde 3 saatten fazla meşgul eder mi?	1	2	3	4
6-Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?	1	2	3	4
7-Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanları tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?	1	2	3	4
8-Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (dışarıda yeme sıklığı & arkadaşlar açısından)	1	2	3	4
9-Sağlıklı beslenmenin dış görünüşünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4
10-Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hissedersiniz mi?	1	2	3	4
11-Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4

9. TEŞEKKÜR

Sürecin her aşamasında desteklerini ve değerli görüşlerini esirgemeyen danışmanım, hocam sayın Prof. Dr.Cengiz AKKAYA'ya,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle mesleki gelişimime, disiplin ve çalışkanlıklarıyla kişisel gelişimime katkılar sağlayan değerli hocalarım Doç.Dr.Enver Yusuf Sivrioğlu'na, Prof.Dr.Selçuk Kırılı'ya, Prof.Dr.Aslı Sarandöl'e, Prof.Dr.Salih Saygın Eker'e,

Tez yazım ve veri toplama sürecimde ne zaman yardım istesem yanımda olan kıymetli dostlarıma,

Sürecin başından sonuna kadar gerek akademik gerekse motivasyonel desteğini her an hissettiğim çok değerli çalışma arkadaşım, kıymetli mentörüm Uzm. Dr.Büşra UÇAR BOSTAN'a,

Bütün hayatım boyunca, benim pes ettiğim anlarda dahi bana güvenleri hiç sarsılmayan, bugünlere gelmemde çok büyük emekleri olan sevgili annem Zuhal YILDIRIM, babam Tevfik YILDIRIM'a

Çalışmama gönüllü olarak katılım sağlayıp kıymetli zamanlarını ayıran tüm hekim ve hekim adaylarına,

İçten ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

10. ÖZGEÇMİŞ

İlk ve orta öğrenimini aynı şehirde tamamladıktan sonra lisans eğitimine, Bursa Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat fakültesi Psikoloji Bölümünde 2015 yılında başlamıştır. 2020 yılında mezun olmuş ve aynı yıl Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri A.B.D. Klinik Psikoloji (Erişkin) tezli yüksek lisans programında, yüksek lisans eğitimine başlamıştır. 2022 yılının başından itibaren de T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir hastanede psikolog olarak görev yapmaktadır.