



TÜRKİYE CUMHURİYETİ ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR
ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALARIN ORTOREKSİYA
NERVOZA ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ETKİSİ VE SAĞLIK
ANKSİYETESİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

ELİF TUNA GÜRBÜZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Fatma Kahraman

İSTANBUL-2022

BEYAN

“Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Ortoreksiya Nervoza Üzerindeki Yordayıcı Etkisi ve Sağlık Anksiyetesi İle İlişkisinin İncelenmesi” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

22/06/2022

ELİF TUNA GÜRBÜZ

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının yapılma sürecinde, özenle her aşamayı takip eden, ihtiyacım olan her zaman ulaşılabilir ve iletişime açık olan, deneyimleriyle yolumu aydınlatan çok değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Fatma KAHRAMAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez jürimde yer almayı kabul eden kıymetli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur AKTAŞ'a ve Dr. Öğr. Üyesi Nesteren GAZIOĞLU'na teşekkür ederim.

Bu süreçte çalışma azmiyle beni motive eden ve desteğini asla esirgemeyen çok kıymetli arkadaşım Dilan TOSUN'a; tez yazma sürecim de dahil olmak üzere her anımda varlığını ve koşulsuz desteğini hissettiğim sevgili dostum Hazal AVCI'ya sonsuz teşekkürler.

Tüm eğitim sürecim ve hayatım boyunca beni destekleyen, hayattaki duruşlarını örnek aldığım ve evlatları olmaktan gurur duyduğum en kıymetli varlığım aileme; annem Lütfiye BORAN'a ve babam Salim GÜRBÜZ'e benim için yaptıkları her şey için teşekkür ederim. Bu süreçte bana en büyük desteği veren hayat ortağım Mehmet IRCİ'ya varlığı, sevgisi ve hayatıma kattığı tüm güzellikler için teşekkür ederim.

Bu tez çalışmasını anneme ithaf ediyorum.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI.....	ii
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	3
GİRİŞ.....	5

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. Ortoreksiya Nervoza.....	10
1.1.1. Ortoreksiya nervoza kavramının tanımı ve açıklanması.....	10
1.1.2. Ortoreksiya nervozanın belirtileri.....	11
1.1.3. Ortoreksiya nervozanın risk faktörleri.....	13
1.2. Sağlık Anksiyetesi.....	17
1.2.1. Sağlık anksiyetesi kavramının tanımı ve açıklanması.....	17
1.2.2. Sağlık anksiyetesinin belirtileri.....	19
1.2.3. Sağlık anksiyetesinin risk ve sürdürücü faktörleri.....	21

1.3. Şema Terapi ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar.....	23
1.3.1. Şema terapi modeli.....	23
1.3.2. Şema kavramı ve erken dönem uyumsuz şemaların tanımlanması.....	24
1.3.3. Erken dönem uyumsuz şemaların kökenleri.....	26
1.3.4. Şema alanlarına göre erken dönem uyumsuz şemaların sınıflandırılması...	29
1.3.5. Erken dönem uyumsuz şemaların sonuçları.....	33
1.3.6. Erken dönem uyumsuz şemalar ve yeme bozuklukları.....	34
1.3.7. Erken dönem uyumsuz şemalar ve anksiyete.....	35
1.4. Türkiye Alanyazında Ana Değişkenlerle Yapılmış Araştırmalar.....	36
1.5. Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri.....	37

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Örneklem.....	40
2.2. Veri Toplama Araçları.....	40
2.2.1. Bilgilendirilmiş onam formu.....	40
2.2.2. Demografik bilgi formu.....	41
2.2.3. ORTO-15 Ölçeği.....	41
2.2.4. Sağlık anksiyetesi ölçeği kısa versiyon.....	42
2.2.5. Young şema ölçeği kısa form-3 (YŞÖ-KF-3).....	43

2.3. İşlem.....	45
2.4. Verilerin Analizi.....	46

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Örnekleme Ait Demografik Bilgiler.....	47
3.2. Ortoreksiya Nervoza Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	49
3.3. Sağlık Anksiyetesi Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	53
3.4. Çalışmadaki Ana Değişkenlere İlişkin Korelasyon Analizi Bulguları.....	58
3.5. Çalışmadaki Ana Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları.....	62

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Ortoreksiya Nervoza Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	69
4.2. Sağlık Anksiyetesi Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	75
4.3. Çalışmadaki Ana Değişkenlere İlişkin Korelasyon ve Regresyon Analizlerinin Bulgularının Tartışılması.....	81
4.4. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler.....	85

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ

KAYNAKÇA.....	89
EKLER.....	109
Ek A. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	109
Ek B. Demografik Bilgi Formu.....	110
Ek C. ORTO-15 Ölçeği.....	112
Ek D. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Versiyon.....	113
Ek E. Young Şema Ölçeği Kısa Form-3.....	117
Ek F. Etik Kurul Kararı.....	122

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Sınıflandırılması.....	29
Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	48
Tablo 3. Demografik Bilgi Formundan Elde Edilen Bazı Verilere Göre ORTO-15 Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklem İçin t-Testi Sonuçları.....	50
Tablo 4. Beden Görünümünden Memnuniyete Göre ORTO-15 Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Testinin Sonuçları.....	52
Tablo 5. Medya Araçları Kullanım Sıklığına Göre ORTO-15 Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Testinin Sonuçları.....	53
Tablo 6. Demografik Bilgi Formundan Elde Edilen Bazı Verilere Göre SAÖ-KV Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklem İçin t-Testi Sonuçları.....	54
Tablo 7. Demografik Bilgi Formundan Elde Edilen Bazı Verilere Göre SAÖ-KV Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	56
Tablo 8. Beden Görünümünden Memnuniyete Göre SAÖ-KV Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Kruskal-Wallis Testinin Sonuçları.....	57
Tablo 9. Medya Araçları Kullanım Sıklığına Göre SAÖ-KV Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Kruskal-Wallis Testinin Sonuçları.....	58

Tablo 10. Zedelenmiş Özerklik-Öteki Yönelimlilik Şema Alanı ve Bu Alandaki Şemaların Diğer Ana Değişkenlerle İlişkisine İlişkin Basit Doğrusal Korelasyon Analizi Sonuçları.....	59
Tablo 11. Zedelenmiş Sınırlar-Abartılı Standartlar Şema Alanı ve Bu Alandaki Şemaların Diğer Ana Değişkenlerle İlişkisine İlişkin Basit Doğrusal Korelasyon Analizi Sonuçları.....	60
Tablo 12. Ayrılma-Reddedilme Şema Alanı ve Bu Alandaki Şemaların Diğer Ana Değişkenlerle İlişkisine İlişkin Basit Doğrusal Korelasyon Analizi Sonuçları.....	61
Tablo 13. Şema Alanları Puanlarının Sağlık Anksiyetesi Puanını Yordamasına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu.....	63
Tablo 14. Erken Dönem Uyumsuz Şema Puanlarının Sağlık Anksiyetesi Puanını Yordamasına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu.....	64
Tablo 15. Sağlık Anksiyetesi ve Yüksek Standartlar Puanlarının Ortoreksiya Nervoza Puanını Yordamasına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu.....	67

KISALTMALAR LİSTESİ

AN: Anoreksiya Nervoza

APA: American Psychiatry Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)

AR: Ayrılma-Reddedilme

BN: Bulimiya Nervoza

ON: Ortoreksiya Nervoza

SAÖ-KV: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Versiyon

YŞÖ-KF3: Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3

ZS-AS: Zedelenmiş Sınırlar-Abartılı Standartlar

ZÖ-ÖY: Zedelenmiş Özerklik-Öteki Yönelimlilik

ÖZET

Günümüz koşullarında insanların sağlıklarına verdikleri önem giderek artmakta ve bu durum da sağlıklı beslenme takıntısı anlamına gelen ortoreksiya nervozanın ve sağlıklı ilgili aşırı kaygıyı ifade eden sağlık anksiyetesinin yaygınlaşmasına sebep olabilmektedir. Bu kavramların daha iyi anlaşılmasına, önleme ve tedavi çalışmalarına katkı sağlamak için bu araştırmada, erken dönem uyumsuz şemalar, ortoreksiya nervoza ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma, 211 kadın ve 72 erkek olmak üzere toplamda 283 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara Demografik Bilgi Formu, ORTO-15, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Versiyon ve Young Şema Ölçeği Kısa Form-3 ölçekleri çevrimiçi ortamda uygulanmıştır. Araştırma sonucunda, yüksek standartlar şeması ve sağlık anksiyetesinin ortoreksiya nervoza ile ilişkili olduğu ve sağlık anksiyetesinin ortoreksiya nervozayı yordadığı bulunmuştur. Sağlık anksiyetesinin ise “duygusal yoksunluk, terk edilme, kötüye kullanılma, sosyal izolasyon, kusurluluk, başarısızlık, bağımlılık, dayanıksızlık, iç içe geçme, boyun eğcilik, kendini feda, duyguları bastırma, yüksek standartlar, yetersiz özdenetim, onay arayıcılık, karamsarlık” şemaları ile ilişkili olduğu; “dayanıksızlık, kendini feda ve onay arayıcılık” şemaları tarafından yordandığı bulgusuna ulaşılmıştır. Ayrıca araştırma sonucunda, ortoreksiya nervoza eğiliminin, kişinin bir yeme bozukluğuna sahip olma düşüncesine, diyet yapmasına, egzersiz yapmasına, beden memnuniyetine ve medya araçları kullanım sıklığına göre; sağlık anksiyetesi düzeyinin ise kişinin cinsiyetine, psikiyatrik tanıya sahip olmasına, tıbbi tanıya sahip olmasına, bir yeme bozukluğuna sahip olma düşüncesine, egzersiz yapmasına, beden memnuniyetine ve yakın çevrede kronik hastalığa tanıklık etmesine göre farklılaştığı görülmüştür. Bulgular literatür

erevesinde tartışılımlış, sınırlılıkları ve gelecek araştırmalar için öneriler belirtilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Erken Dönem Uyumsuz şemalar, Ortoreksiya Nervoza, Sağlık Anksiyetesi, Yeme Bozuklukları



ABSTRACT

The Predictive Effect of Early Maladaptive Schemas on Orthorexia Nervosa and The Examination of Their Relationship With Health Anxiety

Nowadays, the importance that people give to their health is increasing, and this may lead to the spread of orthorexia nervosa, which means the obsession with healthy eating, and health anxiety, which means inappropriate and excessive anxiety about health. In order to contribute to the understanding, prevention and treatment of these concepts, this study aimed to examine the relationships between early maladaptive schemas, orthorexia nervosa and health anxiety. There are 211 female and 72 male participants in the study. Demographic Form, ORTO-15, Health Anxiety Scale Short Version and Young Schema Scale Short Form-3 scales were administered to the participants online. According to research findings, it was found that unrelenting standards schema and health anxiety were associated with orthorexia nervosa and orthorexia nervosa tendency was predicted by health anxiety. It was found that health anxiety is associated with schemas of emotional deprivation, abandonment, abuse, social isolation, defectiveness, failure, dependence, vulnerability, enmeshment, subjugation, self-sacrifice, emotions inhibition, unrelenting standards, insufficient self-control, approval-seeking, and pessimism. It was found that health anxiety is predicted by vulnerability, self-sacrifice, and approval-seeking schemas. As a result of the research, it is seen that the tendency of orthorexia nervosa differs according to the thought of having an eating disorder, dieting, exercising, body satisfaction and frequency of media use. It is seen that the level of health anxiety differs according to the gender of the person, having a psychiatric diagnosis, having a medical diagnosis, having an eating disorder, exercising, body satisfaction and witnessing a chronic

disease in the close circle. The findings were discussed within the framework of the literature. The limitations of the study and suggestions for future research were specified.

Keywords: Early Maladaptive Schemas, Eating Disorders, Health Anxiety, Orthorexia Nervosa



GİRİŞ

Toplumdaki bireylerin psikolojik durumları ve psikiyatrik rahatsızlıkları gündelik yaşamlarını işlevsiz davranışlara yol açmak suretiyle olumsuz yönde etkileyen ve dolayısıyla üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. Psikiyatrik bozukluklar çeşitli sınıflandırmalarla ele alınmakta ve farklı yaygınlık oranlarında toplumda görülmektedir (American Psychiatry Association [APA], 2013). Bu sınıflandırmalardan bir tanesi olan yeme bozuklukları, “gıdanın tüketilmesinde veya emilmesinde değişikliğe neden olan ve fiziksel sağlığı veya psikososyal işlevi önemli ölçüde bozan yeme veya yeme ile ilgili davranışlarda kalıcı bir rahatsızlık ile karakterize bir bozukluk” olarak ele alınmaktadır (APA, 2013). Henüz Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı DSM-5’teki yeme bozuklukları sınıflandırmasına dahil edilmemiş olmasına rağmen Bratman (1997) tarafından “sağlıklı beslenme takıntısı” olarak tanımlanmasıyla birlikte bu alandaki çalışmalara konu edinilen ortoreksiya nervoza (ON), olası bir yeme bozukluğu olarak görülmektedir. ON’nin bir bozukluk sınıfında ele alınabilmesi adına tanı kriterleri geliştirme çalışmaları yapılmıştır fakat bu tanı kriterleri resmi olarak henüz kabul görmüş değildir (Barthels, Meyer ve Pietrowsky, 2015; Dunn ve Bratman, 2016; Moroze, Dunn, Craig Holland, Yager ve Weintraub, 2015). ON’ye DSM-5’te bir tanı sınıflandırması olarak yer verilmesi tartışmalı bir konu olarak görülmektedir (Varga ve ark., 2014). ON’nin internette sıkça yer aldığı fakat profesyonel literatürde nispeten daha az görüldüğü vurgulanarak bu durumun uzmanların bu bozukluğa gösterdiği ilgiyi yansıtmadığı sorusunun cevabı yeme bozukluklarının araştırılması, önlenmesi ve tedavisinde aktif olarak yer alan 111 uzman ile Vandereycken (2011) tarafından yapılan çalışmada aranmıştır. Araştırma sonucuna göre ON, uzmanlar

tarafından kendi çalışmalarında da gözlemlenen, araştırma ve klinik uygulamada daha fazla dikkat çekmesi gereken gerçek bir sendrom olarak görülmektedir fakat uzmanların daha az sayıda olan bir kısmı ise ON'yi popüler medyanın bir ürünü olarak tanımlamaktadır. Mac Evilly (2001) ON'nin yeme bozukluğu olarak sınıflandırılması yerine, yeme bozukluklarının erken evresi olarak ele alınabileceğini ileri sürmektedir. Barthels, Meyer ve Pietrowsky (2015) ON'nin bir yeme bozukluğu olarak ele alınması gerektiğini ve anoreksiya nervozanın (AN) bir alt türü olabileceğini; Moroze ve arkadaşları (2015) ise kaçınan/kısıtlayıcı gıda alım bozukluğunun bir alt türü olabileceğini vurgulamaktadır. Literatürdeki farklı görüşlere bakıldığında, ON ile ilgili yapılan ve yapılacak olan çalışmaların bu kavramın daha iyi anlaşılması ve resmi tanı kriterleri oluşturulup bir bozukluk sınıflandırmasına dahil edilip edilmeyeceği açısından önemli olduğu görülmektedir.

Bratman'a (1997) göre ON, kronik hastalığın üstesinden gelmek veya genel sağlığı iyileştirmek isteğiyle başlamaktadır. ON ilerledikçe kişilerin çoğunlukla vakitlerini yemek odaklı geçirmelerinden ve çok katı bir diyet uygulayarak yetersiz ya da dengesiz beslenmelerinden kaynaklı olarak fizyolojik/psikolojik durumlarının, sosyal hayatlarının ve ilişkilerinin bozulmasına neden olabilmektedir (Bratman, 1997; İkinci, 2010). Sağlığı iyileştirme çabasıyla ortaya çıkmış olsa da ciddi sağlık problemlerine sebep olma ihtimali barındırdığı ve günlük yaşantıda işlevselliği bozduğu açıkça görülebilir. Yaygınlık açısından incelendiğinde ise, Pehlivan, Mete, Fırıncı ve Doğan (2019) tarafından üniversite öğrencileri arasında yapılmış bir araştırmada ON sıklığı %12 olarak bulunmuştur. Yeşil, Turhan, Tatan, Sarahman ve Saka (2018) tarafından yapılmış bir araştırmada, kadın katılımcıların %71'inin ve erkek katılımcıların %29'unun ON eğilimleri yüksek bulunmuştur. Bu bilgilere göre

ON işlevselliği ve sağlığı bozmasının yanı sıra azımsanmayacak bir sıklığa da sahiptir. Sağlıklı beslenme ve sağlıklı yaşam aktivitelerinin günümüz koşullarında kişilerin sağlık alanındaki okur-yazarlığının artması, sosyal medyada buna yönelik paylaşımlarla karşılaşılması gibi faktörlerle yaygın ve ön plana çıkan bir durum haline geldiği gözlemlenmiştir. Doğan ve Düzel (2020) tarafından yapılan çalışmada, Covid-19 pandemi sürecinde bireylerin kendileri ve yakınları adına virüse yakalanma kaygısı yaşadığı ve medyada yer alan virüsle ilgili haberlerin bu süreçte hasta olmak gibi sağlıkla alakalı kaygıları artırdığı görülmüştür. Sağlıkları hakkında endişe duyanlar, sağlıkla ilgili kaygının, diyet veya yiyeceklerle meşgul olma gibi yeme alışkanlıklarında bir değişiklik başlatabileceğini bildirmektedir (Hadjistavropoulos ve Lawrence, 2007). Gıda ve diyet ile meşguliyet ON eğilimi ile pozitif ilişkilidir (Bağcı Bosi, Çamur ve Güler, 2017; Barthels, Meyer ve Pietrowsky, 2018) Aynı zamanda, fiziksel tehdidin yokluğu durumunda veya fiziksel tehdidin gerçek derecesine oranla aşırı şekilde bir hastalığa sahip olma kaygısını ifade eden sağlık anksiyetesinin de gıda ve diyet meşguliyeti ile pozitif ilişkisi olduğu bilinmektedir (Abramowitz ve Braddock, 2008; Hadjistavropoulos ve Lawrence, 2007). Ortak olan bu ilişkiye ek olarak Karadayı (2020) tarafından yapılan araştırmada sağlık anksiyetesi seviyesindeki artışın ON'yi yordadığı bulgusu elde edilmiştir. Sağlık anksiyetesi seviyesindeki artış aynı zamanda kişilerin yaşamında öz bakım, kişilerarası ilişkiler, iş, okul, ev yaşantısı ve boş zaman etkinlikleri gibi birçok alanda işlevselliğin bozulmasına sebebiyet vermektedir (Abramowitz ve Braddock, 2008).

Günlük yaşantıda işlevselliği bozan bir diğer psikolojik kavram, “çocuklukta başlayan ve bir kişinin hayatı boyunca devam eden, kişiyi baltalayan, yaygın örüntüler” olarak ele alınan erken dönem uyumsuz şemalardır (Martin ve Young,

2010). Bu şemalar, yaşamın ilk yıllarında gelişip kendini devam ettirmeye eğilimli olduğu için sonraki yıllarda karmaşıklaşmakta ve bazı temel ihtiyaçların karşılanmasını engelleyerek işlevsiz olabilmektedir (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2011/2019). Bu şemalar incelenen araştırmalara göre bozuk yeme tutumları ile ilişkili bulunmakta ve yeme bozukluklarının anlamlı bir yordayıcısı olarak nitelendirilmektedir (Meneguzzo ve ark., 2020; Yurtsever ve Sütçü, 2017). Sapmaz'ın (2014) araştırmasında duygusal yoksunluk, kendini feda ve yüksek standartlar şemalarının bozulmuş yeme tutumunu yordadığı bulunmuştur. Yapılan literatür araştırmalarına göre yeme tutumlarındaki problemlerin ON ile de ilişkili olduğu görülmektedir (Baş, 2014; Dalmaz ve Tekdemir Yurtdaş, 2015; Özkahya, 2015; Zarifoğlu 2019). Her iki kavramın da yeme tutumları ile ilişkisi olduğu görülürken erken dönem uyumsuz şemalar ile ON arasındaki ilişkiyi inceleyen yalnızca bir araştırmaya ulaşılmaktadır. Bu araştırmada ON'nin zedelenmiş sınırlar şema alanı ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Uysal, 2017). Alanyazında bu konu ile ilgili araştırmalar kısıtlı kalmakta ve bu alanda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Mevcut literatürde gözlemlenen bir başka eksiklik ise, erken dönem uyumsuz şemalar ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki görülmekteyken (Alfasos, 2009); sağlık anksiyetesi ile arasındaki ilişkinin bilinmemesidir.

Bu araştırma kapsamında, literatürdeki belirtilen eksiklikleri kapatacak şekilde erken dönem uyumsuz şemalar, ON ve sağlık anksiyetesi ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bireylerin günlük yaşantısında olumsuz etkiler yaratan bu değişkenlerin bir arada incelendiği herhangi bir araştırmaya rastlanmaması fakat ortak ilişkileri göz önünde bulundurulduğunda birbirleriyle ilişkili olabileceklerinin düşünülmesi sonucunda araştırma amacı belirlenmiştir. Araştırma amacının

belirlenmesi ve araştırmanın planlanması Covid-19 pandemisinde gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla toplumda birçok insanın sağlığıyla ilgili kaygı yaşadığı bu dönem koşullarında, sağlık anksiyetesi seviyesinin yükselebileceği ve aralarındaki ilişkiye bağlı olarak ON eğiliminin de artabileceği düşünülmektedir. Bu sebeple önümüzdeki zamanlarda sağlık anksiyetesi ve ON anlaşılması, önlenmesi ve tedavi edilmesinin daha önemli bir konu haline gelebileceği öngörülmektedir. Araştırmanın erken dönem uyumsuz şemaların ON ve sağlık anksiyetesi üzerindeki olası yordayıcı etkisine dair yeni bilgiler sunması beklenmektedir. Young, Klosko ve Weishaar (2003) tarafından belirtildiği üzere birçok psikopatolojinin temelinde yer alan erken dönem uyumsuz şemaların sağlık anksiyetesi ve ON için de bir temel oluşturup oluşturmaması hangi şemalara sahip kişilerin risk altında olduğuna dair bilgi sağlayacaktır. Buna bağlı olarak mevcut araştırma bulguları doğrultusunda sağlık anksiyetesi ve ON için hem önleme hem de tedavi çalışmalarında şema terapi yaklaşımının uygulanabileceği düşünülmektedir. Buna ek olarak ON ve sağlık anksiyetesinin araştırmadaki demografik verilere göre incelenmesi de risk faktörlerinin belirlenmesi açısından katkı sağlayacaktır. Erken dönem uyumsuz şemaların diğer yeme bozuklukları için bir yordayıcı olduğu düşünüldüğünde, mevcut araştırma ON'nin diğer yeme bozuklukları ile benzer ve farklı yönlerinin anlaşılması açısından da bilgiler sunacaktır. Bu bilgilerin sınıflandırma çalışmalarına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Belirtilen katkılar açısından bu araştırmanın yapılması önemli bulunmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. Ortoreksiya Nervosa

1.1.1. Ortoreksiya nervosa kavramının tanımı ve açıklanması.

İlk olarak Steven Bratman tarafından 1997’de sağlıklı beslenme takıntısı olarak tanımlanan ortoreksiya nervosa teriminin kökeni Yunanca “doğru” anlamına gelen “orthos” ve “iştah” anlamına gelen “orexis” kelimelerine dayanmaktadır (Bratman, 2000; 2017). ON’nin iki aşaması vardır; masum bir şekilde sağlıklı beslenmeyi seçmek ilk aşama olarak kabul edilirken ikinci aşama sağlıklı beslenme arayışının sağlıklı bir takıntıya dönüşmesidir (Bratman, 2017). Patolojiyi içeren ikinci aşamada obsesif düşünme, kompulsif davranış, kendini cezalandırma, artan kısıtlama davranışı ve geleneksel yeme bozukluklarının diğer dinamikleri yer almaya başlamaktadır (Bratman, 2017).

Bratman’a (1997) göre ON, kronik bir hastalığı veya genel sağlığı iyileştirme isteğiyle başlar fakat kişinin çocukluktan itibaren benimsediği ve çevresindeki kültürün yeme alışkanlıklarını kökten değiştirmesi ciddi ölçüde irade gerektirdiği için az sayıda kişi bu değişikliği inceliklerle gerçekleştirir. Zaman geçtikçe kişilerin ne yemesi ve ne kadar yemesi gerektiği konusundaki kararsızlıkları günlerinin büyük bir kısmını meşgul etmektedir (Bratman, 1997). ON başlangıcındaki iyileştirilmek istenen hastalığın etkileri yapılan diyetlerle bir miktar azalıyor olsa da baş ağrısı, mide bulantısı ve değişken duygudurum gibi farklı rahatsızlıklar baş göstermeye başlamakta ve kişi bazı yiyeceklere duyduğu arzuya karşı iradesini korumak zorunda kalmaktadır (Bratman, 1997). Bratman’a (2017) göre, diyetle aşırı odaklanan kişiler istemsizce kendilerine psikolojik zarar vermeye başlamaktadır.

ON ilerledikçe tüketilen sağlıklı besinler kişiye kutsal bir şey yapıyormuş hissi vermeye başlar ancak kişi diyetinin dışına çıkarak kendi düşüncesine göre bir hata yaptığında gözden düşme hissi yaşayıp daha katı diyetleri ve oruçları içeren telafi davranışları yapmak zorunda hisseder (Bratman, 1997). ON, kişinin hataları için kendini kınaması, diyetine uyduğu zamanlarda kendini övmesi, kendisinden daha az sağlıklı beslenen diğer kişilere göre ahlaki üstünlük hissetmesi ve öğünlerde kendini sosyal olarak izole etmesi şeklinde yaşamında bir hakimiyet yaratmaktadır (Bratman, 1997; Mathieu, 2015). Kişinin yemeğe aşırı anlam ve güç atfetmesi ve fiziksel sağlık arayışı, yarardan çok zarar getiren katı ve kendini cezalandırma davranışı içeren bir hayat tarzı oluşturmaktadır (Bratman, 2017).

Bir alternatif tıp uygulayıcısı olan Bratman, hastalarının sağlıklı beslenme konusundaki bu arayışları dolayısıyla daha önce belirtilen açılardan zarar gördüklerini fark etmiştir ve diyetle ara vermelerini önermiştir. Ancak sağlıklı beslenmeyi bir erdem olarak nitelendiren hastalarına göre bu tavsiye suç işlemelerini tavsiye etmekle eşdeğerdir (Bratman, 2017). Bu bakış açısını aşabilmek amacıyla doğru besinleri tüketme takıntısını adlandırma gereği duyarak ON terimini türetmiştir ve yıllar içinde bu terim olası bir yeme bozukluğu olarak ele alınmaya başlanmıştır (Bratman, 2017).

1.1.2. Ortoreksiya nervozanın belirtileri.

Henüz DSM-5'te yer almıyor olmasına rağmen olası bir yeme bozukluğu olarak görülen ON özelliklerinin bazı yazarlar tarafından yanlış anlaşıldığı düşünüldükten tanı kriterleri oluşturma ihtiyacı hissedilmiş ve bunun üzerine birkaç çalışma gerçekleştirilmiştir (APA, 2013; Bratman, 2017).

Barthels ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan tanı kriterleri geliştirme çalışmasında, ON'nin yeni bir tür yeme bozukluğu olarak sınıflandırılması gerektiği

fakat ON ile AN'nin beslenme üzerine bilişsel saplantı gibi benzer yönleri olması açısından ele alındığında ON'nin AN'nin bir alt tipi de olabileceği vurgulanmıştır. Bunun yanı sıra, ON'nin gıdaların sağlığı geliştirici noktalarına odaklanmayı içermesi açısından AN ve bulimiya nervozadan (BN) farklılaştığına da dikkat çekilmiştir (Barthels ve ark., 2015). Moroze ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışmada ON, DSM-5'te yer alan Kaçınan/Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu altında sınıflandırılabilir olarak değerlendirilmiştir. Ancak Kaçınan/Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu çeşitli etiyolojileri kapsayan geniş bir kategori olduğu için ON'nin bu durumun ayrı bir alt türü olması gerektiği düşünülmüştür (Attia ve ark., 2013; Moroze ve ark., 2015). Buradan yola çıkılarak Moroze ve arkadaşları (2015) tarafından da ON için tanı kriterleri önerilmiştir. Önerilen kriterler, Dunn ve Bratman (2016) tarafından yapılan çalışmada tekrar incelenmiştir. Bu çalışmada ON'nin kavramsallaştırılmasını iyileştirmek amacıyla daha önce önerilen kriterlerin yerine geçmek üzere yeni kriterler oluşturulmuştur (Dunn ve Bratman, 2016; Bratman, 2017). Yapılan bu çalışmalar incelenerek bu başlık altında ON belirtilerine yer verilmiştir.

ON, bir diyet teorisi veya kişisel inançlar tarafından tanımlanan şekilde sağlıklı beslenmeye takıntılı odaklanma, sağlıksız olarak algılanan yiyecek seçimlerinden kaçınma ve endişe duyma ve bu doğrultuda kompulsif davranış veya zihinsel meşguliyetin klinik olarak rahatsız edici boyuta gelmesini içermektedir (Barthels ve ark., 2015; Dunn ve Bratman, 2016; Moroze ve ark., 2015). Sağlıklı beslenme ve sağlıklı gıdalar ile ilgili yoğun bir meşguliyet söz konusudur ve kişinin kendi koyduğu diyet kurallarının ihlali, abartılı hastalık korkusuna, kişisel kirlilik hissine, kaygı ve utancın eşlik ettiği duyumlara neden olmaktadır (Barthels ve ark., 2015; Dunn ve Bratman, 2016). Diyet kısıtlamaları zamanla artarak arındırıcı ve detoksifiye edici

kısmi oruçları beraberinde getirmektedir (Dunn ve Bratman, 2016). Birincil hedef kilo vermek olmamakla birlikte diyet seçimleri sonucu düşük kilo veya şiddetli kilo kaybı mevcut olabilmektedir (Barthels ve ark., 2015; Dunn ve Bratman, 2016). Şiddetli kilo kaybı ve yetersiz beslenme kaynaklı tıbbi komplikasyonlar ve bunun yanı sıra sağlıklı beslenme konusundaki inanç veya davranışlardan dolayı sosyal, akademik ve mesleki işlevsellikte bozulmalar meydana gelebilmektedir (Dunn ve Bratman, 2016). Barthels ve arkadaşlarına (2015) göre, ON için içgörü bir koşul değildir ancak bazı durumlarda içgörü eksikliği bozukluğun ciddiyetinin bir göstergesidir. Olumlu beden imajının, benlik değerinin veya kişisel tatminin kişinin kendi belirlediği sağlıklı yeme davranışına bağlı olması da ON'nin bir başka belirtisidir (Dunn ve Bratman, 2016). Barthels ve arkadaşları (2015), yemek satın alma, hazırlama ve tüketmeyle ilgili aşırı değerli görülen fikirlerden kaynaklanan ritüelleşmiş meşguliyetin de ON belirtisi olduğunu öne sürmüştür fakat Bratman (2017), birçok diyet teorisinin gıda hazırlamanın ayrıntılarını belirttiğine ve bu nedenle, ritüellerin gerçekleştirilmesinin kişisel bir patolojinin ifadesinden ziyade teoriye bağlılığın bir sonucu olduğuna dikkat çekerek “ritüelleşmiş” ifadesinin kullanımı hakkındaki endişesini bildirmiştir. Moroze ve arkadaşları (2015), kişilerin sağlıklı algılanan gıdalara gelirine göre aşırı miktarda para harcamasını da bir belirti olarak ele alırken Bratman (2017) bu durumu ON için temel olmayan ve nadir görülen ikincil belirti olarak değerlendirmiştir.

1.1.3. Ortoreksiya nervozanın risk faktörleri.

ON risk faktörlerinin incelenmesi tedavi ve önleme çalışmaları için, diğer yeme bozukluklarıyla benzer ve farklı yönlerin anlaşılması için, hangi bireylerin ON geliştirmeye yatkın olduğunun belirlenebilmesi ve ON'nin sınıflandırılması için gerekli ve önemli görülmektedir (McComb ve Mills, 2019). Bu başlık altında risk

faktörleri için yapılmış çalışmalar incelenmekte ve yaş, cinsiyet, sosyoekonomik seviye, eğitim seviyesi, diyet ve beslenme alışkanlıkları, beden imajı, egzersiz, alkol ve sigara kullanımı, sosyal medya kullanımı, bazı psikolojik özellikler ve psikiyatrik tanı gibi unsurlara değinilmektedir.

Yapılan çalışmaların bir kısmı (örn., Dell’Osso ve ark., 2016; Fidan, Ertekin, Işıkyay ve Kırpınar, 2010; Segura-Garcia ve ark., 2012) daha genç yaştaki bireylerin ON geliştirmeye yatkın olduğunu gösterirken; diğer çalışmalar (örn., Donini, Marsili, Graziani, Imbriale ve Cannella, 2004; Varga, Thege, Dukay-Szabó, Túry ve van Furth, 2014) yaş arttıkça ON seviyesinin de arttığını göstermektedir. Kadınlarda ON eğiliminin daha yaygın olduğuna işaret eden çalışmalar görülürken (örn., Dell’Osso ve ark., 2016; Missbach ve ark., 2015; Parra-Fernandez ve ark., 2018a, 2018b; Roncero, Barrada ve Perpina, 2017; Şanlıer, Yassıbaş, Bilici, Şahin ve Çelik, 2016); erkeklerde ON eğiliminin daha yaygın olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (örn., Donini ve ark., 2004; Fidan ve ark., 2010). Yüksek sosyoekonomik seviye ve eğitim düzeyinin de ON yatkınlığını artırdığı görülmektedir (örn., Barnes ve Caltabiano, 2016; Hyrnik ve ark., 2016)

Geçmişte diyet yapmak ile ON eğilimi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda pozitif yönde anlamlı ilişkiler görülmüş ve diyetin ON eğilimini yordayıcı etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (örn., Bağcı Bosi ve ark., 2017; Barthels ve ark., 2018; Bo ve ark., 2014; Missbach ve ark., 2015; Reynolds, 2018; Roncero ve ark., 2017; Segura-Garcia ve ark., 2012; Varga ve ark., 2014). Vejetaryen veya vegan beslenme şeklini benimsemek ile ON eğilimi incelendiğinde ise, vejetaryen/vegan diyet uygulayan bireylerde ON eğilimi daha yüksek bulunmuştur (örn., Barthels ve ark., 2018; Brytek-Matera, Czepczor-Bernat, Jurzak, Kornacka ve Kolodziejczyk, 2018;

Dell’Osso ve ark., 2016; Dittfeld, Gwizdek, Jagielski, Brzek ve Ziora, 2017; Herranz Valera, Acuna Ruiz, Romero Valdespino ve Visioli, 2014; Luck-Sikorski ve ark., 2018; Missbach ve ark., 2015).

Ele alınan bir başka faktör de beden imajı olmuştur ve ON ile arasındaki ilişkiler incelendiğinde, vücut şekli ve kilo gibi dış görünümle alakalı meşguliyet daha yüksek ON eğilimiyle ilişkilendirilmiştir (örn., Barnes ve Caltabiano, 2016; Brytek-Matera, Donini, Krupa, Poggiogalle ve Hay, 2015; Brytek-Matera, Rogoza, Gramaglia ve Zeppego, 2015; Reynolds, 2018). Beden memnuniyetsizliği ile ilgili çalışmalarda, ON eğilimi yüksek olan bireylerde beden memnuniyetsizliği ON eğilimi olmayan bireylere göre daha olası olduğunu gösteren sonuçlara rastlanırken (örn., Parra-Fernandez ve ark., 2018a; Barrada ve Roncero, 2018; Almeida, Vieira Borba ve Santos, 2018); Brytek-Matera, Fonte, Poggiogalle, Donini ve Cena (2017) tarafından yapılan araştırmada kadınlarda ON patolojik hale geldikçe beden memnuniyetsizliğinin azaldığı, erkeklerde ise ON ile beden memnuniyetsizliği arasında bir ilişki bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Egzersiz yapmak ile ON ilişkisinin ele alındığı çalışmalar incelendiğinde egzersiz yapmanın ON eğiliminin artışı ile pozitif yönde anlamlı ilişkisi olduğuna işaret eden bulgulara rastlanmıştır (örn., Hyrnik ve ark., 2016; Segura-Garcia ve ark., 2012; Varga ve ark., 2014). Buna karşın, egzersiz yapmanın ON eğilimi ile ilişkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmış çalışmalar da mevcuttur (örn., Bo ve ark., 2014; Brytek-Matera ve ark., 2015a, 2015b; Dunn, Gibbs, Whitney ve Starosta, 2017; Roncero ve ark., 2017; Strahler ve ark., 2018).

Alkol ve sigara kullanılması ile ON ilişkilerini inceleyen çalışmalara bakıldığında, alkol tüketmeyen bireylerde (örn., Roncero ve ark., 2017) ve sigara

kullanmayan bireylerde (örn., Hyrnik ve ark., 2016) ON görülme olasılığının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılırken; alkol ve sigara kullanımının ON eğilimiyle ilişkisiz olduğunu gösteren çalışmalara da rastlanmıştır (örn., Almeida ve ark., 2018; Strahler ve ark., 2018; Varga ve ark., 2014).

Diğer bir faktör olarak sosyal medya kullanımı ve ON ilişkisinin ele alındığı Turner ve Lefevre (2017) tarafından yapılmış çalışmada, diğer sosyal medya platformlarının kullanılması ile ON eğilimi arasında ilişki bulunmamasına karşın Instagram kullanımının daha yüksek ON eğilimi ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Yapılan çalışmalara göre narsisizm (Oberle, Samaghabadi ve Hughes, 2017) ve mükemmeliyetçilik (örn., Barrada ve Roncero, 2018; Hayes, Wu, De Nadai ve Storch, 2017; Oberle ve ark., 2017; Parra-Fernandez ve ark., 2018a) ON ile ilişkili bulunmuştur. Asil ve Sürücüoğlu (2015) tarafından 117 Türk diyetisyen ile yapılan araştırmada, ON eğilimi yüksek olan diyetisyenlerin obsesif-kompulsif eğilimlerinin de yüksek olduğu görülmüştür. Bu araştırmadaki bulguyu destekler şekilde, yüksek obsesif-kompulsif eğilimin yüksek ON eğilimi ile ilişkili olduğunu gösteren başka araştırmalar da literatürde mevcuttur (örn., Oberle ve Lipschuetz, 2018; Roncero ve ark., 2017; Segura-Garcia ve ark., 2012, 2015).

Psikopatolojiler ile ON eğilimi incelendiğinde, ON yatkınlığının majör depresif bozukluk (Luck-Sikorski, Jung, Schlosser ve Riedel-Heller, 2018); beden dismorfik bozukluk (örn., Bo ve ark., 2014; Bundros, Clifford, Silliman ve Morris 2016); mevcut mental rahatsızlık (örn., Missbach ve ark., 2015; Strahler ve ark., 2018) ve anksiyete (Strahler, Hermann, Walter ve Stark, 2018) ile ilişkili olduğunu işaret eden araştırmalar görülmüştür.

Barnes ve Caltabiano (2016) tarafından yapılan araştırmada geçmişte bir yeme bozukluğu öyküsüne sahip olmanın ON'nin güçlü bir yordayıcısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gramaglia, Brytek-Matera, Rogoza ve Zeppegno (2017) tarafından yapılan araştırmada İtalyan kadınlar arasında AN yeme bozukluğuna sahip olanların ON eğilimlerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu fakat Polonyalı kadınlar arasında AN yeme bozukluğuna sahip olanlar ve kontrol grubu arasında anlamlı fark olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır. Bu bulgu da araştırmacılar tarafından ON için kültürel farklılıkların da bir belirleyici olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Segura-Garcia ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan araştırmada ise ON semptomlarının AN ve BN yeme bozukluğuna sahip kişilerde yaygın olduğu ve tedaviden sonrasında bu semptomların artma eğilimi gösterdiği, ON'nin, AN ve BN'nin klinik olarak iyileşmesiyle veya bu yeme bozukluklarının daha az şiddetli diğer yeme bozukluklarına geçişi ile ilişkili olduğu görülmüştür. Diğer taraftan Brytek-Matera ve arkadaşları (2015b) tarafından yapılan çalışmada yeme bozukluğu patolojilerinin artmasıyla ON sıklığının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Söz konusu çalışmada diyet ve bulimiya olarak ele alınan yeme bozukluğu patolojilerini daha yüksek düzeyde bildiren grupta ON ile ilişkili davranışlar daha az sıklıkta görülürken, daha düşük düzeyde yeme bozukluğu patolojileri bildiren grupta ON ile ilişkili davranışların daha yaygın görüldüğü ifade edilmektedir (Brytek-Matera ve ark., 2015b).

1.2. Sağlık Anksiyetesi

1.2.1. Sağlık anksiyetesi kavramının tanımı ve açıklanması.

Bedensel iyilik hali, hayatta kalmak açısından gerekli olduğu için, insanların zaman zaman sağlık odaklı düşünce ve endişeler yaşaması olasıdır (Looper ve Kirmayer, 2001). Sağlık anksiyetesi, herhangi bir hastalığın yokluğunda kişinin kendi

sağlığına yönelik algıladığı bir tehdide karşı uygunsuz veya aşırı korku ve endişeyi ifade etmektedir (Abramowitz ve Braddock, 2008; Lulock ve Morley, 1996). Belirli derecede bir hastalığa sahip olduğunda da aşırı endişelenmeyi içermektedir (Lulock ve Morley, 1996).

Bilişsel-davranışsal çerçeve, sağlık anksiyetesini, tanınmayan bir hastalık korkusu ve bu sıkıntıdan kaçınmaya yardımcı olan uyumsuz davranışlar birleştiğinde esasen iyi huylu bedensel duyarlılıkların tehdit edici değerlendirilmeleri olarak açıklamaktadır (Abramowitz ve Braddock, 2006). Sağlıkla ilgili endişeler, ciddi belirtiler ve semptomların zamanında ele alınmasını sağlamak adına kişiyi bedensel duyumları yakından izlemeye motive ettikleri için ciddi tıbbi hastalıklara sahip olanlar ve hastalık riski altında olanlar için işlevsel olabilmektedir. Diğer durumlarda, organik bir patoloji yokken bireylerin iyi huylu bedensel duyumlarını yanlış yorumlamaları ve kendilerini ciddi bir hastalığa sahip olarak algılamalarıyla yoğun sağlık anksiyetesi gelişmektedir ve patolojik boyuta ulaşabilmektedir (Abramowitz, Olatunji ve Deacon, 2007).

Bilişsel-davranışsal modele göre sağlık anksiyetesinin patolojik boyutlarda ortaya çıkmasına sebep olan iki temel inanç şekli bulunmaktadır. Bunlardan ilki kişinin kötü, yetersiz, zayıf olduğu ve cezayı hak ettiği yönündeki kendisiyle alakalı düşünceleridir. İkincisi ise ölümün yalnızlık, sonsuz bir ceza, hastalığın da zayıflık, yetersizlik ve terk edilmişlik olarak görüldüğü ölüm ve hastalığa yönelik temel inanç şeklidir. Bu temel inançların kaynağını, bedensel duyumlara karşı hassasiyet yaratan fiziksel ya da psikolojik istismar ve ihmalin oluşturabileceği öne sürülmüştür (Wells ve Hackmann, 1993).

Bir başka çalışmada Salkovskis ve Warwick (2001) tarafından sağlık anksiyetesine ilişkin dört temel inanç önerilmiştir. Bu temel inançlar kişinin herhangi bir sağlık problemi yaşama ihtimali, sağlık problemi yaşamanın korkutucu olması, hastalığın tedavisinde tıbbi olanakların yetersiz kalacağı ve kişinin hastalık ile baş edemeyeceği yönündedir (akt., Aktepe, 2022)

Bilişsel modele göre geçmiş yaşantıdaki bazı deneyimler sağlık ve hastalıkla ilgili inanç ve varsayımlara yol açabilmektedir (Deale, 2007). Şiddetli sağlık anksiyetesinde temel yanlış yorumlamalar Deale (2007) tarafından bedensel belirti ve semptomların gerçekte olduğundan daha tehlikeli olarak algılanması, belirli bir hastalığın gerçekte olduğundan daha olası ve/veya ciddi olduğuna inanılması, bireyin hastalığı önleyemeyecek veya gidişatını değiştiremeyecek olarak algılaması şeklinde bildirilmiştir.

1.2.2. Sağlık anksiyetesinin belirtileri.

Sağlık anksiyetesi seviyesi kişiden kişiye farklılık göstermektedir ve bundan ötürü kategorik olarak değil, hafif sağlık kaygısından şiddetliye yani patolojik sağlık kaygısına doğru uzanan bir süreklilik olarak kavramsallaştırılmıştır (Ferguson, 2008; Salkovskis ve Warwick, 1986). Sağlıkla ilgili patolojiye varacak şiddette meşguliyet ve endişe DSM-4'te Hipokondriyazis olarak adlandırılmıştır (APA, 2000). Hipokondriyazis, bedensel belirti veya semptomların yanlış yorumlanmasından dolayı kişinin ciddi bir hastalığa sahip olduğuna dair korku veya inanç ile karakterizedir (Looper ve Kirmayer, 2001). Bu kavram DSM-5'te çıkarılmış ve yerine Somatik Belirti Bozukluğu ve Hastalık Kaygısı Bozukluğu olmak üzere iki yeni tanı grubu eklenmiştir (APA, 2013).

DSM-5’te yer alan tanı kriterlerine göre, Somatik Belirti Bozukluğu sıkıntı veren veya günlük yaşamda bozulmaya neden olan bir veya daha fazla somatik semptom görülmesini içermektedir (APA, 2013). Somatik Belirti Bozukluğu belirtilerin ciddiyetiyle orantısız ve sürekli düşünceler, sağlık veya semptomlarla ilgili sürekli yüksek düzeyde kaygı ve bu semptomlara veya sağlık sorunlarına ayrılan aşırı zaman ve enerji olarak kendini gösterebilmektedir. Bu bozukluğun tanı kriterlerine göre herhangi bir somatik semptom sürekli olarak mevcut olmasa da semptomatik olma durumu genellikle 6 aydan fazladır (APA, 2013).

DSM-5’te yer alan Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanı kriterleri ciddi bir hastalığa sahip olmak veya bu hastalığa yakalanmakla meşgul olmayı ve sağlıkla ilgili yüksek düzeyde bir kaygıyı içermektedir (APA, 2013). Kişi sağlık durumu hakkında kolayca endişeye kapılabilmektedir. Somatik semptomlar yoktur veya varsa sadece hafif şiddettedir. Başka bir tıbbi durum mevcutsa veya tıbbi bir durum geliştirme riski yüksekse (örneğin, aile öyküsü varsa), bununla ilgili aşırı veya orantısız meşguliyet söz konusudur. Sağlıkla ilgili vücudunu hastalık belirtileri için tekrar tekrar kontrol etme gibi aşırı davranışlarda bulunma veya doktor randevularına ve hastanelere gitmeme gibi uyumsuz kaçınma mevcuttur. Hastalık kaygısı en az 6 ay sürmektedir fakat korkulan hastalık bu süre içinde değişebilmektedir. Bu tanı kriterlerine göre doktora veya tıbbi bakıma sıklıkla başvuranlar “bakım arayan tip”; tıbbi bakıma nadiren başvuranlar “bakımdan kaçan tip” olarak belirtilmektedir (APA, 2013).

Önceden Hipokondriyazis tanısına sahip olan bireylerin çoğu DSM-5’e göre artık Somatik Belirti Bozukluğuna sahip olarak sınıflandırılırken; bu bireylerin az bir kısmı içinse Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanısı geçerli olmaktadır (APA, 2013). Bunu doğrular nitelikte bir çalışma Bailer ve arkadaşları (2016) tarafından yapılmıştır ve

bulgularına göre daha önce Hipokondriyazis tanısı almış bireylerin %74'ü için Somatik Belirti Bozukluğu; %26'sı için ise Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanısı uygun olmaktadır. Hastalık Kaygısı Bozukluğu, teşhis edilmemiş bir tıbbi hastalığa sahip olma veya bu hastalığa yakalanma ile meşgul olmayı içerir fakat fiziksel semptomlar söz konusu değildir veya fiziksel semptomlar varsa bile yalnızca hafif şiddettedir. Somatik Belirti Bozukluğu fiziksel semptomların varlığında kaygı yaşamayı içermesi açısından farklılık göstermektedir (APA, 2013).

1.2.3. Sağlık anksiyetesinin risk ve sürdürücü faktörleri.

Bu başlık altında, sağlık anksiyetesi için risk faktörlerini belirlemek adına yapılan araştırmaların incelemesine yer verilmektedir. İncelenen faktörler, erken yaşam deneyimleri, kişinin bir yakının ölümü gibi stresli yaşam olayları, mesleki ve sosyal faktörler, mizaç ve çeşitli demografik unsurlar ele alınmaktadır.

Araştırmalara göre çocukluk çağında yaşanan travmalar, aile tutumları, daha önce ailede veya kişinin kendisinde ortaya çıkmış olan hastalıklar gibi erken yaşam deneyimleri Hipokondriyazis tanısıyla ilişkili bulunmuştur (örn., Barsky, Wool, Barnett ve Cleary, 1994; Craig, Boardman, Mills, Daly-Jones ve Drake, 1993). DSM-4'te Hipokondriyazis tanısının kişinin bir yakınının ölümüyle de ilişkili olabileceği belirtilmiştir (APA, 2000). Sağlık anksiyetesini etkilediği görülen bir başka stresli yaşam olayının da cinsel ve/veya fiziksel istismara maruz kalmak olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (örn., Barsky ve ark., 1994; McNutt, Carlson, Persaud ve Postmus, 2002; Stein ve ark., 2004).

Sağlık alanında çalışan veya bu alanda öğrenim gören kişiler ile yapılmış çalışmalara göre sağlıkla ilgili bilgilere maruz kalmak ile yüksek sağlık anksiyetesi ilişkili bulunmuş ve bu da sağlık anksiyetesi için bir risk faktörü olarak görülmüştür

(örn., Azam, Ghorbanalipour, ve Habibpour, 2012; Woods, Natterson ve Silverman, 1966). Ayrıca sosyal bir faktör olarak ele alınabilecek olan kişinin yakın çevresinin tıbbi yardım almak konusunda daha az teşvikte bulunup bedensel semptomları daha az normalleştirmeleri ise daha yüksek sağlık anksiyetesi seviyesi ile ilişkilendirilmiştir (örn., Robbins, ve Kirmayer, 1996).

Daha önce Hipokondriyazis tanısı alan kişilerin yüksek bir oranının artık Somatik Belirti Bozukluğu tanısı altında değerlendirilmesine dayanarak DSM-5'te bu bozukluk için listelenen risk faktörleri de incelenmiştir. DSM-5'e göre, düşük eğitim seviyesi ve sosyoekonomik seviye, kadın olmak, işsizlik gibi demografik özellikler, tıbbi veya psikiyatrik hastalık, sosyal stres ve daha önce de belirtildiği gibi cinsel istismar veya diğer çocukluk çağı travmaları gibi risk faktörleri bulunmaktadır. Mizaç özelliği olarak ise olumsuz duygulanım kişilik özelliğini ifade eden nörotisizm bir başka risk faktörü olarak gösterilmiştir (APA, 2013). Nörotisizmin sağlık anksiyetesi için risk faktörü olduğunu gösteren başka çalışmalar da mevcuttur (örn., Cox, Borger, Asmundson ve Taylor, 2000; Ferguson, 2004; Noyes ve ark., 2005).

Bu başlık altında ele alınan bir konu da sağlık anksiyetesinin devam ettirilmesinde rol oynayan etkenlerdir. Deale (2007) sağlık anksiyetesinin hem sonuçları hem de sürdürücü faktörleri olarak bazı bilişsel, davranışsal, duygusal ve fizyolojik durumları içeren faktörler belirtmiştir. Bunlar seçici dikkat, otonomik uyarılma, ruminasyon, duygusal değişiklikler ve güvenlik davranışlarıdır.

Seçici dikkatle, giderek daha düşük seviyelerde daha fazla semptom tespit edilmeye başlanır bunlar normal bedensel duyuları (örn. mide ve bağırsak hareketleri) veya daha önce fark edilmeyen özellikleri (örn. cilt lekeleri, saç dökülmesi) içerebilmektedir. Sağlıkla ilgili kaygı, fiziksel hastalığın başka bir kanıtı

olarak yanlış yorumlanabilecek otonomik uyarılmaya neden olabilmektedir. Örneğin çarpıntı kalp hastalığı olarak yorumlanabilmektedir (Deale, 2007). Endişelerin veya korkulan hastalığın sonuçları üzerinde tekrar tekrar düşünme ve bunları görselleştirme şeklinde ruminasyon görülebilir. Bu da hastalık inancını güçlendirerek sürdürücü rol oynamaktadır (Deale, 2007). Güvence arama, kontrol etme ve kaçınma gibi güvenlik davranışları ters etki yaparak dikkati sağlığa odaklamakta ve bu nedenle korkuların artmasına neden olabilmektedir. Örneğin, tekrarlanan bedensel kontroller (algılanan yumruları incelemek, elle muayene etmek, bastırmak gibi) ağrıya, şişmeye ve doku travmasına neden olabilmektedir (Deale, 2007). Ek olarak sağlık kaygısının neden olduğu depresyon gibi duygusal değişiklikler, insanları savunmasız hale getirebilir ve yanlış yorumlanabilecek daha fazla fizyolojik semptomlar üretmeye sebep olarak sağlık anksiyetesinin sürdürülmesinde rol oynayabilmektedir (Deale, 2007).

1.3. Şema Terapi ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

1.3.1. Şema terapi modeli.

Şema terapi, geleneksel bilişsel-davranışçı terapinin yeterince yardım edemediği kronik ve kişilikle ilgili sorunları olan hastaları tedavi etmek amacıyla Young ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiş sistematik bir yaklaşımdır.

Bilişsel-davranışçı yaklaşım, birçok Eksen I bozukluğu için etkili psikolojik tedaviler sunmaktadır. Bu tedaviler geleneksel olarak kısa süreli olup semptomları azaltmaya, becerileri geliştirmeye ve hastanın mevcut yaşamındaki problemleri çözmeye odaklanmıştır (Young ve ark., 2003). Bazı hastalar için bu tedaviler etkili olurken; tedavi sürecini karmaşıklaştıran ve genişleten, kronik işlev bozukluğu veya kişilik özellikleri olan hastalar için etkisiz bir yaklaşım olabilmesi nedeniyle şema terapi geliştirilmiştir (Martin ve Young, 2010; Young ve ark., 2003).

Şema terapi yaklaşımı bilişsel davranışçı terapiyi temel almakla birlikte, psikolojik sorunların gelişimsel kökenlerinin, yaşam boyu süren psikososyal işleyiş kalıplarının ve uyumsuz biliş ve davranışların sabit temel temalarının üzerinde daha fazla durması yönüyle geleneksel bilişsel davranışçı terapiden farklıdır (Martin ve Young, 2010). Psikolojik sorunların çocukluk ve ergenlik kökenlerini keşfetmeye, duygusal durum ve tekniklere, terapist-hasta ilişkisine ve uyumsuz başa çıkma tarzlarına daha çok vurgu yaparak bilişsel davranışçı terapinin işlevsellik alanını genişletir (Martin ve Young, 2010; Young ve ark., 2003). Bilişsel davranışçı yöntemlerin yanı sıra, bağlanma modeli, Gestalt terapisi, nesne ilişkileri, yapısalcılık ve psikanaliz gibi farklı yaklaşımları da bünyesinde barındıran şema terapi, bütüleştirici bir modeldir (Martin ve Young, 2010).

Şema terapi, tedavisi zor olarak kabul edilen, kronik psikolojik bozukluklara sahip bireyler için uygun bir psikoterapi sistemi sağlar (Young ve ark., 2003). Başlangıçta kişilik bozukluklarının tedavisi için geliştirilmiş olsa da zamanla kronik anksiyete ve depresif bozukluk, yeme bozuklukları, çift sorunları, yakın ilişkileri sürdürmede zorluklar ve madde kullanım bozukluklarında nüks tedavisinde de etkili olduğu görülmüştür (Martin ve Young, 2010).

1.3.2. Şema kavramı ve erken dönem uyumsuz şemaların tanımlanması.

Şema terapi modelinin temelini oluşturan ve psikolojide ilk kez bilişsel gelişimsel alanda tanıtılan “şema” kavramı, bireylerin karmaşık uyarınları düzenlemesine yardımcı olan, algılarına aracılık eden ve tepkilerine yol gösteren bilişsel bir çerçeve olarak tanımlanır (Beck, 1970; Rafaeli ve ark., 2011/2019). Şema, bir olaya ait başlıca özelliklerin soyut bir temsilidir ve başa çıkma tarzlarının

geliştirilmesi yoluyla davranışları etkiler (Martin ve Young, 2010; Rafaeli ve ark., 2011/2019).

Psikoloji ve psikoterapi bağlamında birçok kuramın ortak görüşüne göre şemalar, bir kişinin yaşam deneyimlerini anlamlandırması için yol gösterici genel düzenleyici kurallar olarak ele alınmaktadır. Diğer bir ortak görüş ise erken dönemde olduğu düşünülen şemaların, artık uygun olmadıkları güncel yaşam olaylarına da sıklıkla taşındığı yönündedir. Bu, kişinin kendisine ve çevresine dair -hatalı ya da çarpıtılmış olsa bile- istikrarlı bir görüş sürdürmesini sağlar. Bu bilgiler ışığında, bir şema olumlu veya olumsuz, uyumlu veya uyumsuz olabilmektedir (Rafaeli ve ark., 2011/2019; Young ve ark., 2003).

Erken dönem uyumsuz şemalar, Young ve arkadaşlarının (2003) tanımına göre, kişinin kendisini ve ötekilerle olan ilişkisini konu alan genel tema veya örüntülerdir. Anıları, duyguları, bilişleri ve bedensel duyumları içeren bu şemalar, çocukluk veya ergenlikte ortaya çıkıp yaşam boyu gelişirler ve önemli derecede işlevselliği bozarlar. Young ve arkadaşlarına (2003) göre uyumsuz davranışlar şemaların bir parçası olmaktan ziyade, şemalara yanıt olarak gelişen sonuçlardır. Çoğu davranış, kişilerin şemalarıyla başa çıkma şeklini yansıtmaktadır (Rafaeli ve ark., 2011/2019).

Erken dönem uyumsuz şemalar çocuklukta ortaya çıkıp hayat boyu devam eden örüntüler olarak, kişilerin çocuklukta zarar gördükleri koşulları yetişkinliklerinde tekrar yaratmalarına sebep olurlar. Kişiler şemalarının tetiklendiği belirli tanıdık olaylara doğru çekilirler (Rafaeli ve ark., 2011/2019; Young ve Klosko, 2011). Her ne kadar özyıkıcı ve acı verici olsalar da bilişsel bir tutarlılık algısı yaratarak bilindik ve

rahat hissettirdikleri için erken dönem uyumsuz şemaların değişmesi zordur (Rafaeli ve ark., 2011/2019; Young ve ark., 2003; Young ve Klosko, 2011).

İlk olarak kişinin ailesine ve içinde bulunduğu çevreye uyum sağlaması için gelişen şemalar, çocukluk döneminde gerçekçi olarak kabul edilebilir fakat artık yararlı bir amaca hizmet etmemesine rağmen bu şemaların sürdürülmesi sorunun kendisidir (Young ve Klosko, 2011). Kişilerin şemaları sorgusuz sualsiz gerçekler olarak kabul etmeleri nedeniyle bu şemalar daha sonraki deneyimlerin işlenmesini etkilemekte ve kişilerin düşünceleri, duyguları, davranışları ve başkalarıyla ilişki kurma şekilleri konusunda önemli rol oynamaktadır (Young ve ark., 2003). Aynı zamanda da kaygı, depresyon, madde kullanımı, kaçınma, bağımlılık, mükemmeliyetçilik gibi sonuçlara yol açmaktadır (Rafaeli ve ark., 2011/2019). Bu sonuçları destekler nitelikteki araştırmalara ilerleyen kısımlardaki 1.3.5. Erken dönem uyumsuz şemaların sonuçları başlığı altında değinilmektedir.

1.3.3. Erken dönem uyumsuz şemaların kökenleri.

Erken dönem uyumsuz şemaların gelişiminde birkaç farklı unsur rol oynamaktadır. Bunlar Young ve arkadaşları (2003) tarafından, çekirdek duygusal ihtiyaçlar, erken dönem yaşam deneyimleri ve duygusal mizaç olmak üzere üç başlık altında incelenmiştir.

Çekirdek duygusal ihtiyaçlar. Young ve arkadaşlarının (2003) temel görüşü, insanlar için beş çekirdek duygusal ihtiyaç olduğu varsayılarak, şemaların bu duygusal ihtiyaçların karşılanmamasından kaynaklandığı yönündedir. Bu ihtiyaçlar;

- i. Diğerlerine güvenli bağlanma (güvenlik, istikrar, bakım ve kabulü içerir)
- ii. Özerklik, yeterlilik ve kimlik duygusu
- iii. Geçerli duygu ve ihtiyaçları ifade etme özgürlüğü

iv. Kendiliğindenlik ve oyun

v. Gerçekçi sınırlar ve özdenetimdir (Young ve ark., 2003, s.10).

Çekirdek duygusal ihtiyaçlar evrenseldir; yoğunlukları farklı olsa bile herkes bu ihtiyaçlara sahiptir ve psikolojik açıdan sağlıklı bireylerin çekirdek ihtiyaçları uyumlu bir şekilde karşılanmıştır (Young ve ark., 2003).

Erken dönem yaşam deneyimleri. Erken dönem uyumsuz şemaların birincil kaynağı zedeleyici çocukluk deneyimleridir ve bu deneyimler genellikle aile içerisindeki sorunlardan kaynaklanmaktadır. Erken dönem uyumsuz şemalar tetiklendiğinde, genellikle çocukluktan kalma bir dram tekrar deneyimlenmektedir. En güçlü erken dönem uyumsuz şemalar çekirdek aileden kaynaklananlardır (Rafaeli ve ark., 2011/2019; Young ve ark., 2003).

Akranlar, okul, geniş aile ve içinde bulunulan kültür, çocuk olgunlaştıkça daha önemli hale gelir ve bu alanlardaki zedeleyici deneyimler de şemaların gelişmesine yol açabilir ancak bu şemalar aile içinde gelişen şemalar kadar güçlü olmamaktadır (Rafaeli ve ark., 2011/2019; Young ve ark., 2003).

Young ve arkadaşları (2003) tarafından erken dönem uyumsuz şemaların edinilmesinde rol oynayan dört çeşit erken dönem yaşam deneyimi açıklanmıştır.

- i. *İhtiyaçların zedeleyici şekilde engellenmesi.* Çocuğun yeterince iyi deneyimlere sahip olmaması veya istikrar, anlayış ve sevgi gibi önemli ihtiyaçlardan mahrum bırakılması yoluyla meydana gelir. Bunun sonucunda duygusal yoksunluk veya terk edilme gibi şemalar edinilebilir (Rafaeli ve ark., 2011/2019; Young ve ark., 2003).
- ii. *Travmatizasyon.* Çocuğun, güvenlik ihtiyacının karşılanmaması ve hatta bu ihtiyacın tam karşıtı olacak şekilde davranılması sonucu zarar görmesi veya

mağdur edilmesidir. Bunun sonucunda güvensizlik/kötüye kullanılma, kusurluluk/utanç veya tehditler karşısında dayanıksızlık gibi şemalar ortaya çıkabilir (Rafaeli ve ark., 2011/2019; Young ve ark., 2003).

- iii. *İyi olandan fazla alma deneyimi.* Ölçülü olduğu takdirde çocuk için sağlıklı olan bazı şeylerin, çocuğun gereksiniminden fazla sunulması ve çocuğa neredeyse hiçbir zaman olumsuz davranış gösterilmemesidir. Ebeveynlerin çocuğa aşırı korumacı davranması veya sınırsız özgürlük tanınmasıyla özerklik veya gerçekçi sınırlar gibi ihtiyaçlar karşılanmaz. Bunun sonucunda bağımlılık/yetersizlik veya haklılık/büyükleme gibi şemalar ortaya çıkabilir (Rafaeli ve ark., 2011/2019; Young ve ark., 2003).
- iv. *Seçici içselleştirme veya önemli ötekilerle kimliklenme.* Bu durumda çocuk, ebeveyninin düşünce, duygu, deneyim ve davranışlarını içselleştirir veya ebeveyniyle özdeşim kurar ancak bu içselleştirme ve özdeşim seçici şekilde gerçekleşir; çocuk ebeveynin tüm özelliklerini değil, belirli özelliklerini içselleştirir ve ebeveynin belirli yönleri ile özdeşim kurar. Seçici içselleştirme ve özdeşim kurmada çocuğun doğuştan gelen mizacının da belirleyici bir rolü vardır (Young ve ark., 2003).

Duygusal mizaç. Erken dönem uyumsuz şemaların gelişiminde çevresel faktörlerin yanı sıra mizaç da etkin bir rol oynamaktadır. Çocuğun mizacı ile çevresinin etkileşimi erken dönem uyumsuz şemaları oluşturmaktadır (Rafaeli ve ark., 2011/2019). Değişken-tepkisiz olma, kaygılı-sakin olma, utangaç-girişken olma ve pasif-saldırgan olma gibi her çocuğun doğuştan gelen bir mizacı veya kişiliği vardır ve bunlar kolaylıkla değiştirilememektedir (Young ve ark., 2003). Farklı mizaçlar, çocukların yaşam şartlarını da etkiler ve benzer yaşam şartlarına maruz kalsalar bile

çocukların mizaçlarına göre farklı şekilde tepki vermelerine yol açmaktadır (Martin ve Young, 2010; Young ve ark., 2003).

1.3.4. Şema alanlarına göre erken dönem uyumsuz şemaların sınıflandırılması

Young ve arkadaşlarının (2003) kurduğu modelde, karşılanmamış duygusal ihtiyaçlara göre adlandırılan beş şema alanı altında sınıflandırılmış 18 erken dönem uyumsuz şema bulunmaktadır. Bu sınıflandırma Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Sınıflandırılması

Şema Alanı	İlgili Şemalar
“Kopukluk ve reddedilmişlik”	• “Terk edilme/istikrarsızlık” • “Güvensizlik/kötüye kullanılma” • “Duygusal yoksunluk” • “Kusurluluk/utanç” • “Sosyal izolasyon/yabancılaşma”
“Zedelenmiş özerklik ve kendini ortaya koyma”	• “Bağımlılık/yetersizlik” • “Zarar görme veya hastalanmaya karşı dayanıksızlık” • “İç içe geçme/gelişmemiş benlik” • “Başarısızlık”
“Zedelenmiş sınırlar”	• “Haklılık/ büyüklenmecilik” • “Yetersiz öz-denetim/öz disiplin”
“Diğeri yönelimlilik”	• “Boyun eğicilik” • “Kendini feda” • “Onay arayıcılık”
“Aşırı tetikte olma ve bastırılmışlık”	• “Karamsarlık/kötümserlik” • “Duyguları bastırma” • “Yüksek standartlar/aşırı eleştirelilik” • “Cezalandırıcılık”

Kopukluk ve reddedilmişlik. Bu alandaki şemalar, güvenlik, istikrar, bakım, empati, duygu paylaşımı, saygı ve kabul gibi ihtiyaçların öngörülebilir şekilde karşılanmayacağı inancını içermektedir. Bu şemalar genellikle bağımsız, soğuk,

reddedici, taciz edici ve öngörülemeyen bir aile çevresinde oluşmaktadır (Martin ve Young, 2010; Rafaeli ve ark., 2011/2019). Kopukluk ve reddedilmiş alanındaki şemalar:

Terk edilme/İstikrarsızlık. Önemli ötekilerin duygusal olarak dengesiz ve güvenilmez olmaları sebebiyle duygusal destek, yakınlık, güç veya koruma sağlamaya devam edemeyecekleri, yakında ölecekleri veya kişiyi daha iyi biri için terk edecekleri algısını içermektedir (Martin ve Young, 2010).

Güvensizlik/Kötüye kullanılma. Kişiyi diğer insanların inciteceği, kötüye kullanacağı, aşağılayacağı ve manipüle edeceği beklentisini içermektedir. Bu şemaya sahip kişiler başkalarına kıyasla her zaman aldatılacağını ve dezavantajlı olduğunu düşünmektedir (Martin ve Young, 2010).

Duygusal yoksunluk. Kişinin duygusal destek ihtiyacının başkaları tarafından yeterince karşılanmayacağı beklentisini içermektedir. Bakım, empati ve koruma yoksunluğu olarak üç çeşit yoksunluk biçimi bulunmaktadır (Martin ve Young, 2010).

Kusurluluk/Utanç. Kişinin kusurlu, kötü, istenmeyen ve yararsız olduğu ve bu yanları bilinirse başkaları tarafından sevilmeceği hissini içermektedir. Bu şemaya sahip kişiler eleştirilmeye, reddedilmeye ve suçlanmaya karşı aşırı duyarlıdır ve algılanan kusurlarından ötürü utanç duymaktadır (Martin ve Young, 2010).

Sosyal izolasyon/Yabancılaşma. Kişinin dünyadan soyutlanmış olduğu, başkalarından farklı olduğu ve herhangi bir topluluğun parçası olmadığı hissini içermektedir (Martin ve Young, 2010).

Zedelenmiş özerklik ve kendini ortaya koyma. Bu alandaki şemalar, kişinin ayrışma, bağımsız olma ve kendini ortaya koyma gibi becerilerine engel olan beklentileri içermektedir. Bu şemalar genellikle çocuğun kendine güvenini baltalayan,

aşırı korumacı veya çocuğun yeteneklerini gösterme konusunda yüreklendirmeyen bir aile çevresinde oluşmaktadır (Martin ve Young, 2010). Zedelenmiş özerklik ve kendini ortaya koyma alanındaki şemalar:

Bağımlılık/Yetersizlik. Kişinin günlük işlerini yetkin bir şekilde, başkalarından yardım almadan yapamayacağı inancını içermektedir (Martin ve Young, 2010).

Zarar görme veya hastalıklar karşısında dayanıksızlık. Kişinin muhtemel bir felaketle her an karşılaşabileceğine ve bunu önleyemeyeceğine dair abartılı bir korku içermektedir. Beklenen felaket tıbbi, duygusal veya dışarıdan gelen bir felaket olabilmektedir (Martin ve Young, 2010).

İç içe geçme/Gelişmemiş benlik. Kişinin bireyselleşememe ve olağan sosyal gelişim gösterememe pahasına, önemli ötekilere aşırı duygusal bağlanma ve yakınlık geliştirmesini; iç içe geçmiş bireylerden birinin desteği olmadan diğerinin hayatta kalamayacağı veya mutlu olamayacağı inancını içermektedir (Martin ve Young, 2010).

Başarısızlık. Kişinin başarısız olduğu, kaçınılmaz şekilde başarısız olacağı veya akranlarına kıyasla yetersiz olduğu inancını içermektedir (Martin ve Young, 2010).

Zedelenmiş sınırlar. Bu alanda, iç sınırlarda, başkalarına karşı sorumluluk üstlenmede ya da uzun soluklu hedef yöneliminde eksiklikle ilişkili şemalar bulunmaktadır. Bu şemalar başkalarının haklarına saygı duyma, başkalarıyla bir arada hareket etme, verdiği sözleri tutma veya kendisine gerçekçi hedefler koyma güçlüğüne sebep olmaktadır. Genellikle sınır koymak ve sorumluluk vermekten ziyade fazla serbest, aşırı hoşgörülü, yönlendirme yapmayan veya üstünlük algısına sahip bir aile

çevresinde bu şemalar ortaya çıkmaktadır (Young ve ark., 2003). Zedelenmiş sınırlar alanındaki şemalar:

Haklılık/Büyüklemeçilik. Kişinin diğerlerinden üstün olduğu, özel hak ve ayrıcalıkları olduğu, kurallara uymak zorunda olmadığı inancını içermektedir ve bu şemaya sahip kişiler sonucu ne olursa olsun kendi istedikleri şeyi yapabilmek ve elde edebilmek konusunda ısrarcı bir tutum sergilemektedir (Martin ve Young, 2010).

Yetersiz özdenetim. Kişinin hedeflerine ulaşması veya duygu ve dürtülerinin aşırı ifadesini engellemesi için gerekli özdenetimi sağlamada güçlük çekmesini içermektedir (Martin ve Young, 2010).

Diğeri yönelimlilik. Bu alandaki şemalar kişinin sevgi ve onay kazanmak için öfkesini ve doğal eğilimlerini bastırması, başkalarının istek, duygu ve tepkilerine aşırı odaklanmasını içermektedir. Bu şemalar genellikle çocuğa koşullu kabul gösteren, kendi ihtiyaç ve isteklerine çocuğunkilerden daha çok önem veren bir aile çevresinde ortaya çıkmaktadır (Martin ve Young, 2010). Diğeri yönelimlilik alanındaki şemalar:

Boyun eğicilik. İhtiyaçları bastırma ve duygularını bastırma olmak üzere iki farklı şekilde görülen bu şema, kişinin baskı altında hissederek kontrolü bir başkasına bırakmasını içermektedir (Martin ve Young, 2010).

Kendini feda. Kişinin başkalarına acı vermeyi önlemek, bencillikten ötürü suçlu hissetmekten kaçınmak veya yardıma muhtaç olarak algılanan kişilerle bağlantısını sürdürmek gibi amaçlarla kendi mutluluğu pahasına başkalarının ihtiyaçlarını gönüllü olarak karşılamasını içermektedir (Martin ve Young, 2010).

Onay arayıcılık. Kişinin saygınlık algısının başkalarının tepkisine bağlı olmasını; dolayısıyla diğer insanların onayını, kabulünü ve ilgisini kazanmaya ve uyumlu olmaya aşırı odaklanmasını içermektedir (Martin ve Young, 2010).

Aşırı tetikte olma ve bastırılmışlık. Bu alandaki şemalar, kişinin içten gelen duygularını, dürtülerini ve seçimlerini bastırmasını veya performans ve etik davranışla ilgili içselleştirdiği katı kurallara aşırı odaklanmasını içermektedir. Çoğunlukla acımasız, talepkâr ve cezalandırıcı olabilen bir aile çevresi bu şemaların kökenini oluşturmaktadır (Young ve ark., 2003).

Karamsarlık/Kötümserlik. Kişinin hayatındaki olumlu ve iyimser yönleri göz ardı edip olumsuz yönlerine odaklanmasını; çoğu durumda işlerin ters gideceği ve bozulacağına dair inancını içermektedir (Martin ve Young, 2010).

Duyguları bastırma. Kişinin kınanmak, utanç duymak veya dürtülerinin kontrolünü kaybetmekten kaçınmak için doğal eylem, duygu veya iletişimini aşırı kısıtlamasını içermektedir (Martin ve Young, 2010).

Yüksek standartlar/Aşırı eleştirelilik. Kişinin kendisine ve çevresine karşı aşırı eleştirel olmasının yanı sıra eleştiriden kaçınmak amacıyla davranış ve performansa dair çok yüksek standartları karşılaması gerektiğine dair inancını içermektedir. Bu şema mükemmeliyetçilik, gerçekçi olmayan katı kurallar koyma ve daha fazlasını başarmak için çabalama şeklinde kendini göstermektedir (Martin ve Young, 2010).

Cezalandırıcılık. Kişinin kendisi dahil olmak üzere, beklenti ve standartları karşılamayan, hata yapan insanların cezalandırılması gerektiğine dair inancını ve empati kurma, insani kusurlara izin verme konusundaki isteksizliği sebebiyle hataları affetmede zorlanmasını içermektedir (Martin ve Young, 2010).

1.3.5. Erken dönem uyumsuz şemaların sonuçları.

Erken dönem uyumsuz şemalar ve bu şemalarla başa çıkma biçimleri, daha önce de belirtildiği gibi, depresyon, kişilik bozuklukları, kaygı bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında önemli bir rol

oyunmaktadır (Young ve ark., 2003). Yapılan araştırmalara göre erken dönem uyumsuz şemaların psikolojik bozuklukları yordadığı görülmektedir (örn., Balaban ve Yıldız, 2020).

Erken dönem uyumsuz şemalar sosyal fobi ile (örn., Eldoğan ve Barışkın 2014; Pinto-Gouvenia, Castilho, Galhardo ve Cunha, 2006); şizofreninin pozitif semptomları ile (örn., Bortolon, Capdevielle, Boulenger, Gely-Nargeot ve Raffard, 2013); narsisizm ile (örn., Zeigler-Hill, Green, Arnau, Sisemore ve Myers, 2011); depresyon ile (örn., Alfafos, 2009; Gökçe, Sönmez, Yusufoglu, Yulaf ve Adak, 2017; Halvorsen, Wang ve Eisemann, 2010; Petrocelli, Glaser, Calhoun ve Campbell, 2001; Riso ve ark., 2006); kişilik bozuklukları ile (örn., Çakır, 2007; Nordahl, Hoethe ve Haugum, 2005; Shorey, Anderson ve Stuart, 2013); obsesif kompulsif bozukluk ile (örn., H. Atalay, F. Atalay, Karahan ve Çalışkan, 2008; Kim, S. W. Lee ve S. J. Lee, 2014; Kızılağaç ve Cerit, 2019; Tenore, Mancini ve Basile, 2018) oldukça ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca bu şemalar yeme bozuklukları (örn., Unoka, Tölgyes ve Czobor, 2007) ve kaygı ile de (örn., Alfafos, 2009; Kırkıkoğlu ve Koç, 2018) ilişkili bulunmaktadır.

1.3.6. Erken dönem uyumsuz şemalar ve yeme bozuklukları.

İncelenen araştırma sonuçlarında, erken dönem uyumsuz şemaların AN (örn., Meneguzzo ve ark., 2020); BN, kısıtlayıcı tipi AN ve tıknırcasına yeme/çıkartma tipi AN (örn., Unoka, Tölgyes ve Czobor, 2007; Unoka, Tölgyes, Czobor ve Simon, 2010) gibi yeme bozukluklarının oluşumu ve sürdürülmesinde rol oynadığı görülmektedir. Sheffield, Waller, Emanuelli, Murray ve Meyer (2009) tarafından erken dönem uyumsuz şemalar, ebeveynlikle ilgili erken dönemdeki olumsuz yaşantıları, çalışmada zayıf olma isteği, beden memnuniyetsizliği ve bulimiya şeklinde ele alınan yeme

patolojilerine taşıyan aracı bir bağ olarak değerlendirilmiştir. Sözü edilen araştırma sonucuna benzer şekilde Meneguzzo ve arkadaşları (2021) ayrılma ve reddedilme şema alanının çocukluk travmaları ve yeme bozukluğu tanısı ilişkisinde aracı rolde olduğunu belirtmiştir.

Yurtsever ve Sütçü (2017) tarafından yapılan çalışmada ise yeme bozuklukları açısından risk taşıyan kişilerin daha şiddetli erken dönem uyumsuz şemalara sahip olduğu ve bu şemaların bozuk yeme tutumları ile anlamlı bir ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Maher ve arkadaşları (2022) tarafından, haklılık şeması hariç diğer tüm şemaların, kişilerin yeme bozuklukları puanlarının yükselmesine yol açtığı, özellikle de yüksek standartlar şemasının, tüm yeme bozukluklarında tutarlı olarak rol alan bir şema olduğu bildirilmiştir. Pauwels, Dierckx, Schoevaerts ve Claes (2016) yeme bozukluklarının alt tiplerinden olan kısıtlayıcı ve bulimik hastaları kıyasladığında, kısıtlayıcı yeme bozukluğuna sahip hastaların başarısızlık, boyun eğicilik, yüksek standartlar puanlarının daha yüksek olduğu, bulimiya hastalarının ise yetersiz özdenetim ve duygusal yoksunluk puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Aloï ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada da yeme bozukluklarının bir başka alt tipi olan tıknırcasına yeme bozukluğu duygusal yoksunluk ve kusurluluk şemaları ile ilişkili bulunmuştur. Yapılan araştırmalar erken dönem uyumsuz şemalar ile yeme bozukluklarının tutarlı bir ilişkisi olduğunu göstermektedir.

1.3.7. Erken dönem uyumsuz şemalar ve anksiyete.

Erken dönem uyumsuz şemaların varlığı, Cámara ve Calvete (2012) tarafından yapılan çalışmada, anksiyete bozukluklarına karşı kişiyi savunmasız bırakan bir faktör olarak ele alınmıştır. Bu çalışmada dayanıksızlık ve bağımlılık şemalarının

anksiyete belirtilerindeki artışı yordadığı belirlenmiştir (Cámara ve Calvete, 2012). Delattre ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmaya göre, anksiyetenin belirli bir erken dönem uyumsuz şemasının olmadığı, anksiyete yaşanan anda tüm şemaların aşırı aktive olduğu görülmektedir. Aynı araştırmada bu şemaların çocuklukta ortaya çıkmalarının yetişkinlikte anksiyete bozukluklarına yatkınlık yarattığı belirtilmiş ve erken dönem uyumsuz şemaların farklı anksiyete bozukluklarıyla da incelenmesi önerilmiştir (Delattre ve ark., 2004). Ek olarak, erken dönem uyumsuz şemalar ile ilişkili bulunması dolayısıyla anksiyete tedavisinde Peeters, van Passel ve Krans (2021) tarafından yapılan çalışmaya göre şema terapi modelinin etkili bir şekilde kullanılabileceği belirtilmiştir.

1.4. Türkiye Alanyazında Ana Değişkenlerle Yapılmış Araştırmalar

İlgili alanyazın incelendiğinde, erken dönem uyumsuz şemalar, ON ve sağlık anksiyetesi değişkenlerinin bir arada ele alındığı bir çalışmaya rastlanmamaktadır ancak bu değişkenlerin ikili olarak ele alındığı birkaç araştırma bulunmaktadır.

Alanyazında ON ve sağlık anksiyetesi ilişkisinin ele alındığı çalışmalar incelenmiştir. Karadayı (2020) tarafından 203 kadın ve 178 erkek katılımcı olmak üzere toplamda 381 katılımcı ile yapılmış olan çalışmada, artan sağlık anksiyetesinin ON'yi yordadığına ilişkin bulgular elde edilmiştir. Ayyıldız (2020) tarafından 57 dahiliye hastası ile yapılmış olan çalışmada sağlık anksiyetesi ile ON arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Güngör, Dağ, Süzen ve Dağ (2022) tarafından 451 kadın ve 65 erkek olmak üzere toplamda 516 diyetisyen ile yapılan çalışmada sağlık anksiyetesi puanlarının artması ile ON puanları arasında zayıf derecede anlamlı ilişki olduğu görülmüştür fakat sağlık anksiyetesi olan katılımcılarda

ON saptanmamıştır. Yapılan bu incelemelere göre sağlık anksiyetesi ve ON genel olarak literatürde birbiriyle ilişkili iki değişken olarak ele alınmaktadır.

Yapılan incelemelere göre erken dönem uyumsuz şemalar ile ON ilişkisini inceleyen bir araştırmaya rastlanmıştır. Bu araştırma Uysal (2017) tarafından 235 katılımcı ile duygu düzenleme güçlükleri ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkide ON ve depresyonun aracı rolünü incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmacı tarafından ON ve zedelenmiş sınırlar boyutunun ilişkili bulunduğu bildirilmiştir.

Erken dönem uyumsuz şemalar ile anksiyete ilişkisinin ele alındığı çalışmalara rastlanmıştır. Örneğin Fişek (2019) tarafından birinci basamak sağlık kurumuna başvuran 416 hastayla yapılan araştırma sonucunda anksiyete bozukluğu grubunun sağlıklı gruba göre “karamsarlık, sosyal izolasyon, onay arayıcılık, terk edilme ve yüksek standartlar” şema puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Uygur (2020) tarafından 200 üniversite öğrencisi ile yapılmış olan çalışmada “tehditler karşısında dayanıksızlık” şemasının sosyal kaygı için anlamlı düzeyde bir yordayıcı olduğu sonucuna varılmıştır. Makas ve Çelik (2018) tarafından 381 üniversite öğrencisi ile yapılmış olan araştırmada bütün erken dönem uyumsuz şemaların sosyal görünüş kaygısı ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler gösterdiği bulgusu elde edilmiştir. Örnek verilen araştırmalarda da görüldüğü üzere erken dönem uyumsuz şemalar ile anksiyete ve çeşitli kaygılar arasında literatür genelinde anlamlı ilişki görülmektedir fakat erken dönem uyumsuz şemalar ile sağlık anksiyetesi ilişkisinin ele alındığı herhangi bir araştırma bulunamamıştır.

1.5. Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri

Bu araştırmanın temel amacı erken dönem uyumsuz şemalar, ON ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkilerin incelenmesidir. Araştırma kapsamında erken dönem

uyumsuz şemaların ON üzerindeki olası yordayıcı etkisinin ve bu iki değişkenin de sağlık anksiyetesi ile ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Araştırmanın amacına yönelik oluşturulmuş temel hipotezler aşağıda listelendiği gibidir:

Temel Hipotez 1. Katılımcıların ON puanları ile erken dönem uyumsuz şema puanları arasında doğrusal bir ilişki bulunacaktır. Doğrusal ilişkisi olan erken dönem uyumsuz şemaların ON eğiliminin üzerinde yordayıcı etkisi olacaktır.

Temel Hipotez 2. Katılımcıların sağlık anksiyetesi puanları ile erken dönem uyumsuz şema puanları arasında doğrusal bir ilişki bulunacaktır. Doğrusal ilişkisi olan erken dönem uyumsuz şemaların, sağlık anksiyetesi seviyesi üzerinde yordayıcı etkisi olacaktır.

Temel Hipotez 3. Katılımcıların sağlık anksiyetesi puanları ile ON puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunacaktır. Sağlık anksiyetesi seviyesinin ON eğilimi üzerinde yordayıcı etkisi olacaktır.

Ek olarak araştırmada ON ve sağlık anksiyetesinin risk faktörleri açısından da bilgiler sunulmuştur. Araştırma sonucunda elde edilecek verilerin bu risk faktörlerine de katkı sağlayabileceği düşüncesiyle ON ve sağlık anksiyetesinin, demografik özellikler açısından incelenmesi yan amaçlar olarak belirlenmiştir. Buna yönelik oluşturulmuş yan hipotezler aşağıda listelendiği gibidir:

Yan Hipotez 1. Katılımcıların ON eğilimleri cinsiyet, eğitim durumu, tıbbi tanı, psikiyatrik tanı, yeme bozukluğuna sahip olduğu düşüncesi, diyet, egzersiz, beden görünümünden memnuniyet, sigara kullanımı, alkol tüketimi ve medya araçlarından sağlıklı yaşam odaklı bilgileri takip etme sıklığı gibi demografik özellikler açısından anlamlı farklılıklar göstermektedir.

Yan Hipotez 2. Katılımcıların sağlık anksiyetesi seviyeleri cinsiyet, tıbbi tanı, psikiyatrik tanı, yeme bozukluğuna sahip olduğu düşünceci, diyet, egzersiz, beden görünümünden memnuniyet, sigara kullanımı, alkol tüketimi, medya araçlarından sağlıklı yaşam odaklı bilgileri takip etme sıklığı, yakın çevrede kronik hastalığa tanıklık ve yakın çevrede hastalık dolayısıyla kayıp yaşama gibi demografik özellikler açısından anlamlı farklılıklar göstermektedir.



İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde çalışma kapsamında veri toplanan örneklem, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, işlem ve verilerin analizine yönelik bilgiler aktarılmıştır.

2.1. Örneklem

Bu araştırmanın örneklemine Türkiye’de yaşayan 18 ila 62 yaş aralığındaki ($Ort.= 31.17$, $SS= 9.59$) 211’i kadın ve 72’si erkek olmak üzere toplamda 283 gönüllü katılımcı oluşturmaktadır. Örneklem kartopu yöntemi ile oluşturulmuştur. Katılımcılara ölçekler çevrimiçi olarak ulaştırılmış ve katılımcılar çevrimiçi ortamda yanıtlama yapmışlardır. Katılımcıların demografik verilere göre dağılımı Bulgular başlığı altında Tablo 2’de gösterilmektedir.

2.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın ilk adımı olarak katılımcılara Bilgilendirilmiş Onam Formu sunulmuştur. Çalışmanın amaçları doğrultusunda katılımcıların demografik bilgilerini edinmek için Demografik Bilgi Formu; ON eğilimlerinin belirlenmesi için ORTO-15; sağlık anksiyetesi düzeylerinin belirlenmesi için Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Versiyon (SAÖ-KV); erken dönem uyumsuz şemaların belirlenmesi için ise Young Şema Ölçeği Kısa Form-3 (YŞÖ-KF3) kullanılmıştır.

2.2.1. Bilgilendirilmiş onam formu.

Bu formun içeriğinde araştırmanın konusu, veri toplama araçlarını doldurmanın ne kadar zaman alacağı, araştırmacının iletişim bilgileri, gizlilik esasları, katılımın gönüllülük esasına dayandığı ve katılımcının istediği anda araştırmadan

ayrılma hakkı olduğuna dair bilgiler yer almaktadır. Onam Formu Ek A'da gösterilmiştir.

2.2.2 Demografik bilgi formu.

Ölçekleri doldurmaya başlamadan önce katılımcılara; araştırmacı tarafından hazırlanmış Demografik Bilgi Formu verilmiştir. Bu formda katılımcılara cinsiyet, yaş, iş ve eğitim bilgileri, aylık gelir düzeyleri, tıbbi ve psikolojik tanılarının olup olmadığı, beslenme biçimleri, egzersiz ve diyet yapıp yapmadıkları, sağlıklı yaşama dair güncel bilgileri takip edip etmemeleri ve takip ediyorlarsa hangi kaynakları kullandıkları gibi bilgiler sorulmuştur. Demografik Bilgi Formu Ek B'de gösterilmiştir.

2.2.3. ORTO-15 ölçeği.

ORTO-15 ölçeği Donini, Marsilli, Graziani, Imbriale ve Canella (2005) tarafından geliştirilmiştir. Bratman (2000) tarafından hazırlanan 10 soruluk Ortoreksiya kısa soru formundan yola çıkılmış, Donini ve arkadaşları (2005) tarafından bazı sorular değiştirilerek ve yeni maddeler eklenerek oluşturulmuştur. ON eğilimini değerlendiren ve 15 maddeden oluşan bir öz değerlendirme ölçeğidir (Donini ve ark., 2005).

Ölçekte kişilerden her bir maddede ifade edilen şekilde ne sıklıkla hissettiklerini belirtmeleri beklenmektedir. Maddeler dörtlü Likert formatta “her zaman”, “sık sık”, “bazen” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden biriyle cevaplanacak şekilde yazılmıştır. Her madde 1, 2, 3 ve 4 seçeneklerinden biriyle puanlanmaktadır. Ölçeğin 3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14 ve 15. maddeleri için “her zaman = 1”, “sık sık = 2”, “bazen = 3” ve “hiçbir zaman = 4” şeklinde puanlandırılmaktadır. Ölçeğin 2, 5, 8 ve 9. maddeleri ise buna göre tam ters şekilde puanlandırılmaktadır. Farklı olarak 1 ve

13. maddelerde ise “her zaman = 2”, “sık sık = 4”, “bazen = 3” ve “hiçbir zaman = 1” puana karşılık gelmektedir. ON’yi işaret eden cevaplara “1”, normal yeme davranışını gösteren cevaplara “4” puan verilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan en az 15, en fazla 60’tır. Sağlıklı yeme eğilimindekiler bu ölçekten daha düşük puan almaktadır ve alınan toplam puanın yükselmesi ortorektik eğilimin azaldığı anlamına gelmektedir (Donini ve ark., 2005).

İlk kez Arusoğlu (2006) tarafından yapılan uyarlama çalışmasında ORTO-15 ölçeğindeki tüm maddeler aslına bağlı kalınarak Türkçe’ye çevrilmiştir. Bu çalışmaya göre ölçekte 3 alt boyut bulunmaktadır. Ölçekteki 1, 3, 4, 10, 11, 12 ve 13. maddeleri içeren 1. faktör “sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler”; 2, 5, 8 ve 9. maddeleri içeren 2. faktör “besin seçimi ve yeme tutumu ve davranışları”; 6, 7, 14 ve 15. maddeleri içeren 3. faktör “besin seçimi ve değeri” olarak adlandırılmıştır.

Arusoğlu (2006) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.44 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.71 olarak bulunmuştur. ORTO-15 Ek C’de gösterilmiştir.

2.2.4. Sağlık anksiyetesi ölçeği kısa versiyon.

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Salkovskis, Rimes, Warwick ve Clark (2002) tarafından geliştirilen bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçek geliştirilirken sağlık anksiyetesinden muzdarip olan bireyleri, fiziksel hastalığı olan ancak sağlıkları konusunda aşırı derecede kaygı duymayan bireylerden ayıran; sağlıkla ilgili hafif bir endişeden hipokondriyazise kadar tüm yoğunluk aralığına duyarlı ve klinik hipokondriyazisin semptomlarını kapsayan bir ölçüm aracı ihtiyacından yola çıkılmıştır. Kısa formda yer alan 18 madde Gövde ve Hastalığın Negatif Sonuçları

olarak adlandırılmış 2 alt boyut altında toplanmıştır. Ölçekten alınan puanların artması sağlık anksiyetesinin de yükseldiğine işaret etmektedir (Salkovskis ve ark., 2002).

Türkçe'ye uyarlama çalışması Aydemir, Kırkpınar, Satı, Uykur ve Cengisiz (2012) tarafından yapılan kısa versiyon, ölçeğin orijinal yapısıyla uyumlu olarak 2 alt faktör altında toplanan 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk 14 maddesinden oluşan ve “Gövde Boyut” olarak adlandırılan 1. faktör, bedensel belirtilere aşırı duyarlılık boyutunu temsil etmektedir ve kişilerin ruhsal durumuna yönelik dörtlü sıralı yanıtlar içeren ifadelerden oluşmaktadır. Geri kalan 4 maddeden oluşan ve “Hastalığın Olumsuz Sonuçlarıyla İlişkili Boyut” olarak adlandırılan 2. faktör ise bedensel hastalıkla ilgili kaygı boyutunu temsil etmektedir ve bu maddelerde kişilerden, ciddi bir hastalıkları olduğunu düşünerek ruhsal durumlarının nasıl olabileceğine dair tahminde bulunarak yanıt vermeleri istenmektedir. Ölçeğin puanlaması her bir madde için 0-3 arasındadır ve yüksek puan yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini göstermektedir (Aydemir ve ark., 2012).

Ölçeğin özgün çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.95 olarak, Türkçe'ye uyarlama çalışmasında ise 0.92 olarak elde edilmiştir (Aydemir ve ark., 2012; Salkovskis ve ark., 2002). Bu çalışmadaki Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur. Bu ölçek Ek D'de gösterilmiştir.

2.2.5. Young şema ölçeği kısa form-3 (YŞÖ-KF3).

Jeffrey Young ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiş ölçeğin özgün formunda, “Kopukluk ve Reddedilmişlik, Zedelenmiş Özerklik ve Kendini Ortaya Koyma, Zedelenmiş Sınırlar, Diğer Yönelimlilik, Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık” olmak üzere 5 şema alanını kapsayan 18 boyut bulunmaktadır. Alt boyutlar, “Terk Edilme/İstikrarsızlık, Güvensizlik/Suistimal Edilme, Duyguları

Bastırma, Kusurluluk/Utanç, Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma, Bağımlılık/Yetersizlik, Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık, İç İçe Geçme/Gelişmemiş Benlik, Başarısızlık, Hak Görme/Büyüklenmecilik, Yetersiz Özdenetim, Boyun Eğicilik, Kendini Feda, Onay Arayıcılık, Karamsarlık, Duygusal Yoksunluk, Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik ve Cezalandırıcılık” olarak adlandırılmaktadır.

Toplamda 90 maddeden oluşan altılı Likert tipi ölçekte katılımcılar her maddeyi kendilerine en uygun olacak ifade ile derecelendirmektedir. (“1- Benim için tamamıyla yanlış, 2- Benim için büyük ölçüde yanlış, 3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla, 4- Benim için orta derecede doğru, 5- Benim için çoğunlukla doğru, 6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor”).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır (2009) tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmada ulaşılan faktör örüntüsü değerlendirildiğinde 14 faktörlü yapının geçerli olduğu görülmüştür. Bu 14 faktör: “Duygusal Yoksunluk, Başarısızlık, Karamsarlık, Sosyal İzolasyon/Güvensizlik, Duyguları Bastırma, Onay Arayıcılık, İç içe Geçme/Bağımlılık, Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim, Kendini Feda, Terk Edilme, Cezalandırılma, Kusurluluk, Tehditler Karşısında Dayanıksızlık ve Yüksek Standartlar” olarak adlandırılmaktadır. Bu 14 faktör üzerinden yapılan üst-sıra faktör analizinde “Zedelenmiş Otonomi, Kopukluk, Yüksek Standartlar, Diğer Yönelimlilik ve Zedelenmiş Sınırlar” olmak üzere 5 şema alanı saptanmıştır.

Türkçe’ye uyarlama çalışmasında yapılan analizler sonucu, alt ölçekler için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayılarının 0.63 ile 0.80 arasında değiştiği görülmüştür. Üst sıra faktör analizi sonucu saptanan şema alanları için ise Cronbach alfa iç tutarlılık

katsayıları 0.53 ile 0.81 arasında değişmektedir (Soygüt ve ark., 2009). YŞÖ-KF3 Ek E’de gösterilmiştir.

Young ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiş olan özgün ölçekte yer alan 18 şemaya ikinci bir faktör analizi çalışması Sarıtaş-Atalar ve Gençöz (2015) tarafından yapılmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda “zedelenmiş özerklik-öteki yönelimlilik (ZÖ-ÖY), zedelenmiş sınırlar-abartılı standartlar (ZS-AS), ayrılma-reddedilme (AR)” olarak adlandırılan 3 şema alanına ulaşılmıştır. ZÖ-ÖY, “bağımlılık, boyun eğicilik, başarısızlık, terk edilme, iç içelik, dayanıksızlık” olarak adlandırılan şemaları; ZS-AS “karamsarlık, yüksek standartlar, haklılık, onay arayıcılık, kendini feda, yetersiz özdenetim” olarak adlandırılan şemaları; AR ise “duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, duyguları bastırma, cezalandırıcılık, kötüye kullanılma, kusurluluk” olarak adlandırılan şemaları içermektedir.

Bu araştırmada, daha güncel bulgular içermesi sebebiyle Sarıtaş-Atalar ve Gençöz (2015) tarafından oluşturulmuş olan faktör analizi kullanılmış ve analizlerde erken dönem uyumsuz şemalar bu şema alanlarına göre sınıflandırılmıştır. Sarıtaş-Atalar ve Gençöz (2015) tarafından yapılan çalışmada ZÖ-ÖY, ZS-AS, AR şema alanlarının Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayıları sırasıyla 0.86, 0.80 ve 0.80’dir. Bu çalışmada ise bu şema alanlarının Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayıları sırasıyla 0.86, 0.84 ve 0.86 olarak bulunmuştur. YŞÖ-KF3 Ek E’de gösterilmiştir.

2.3. İşlem

Çalışma verileri, Acıbadem Üniversitesi Etik Kurul onayı alındıktan sonra Aralık 2020-Mart 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Katılımcılara sosyal medya, elektronik posta ve kısa mesaj üzerinden kartopu yöntemi ile ulaşılmış ve veri toplama araçları Google Formlar aracılığıyla uygulanmıştır. Ölçekleri doldurmadan önce tüm

katılımcılar tarafından bilgilendirilmiş onam formu onaylanmış ve demografik bilgi formunda yer alan sorular yanıtlanmıştır. Ardından tüm katılımcılara aynı sıra ile ORTO-15, SAÖ-KV ve YŞÖ-KF3 uygulanmıştır. Ölçeklerin tamamlanması yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

2.4. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 26 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Öncelikle verilerin parametrik istatistiğin varsayımlarını karşılayıp karşılamadığı incelendikten sonra, sayıtların karşılandığı durumlarda değişkenler arasındaki ilişkileri anlamak amacıyla Basit Doğrusal Korelasyon Analizi, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi; demografik bilgi formunda alınan bilgilere göre yapılacak olan ikili karşılaştırmalar için ise Bağımsız Gruplar için t Test, ikiden fazla karşılaştırmalar için de tek yönlü ANOVA analizleri kullanılmıştır. İlgili sayıtların karşılanmadığı durumlarda ise bu analizlerin parametrik olmayan analiz karşılıkları kullanılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde çalışmanın hipotezleri ve amaçları doğrultusunda yapılan istatistiksel analizlere ilişkin bulgular yer almaktadır. Betimsel analizlere ilişkin bulgulara, demografik bilgi formundan elde edilen verilere göre çalışmada kullanılan ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara, çalışmanın ana değişkenlerine ait korelasyon ve regresyon analizlerine ait bulgulara yer verilmiştir.

3.1. Örneklem Ait Demografik Bilgiler

Araştırmada %74.6'sı kadın ve %25.4'ü erkek olmak üzere toplamda 283 gönüllü katılımcıdan veri toplanmıştır. Katılımcıların yaşları 18 ile 62 arasında değişmektedir ($Ort.= 31.17$, $SS= 9.59$). Tablo 2'de katılımcıların demografik özelliklere göre frekans ve yüzde dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

		N	%
Eğitim Durumu	Önlisans ve öncesi	58	20.5
	Lisans ve Lisansüstü	225	79.5
Aylık Gelir	Düşük	17	6
	Orta	226	79.9
	Yüksek	40	14.1
Tıbbi Tanı	Var	60	21.2
	Yok	223	78.8
Psikiyatrik Tanı	Var	48	17
	Yok	235	83
Yeme bozukluğu düşüncesi	Var	88	31.1
	Yok	195	68.9
Diyet	Yapmayan	181	64
	Yapan	102	36
Egzersiz	Yapmayan	221	78.1
	Yapan	62	21.9
Beden görünümü	Memnun olmayan	50	17.7
	Kısmen memnun olan	142	50.2
	Memnun olan	91	32.2
Sigara	Kullanmayan	175	61.8
	Kullanan	108	38.2
Alkol	Tüketmeyen	161	56.9
	Tüketen	122	43.1
Medya araçları takip etme sıklığı	Nadiren	102	36
	Bazen	110	38.9
	Sık sık	71	25.1
Kronik hastalığa tanıklık	Hayır	71	25.1
	Evet	212	74.9
Hastalık dolayısıyla kayıp yaşama	Hayır	184	65
	Evet	99	35

Tablo 2’de gösterildiği üzere, 283 katılımcının %20.5’i önlisans ve öncesi, %79.5’i ise lisans ve lisansüstü mezunudur. Aylık gelir düzeyini katılımcıların %6’sı düşük, %79.9’u orta ve %14.1’i ise yüksek olarak tanımlamaktadır. Katılımcılardan %21.2’si kronik hastalık tanısına; %17’si psikiyatrik tanıya sahiptir. %31.1’i yeme bozukluğu tanısı almamış olmasına rağmen kendisinde herhangi bir yeme bozukluğu olabileceğini düşünmektedir. Katılımcıların %36’sı bir diyet programı uygularken %64’ü uygulamamakta; %21.9’u düzenli egzersiz yaparken %78.1’i ise egzersiz yapmamaktadır. Beden görünümünden katılımcıların %17.7’si memnun olmadığını, %50.2’si kısmen memnun olduğunu ve %32.2’si ise memnun olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %61.8’i sigara kullanmadığını, %38.2’si sigara kullandığını; %56.9’u alkol tüketmediğini, %43.1’i alkol tükettiğini belirtmiştir. Medya araçlarından sağlıklı yaşama dair bilgileri takip etme sıklıklarını katılımcıların %36’sı nadiren, %38.9’u bazen ve %25.1’i ise sık sık olarak belirtmiştir. Katılımcıların %74.9’u yakın çevresinde kronik hastalığa tanık olduğunu, %35’i ise yakın zamanda bir hastalık dolayısıyla çevresinden birini kaybettiğini bildirmiştir.

3.2. Ortoreksiya Nervoza Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde ORTO-15 testinden alınan puanların demografik bilgi formundan elde edilen verilere göre anlamlı fark gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla yapılan bağımsız örneklemeler için t-testi, Mann-Whitney U testi ve Tek Yönlü ANOVA analizlerinin bulgularına yer verilmiştir. Demografik bilgi formundan elde edilen bazı verilere göre ORTO-15 puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bağımsız örneklemeler için t-testi sonuçları Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 3. Demografik Bilgi Formundan Elde Edilen Bazı Verilere Göre ORTO-15 Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklemeler İçin t-Testi Sonuçları

		ORTO-15 Toplam				
		n	Ort.	SS	t	p
Cinsiyet	Kadın	211	39.4	5.37	-1.78	0.08
	Erkek	72	40.7	5.78		
Eğitim	Önlisans ve öncesi	58	40.2	5.13	0.69	0.49
	Lisans/Lisansüstü	225	39.6	5.59		
Tıbbi Tanı	Var	60	39.3	5.59	0.79	0.43
	Yok	223	39.9	5.48		
Psikiyatrik Tanı	Var	48	39.7	6.41	0.12	0.90
	Yok	235	39.8	5.31		
Yeme bozukluğu düşüncesi	Hayır	195	40.78	5.15	4.80	0.00
	Evet	88	37.51	5.59		
Diyet	Yapmayan	181	41.34	5.12	7.02	0.00
	Yapan	102	36.92	5.01		
Egzersiz	Yapmayan	221	40.11	5.30	2.11	0.04
	Yapan	62	38.45	6.01		
Sigara	Kullanmayan	175	39.41	5.18	-1.28	0.20
	Kullanan	108	40.30	5.95		
Alkol	Tüketmeyen	161	39.51	5.12	-8.13	0.42
	Tüketen	122	40.06	5.97		
Kronik hastalığa tanıklık	Hayır	71	40.79	5.06	1.86	0.07
	Evet	212	39.40	5.60		
Yakın çevrede kayıp	Hayır	184	39.80	5.59	0.22	0.82
	Evet	99	39.65	5.35		

ORTO-15 ölçeğinden alınan puanların cinsiyete göre ($t_{(281)} = -1.78, p > 0.05$); araştırmanın eğitim seviyesine göre ($t_{(281)} = 0.69, p > 0.05$); herhangi bir tıbbi hastalık tanısına sahip olup olmamaya göre ($t_{(281)} = 0.79, p > 0.05$); herhangi bir psikiyatrik tanıya sahip olup olmamaya göre ($t_{(60.8)} = 0.12, p > 0.05$); sigara kullanıp kullanmamaya göre ($t_{(203.2)} = -1.28, p > 0.05$); alkol tüketip tüketmemeye göre ($t_{(237.5)} = -8.13, p > 0.05$); yakın çevrede kronik bir hastalığa tanıklık edip etmemeye göre ($t_{(281)} = 1.86, p > 0.05$) ve yakın zamanda herhangi bir hastalık sebebiyle kayıp yaşayıp yaşamamaya göre ($t_{(281)} = 0.22, p > 0.05$) anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir.

Yeme bozukluğu tanısı almamış olmasına rağmen kendisinde bir yeme bozukluğu olabileceğini düşünen katılımcıların ($Ort. = 37.51, SS = 5.59$) bir yeme bozukluğuna sahip olmadığını düşünen katılımcılara ($Ort. = 40.78, SS = 5.15$) göre ORTO-15 puanlarının daha düşük olduğu görülmüş ve ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t_{(281)} = 4.80, p < 0.05$).

Diyet yapan katılımcıların ($Ort. = 36.92, SS = 5.01$) diyet yapmayan katılımcılara ($Ort. = 41.34, SS = 5.12$) göre ORTO-15 puanlarının daha düşük olduğu görülmüş ve ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t_{(281)} = 7.02, p < 0.05$).

Egzersiz yapan katılımcıların ($Ort. = 38.45, SS = 6.01$) egzersiz yapmayan katılımcılara ($Ort. = 40.11, SS = 5.30$) göre ORTO-15 puanlarının daha düşük olduğu görülmüş ve ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t_{(281)} = 2.11, p < 0.05$).

Beden görünümünden memnun olmayan, kısmen memnun olan ve memnun olan katılımcıların ORTO-15 puanlarının ortalamaları arasında anlamlı fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Tek Yönlü ANOVA testinin sonuçları Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Beden Görünümünden Memnuniyete Göre ORTO-15 Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Testinin Sonuçları

	Memnun olmayan (n =50)		Kısmen memnun (n= 142)		Memnun (n= 91)		F	p	η^2
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS			
ORTO-15	38.82	6.11	39.12	5.14	41.23	5.44	5.094	0.007	0.035

Yapılan analiz sonucuna göre, beden görünümünden memnun olmayan katılımcıların ortalaması ($Ort.= 38.82$, $SS= 6.11$), kısmen memnun olan katılımcıların ortalaması ($Ort.= 39.12$, $SS= 5.14$) ve beden görünümünden memnun olan katılımcıların ortalamasının ($Ort.= 41.23$, $SS= 5.44$) en az ikisi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir ($F_{(2-280)} = 5.094$, $p < 0.05$). Test sonucu hesaplanan etki büyüklüğü $\eta^2 = 0.035$ olarak bulunmuştur. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucunda anlamlı farkın beden görünümünden memnun olan ile olmayan katılımcılar ve beden görünümünden memnun olan ile kısmen memnun olan katılımcıların ORTO-15 puanları arasında olduğu görülmüştür.

Medya araçlarından sağlıklı yaşam ile ilgili bilgileri nadiren, bazen ve sık sık takip eden katılımcıların ORTO-15 puanlarının ortalamaları arasında anlamlı fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Tek Yönlü ANOVA testinin sonuçları Tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5. Medya Araçları Kullanım Sıklığına Göre ORTO-15 Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Testinin Sonuçları

	Nadiren (n= 102)		Bazen (n= 110)		Sık sık (n= 71)		F	p	η^2
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS			
ORTO-15	41.96	5.27	39.73	4.98	36.59	5.08	23.098	0.000	0.141

Yapılan analiz sonucuna göre, medya araçlarından sağlıklı yaşam ile ilgili bilgileri nadiren takip eden katılımcıların ortalaması ($Ort.= 41.96$, $SS= 5.27$), bazen takip eden katılımcıların ortalaması ($Ort.= 39.73$, $SS= 4.98$) ve sık sık takip eden katılımcıların ortalamasının ($Ort.= 36.59$, $SS= 5.08$) en az ikisi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir ($F_{(2-280)}= 23.098$, $p< 0.05$). Test sonucuna göre bu fark geniş etki büyüklüğüne sahiptir ($\eta^2= 0.141$). Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucunda anlamlı farkın medya araçlarını takip sıklığı nadiren ile bazen olan, nadiren ile sık sık olan ve bazen ile sık sık olan katılımcıların ORTO-15 puanları arasında olduğu görülmüştür.

3.3. Sağlık Anksiyetesi Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde SAÖ-KV ölçeğinden alınan puanların demografik bilgi formundan elde edilen verilere göre anlamlı fark gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla yapılan bağımsız örneklem için t-testi, Mann-Whitney U testi ve Tek Yönlü ANOVA analizlerinin bulgularına yer verilmiştir.

Demografik bilgi formundan elde edilen bazı verilere göre SAÖ-KV toplam puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bağımsız örneklem için t-testi sonuçları Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Demografik Bilgi Formundan Elde Edilen Bazı Verilere Göre SAÖ-KV Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklem İ için t-Testi Sonuçları

		Sağlık Anksiyetesi Kısa Versiyon Toplam				
		n	Ort.	SS	t	p
Cinsiyet	Kadın	211	16.19	7.53	4.09	0.00
	Erkek	72	12.74	5.67		
Psikiyatrik	Var	48	18.96	9.09	-3.18	0.002
Tanı	Yok	235	14.57	6.6		
Egzersiz	Yapmayan	221	16.02	7.38	3.15	0.002
	Yapan	62	12.79	6.21		
Kronik	Hayır	71	13.38	6.95	-2.62	0.009
hastalığa	Evet	212	15.96	7.26		
tanıklık						

Yapılan bağımsız örneklem İ için t-testi sonucunda, kadın katılımcıların ($Ort.=16.19$, $SS= 7.53$) erkek katılımcılara ($Ort.= 12.74$, $SS= 5.67$) göre daha yüksek puanlara sahip olduğu gözlenmiş ve SAÖ-KV puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t_{(162.4)}= 4.09$, $p< 0.05$).

Psikiyatrik tanıya sahip katılımcıların ($Ort.= 18.96$, $SS= 9.09$) psikiyatrik tanıya sahip olmayan katılımcılara ($Ort.= 14.57$, $SS= 6.6$) göre daha yüksek puanlara sahip olduğu gözlenmiş ve SAÖ-KV puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t_{(57.5)}= -3.18$, $p< 0.05$).

Egzersiz yapan katılımcıların ($Ort.= 12.79$, $SS= 6.21$) egzersiz yapmayan katılımcılara ($Ort.= 16.02$, $SS= 7.38$) göre daha düşük puanlara sahip olduğu

gözlenmiş ve SAÖ-KV puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t_{(281)} = 3.15, p < 0.05$).

Yakın çevrede kronik hastalığa tanıklık eden katılımcıların ($Ort. = 15.96, SS = 7.26$) tanıklık etmeyen katılımcılara ($Ort. = 13.38, SS = 6.95$) göre daha yüksek puanlara sahip olduğu gözlenmiş ve SAÖ-KV puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t_{(281)} = -2.62, p < 0.05$).

Demografik bilgi formundan elde edilen bazı verilere göre SAÖ-KV puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Mann-Whitney U testi sonuçları Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Demografik Bilgi Formundan Elde Edilen Bazı Verilere Göre SAÖ-KV Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Eğitim	Önlisans/öncesi	58	158.18	9174.5	5586.5	0.91
	Lisans/lisansüstü	225	137.83	31011.5		
Tıbbi Tanı	Hayır	223	137.01	30553.5	5577.5	0.048
	Evet	60	160.54	9632.5		
Yeme Bozukluğu	Hayır	195	133.29	25991	6881	0.011
Düşüncesi	Evet	88	159.91	13912		
Diyet	Yapmayan	181	137	24797	8326	0.170
	Yapan	102	150.87	15389		
Sigara	Kullanmayan	175	138.05	24159	8759	0.301
	Kullanan	108	148.40	16027		
Alkol	Tüketmeyen	161	145.68	23454.5	9228.5	0.384
	Tüketen	122	137.14	16731.5		
Yakın Çevrede	Hayır	184	140.96	25936.5	8916.5	0.770
Kayıp	Evet	99	143.93	14249.5		

Yapılan analizler sonucunda önlisans ve öncesi ile lisans ve lisansüstü mezunu olan katılımcıların ($U= 5586.5$, $p> 0.05$); diyet yapan ile yapmayan katılımcıların ($U= 8326$, $p> 0.05$); sigara kullanan ile kullanmayan katılımcıların ($U= 8759$, $p> 0.05$); alkol tüketen ile tüketmeyen katılımcıların ($U= 9228.5$, $p> 0.05$); yakın çevrede hastalık dolayısıyla kayıp yaşayan ile yaşamayan katılımcıların ($U= 8916.5$, $p> 0.05$) SAÖ-KV puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Tıbbi hastalık tanısına sahip olan ile sahip olmayan katılımcıların ($U= 5577.5$, $p< 0.05$) ve herhangi bir yeme bozukluğuna sahip olmasa bile kendisinde bir yeme

bozukluğu olabileceğini düşünen ile düşünmeyen katılımcıların ($U= 6881$, $p< 0.05$) SAÖ-KV puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Beden görünümünden memnun olmayan, kısmen memnun olan ve memnun olan katılımcıların SAÖ-KV puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan analizlere ilişkin sonuçlar Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Beden Görünümünden Memnuniyete Göre SAÖ-KV Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Kruskal-Wallis Testinin Sonuçları

Gruplar	N	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p	Anlamlı Fark
1. Memnun Olmayan	50	181.73				1-2
2. Kısmen Memnun	142	146.66	2	23.807	0.00	1-3
3. Memnun	91	112.90				2-3

Yapılan Kruskal-Wallis testine göre, grupların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir ($\chi^2_{(2)}= 23.807$, $p< 0.05$). Mann-Whitney U testi ile yapılan çoklu karşılaştırmalar sonunda bu farkın memnun olmayan ile kısmen memnun olan, memnun olmayan ile memnun olan ve kısmen memnun olan ile memnun olan arasında olduğu belirlenmiştir.

Medya araçlarından sağlıklı yaşam ile ilgili bilgileri nadiren, bazen ve sık sık takip ettiğini belirten katılımcıların SAÖ-KV puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan analizlere ilişkin sonuçlar Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Medya Araçları Kullanım Sıklığına Göre SAÖ-KV Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Kruskal-Wallis Testinin Sonuçları

Gruplar	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p
Nadiren	102	143.78	2	0.278	0.87
Bazen	110	143.19			
Sık sık	71	137.6			

Yapılan Kruskal-Wallis testine göre, medya araçlarından sağlıklı yaşam ile ilgili bilgileri nadiren, bazen ve sık sık takip eden katılımcı gruplarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ($\chi^2_{(2)} = 0.278, p > 0.05$).

3.4. Çalışmadaki Ana Değişkenlere İlişkin Korelasyon Analizi Bulguları

Çalışmanın bu bölümünde ana değişkenler arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapılan Basit Doğrusal Korelasyon işlemi bulgularına yer verilmiştir.

Kullanılan ölçeklerden elde edilen verilere göre zedelenmiş özerklik-öteki yönelimlilik şema alanı, bu alandaki şemalar, ON toplam puanı ve sağlık anksiyetesi toplam puanı arasındaki ilişkilerinin incelendiği korelasyon katsayıları Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Zedelenmiş Özerklik-Öteki Yönelimlilik Şema Alanı ve Bu Alandaki Şemaların Diğer Ana Değişkenlerle İlişkisine İlişkin Basit Doğrusal Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Sağlık anksiyetesi								
2.ON	-.249**							
3.ZÖ-ÖY	.437**	-.064						
4.Terk edilme	.332**	-.112	.728**					
5.Başarısızlık	.313**	-.008	.794**	.402**				
6. Bağımlılık	.263**	.042	.785**	.485**	.670**			
7. Boyun eğicilik	.269**	-.033	.841**	.573**	.623**	.652**		
8.Dayanıksızlık	.541**	-.111	.777**	.548**	.525**	.497**	.525**	
9.İç içe geçme	.281**	-.055	.734**	.402**	.476**	.443**	.581**	.472**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Sağlık anksiyetesi ile ZÖ-ÖY ($r = 0.437$, $p < 0.01$) şema alanı ve bu alandaki terk edilme ($r = 0.332$, $p < 0.01$), başarısızlık ($r = 0.313$, $p < 0.01$), bağımlılık ($r = 0.263$, $p < 0.01$), boyun eğicilik ($r = 0.269$, $p < 0.01$), dayanıksızlık ($r = 0.541$, $p < 0.01$), iç içe geçme ($r = 0.281$, $p < 0.01$) şemaları arasında, pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkiler görülmüştür. Bir başka ifade ile, sağlık anksiyetesi puanı arttıkça bu şema alanı ve şemalara yönelik puanlar da artmaktadır.

ON ile ZÖ-ÖY şema alanı ve bu alandaki terk edilme, başarısızlık, bağımlılık, boyun eğicilik, dayanıksızlık, iç içe geçme şemaları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olmadığı görülmektedir ($p > 0.05$).

Zedelenmiş sınırlar-abartılı standartlar şema alanı, bu alandaki şemalar, ON toplam puanı ve sağlık anksiyetesi toplam puanı arasındaki ilişkilerinin incelendiği korelasyon katsayıları Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. Zedelenmiş Sınırlar-Abartılı Standartlar Şema Alanı ve Bu Alandaki Şemaların Diğer Ana Değişkenlerle İlişkisine İlişkin Basit Doğrusal Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Sağlık anksiyetesi								
2.ON	-.249**							
3.ZS-AS	.243**	-.079						
4.Kendini feda	.130*	-.024	.705**					
5.Yüksek standartlar	.146*	-.118*	.772**	.473**				
6.Haklılık	.081	-.030	.745**	.413**	.508**			
7.Yetersiz özdenetim	.213**	-.093	.732**	.426**	.391**	.560**		
8.Onay arayıcılık	.160**	-.066	.764**	.402**	.555**	.473**	.452**	
9.Karamsarlık	.345**	-.031	.771**	.443**	.550**	.421**	.474**	.536**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Sağlık anksiyetesi ile ZS-AS ($r = 0.243$, $p < 0.01$), şema alanı ve bu alandaki kendini feda ($r = 0.130$ $p < 0.05$), yüksek standartlar ($r = 0.146$, $p < 0.05$), yetersiz özdenetim ($r = 0.213$, $p < 0.01$), onay arayıcılık ($r = 0.160$, $p < 0.01$), karamsarlık ($r = 0.345$, $p < 0.01$) şemaları arasında, pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkiler görülmüştür. Bir başka ifade ile, sağlık anksiyetesi puanı arttıkça bu şema alanı ve şemalara yönelik puanlar da artmaktadır. Aynı basit doğrusal korelasyon analizi sonuçları, sağlık anksiyetesi ile haklılık şeması arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olmadığını göstermektedir ($p > 0.05$).

ON ile ZS-AS şema alanı ve bu alandaki kendini feda, yetersiz özdenetim, onay arayıcılık, karamsarlık arasında anlamlı ilişkiler olmadığı görülürken ($p > 0.05$); aynı basit doğrusal korelasyon analizi ON puanı ile yüksek standartlar şemasına yönelik puan arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğunu göstermektedir ($r =$

-0.118, $p < 0.05$). Bir başka ifade ile yüksek standartlar şemasına yönelik puanlar arttıkça ON eğilimi de artmaktadır.

Ayrılma-reddedilme şema alanı, bu alandaki şemalar, ON toplam puanı ve sağlık anksiyetesi toplam puanı arasındaki ilişkilerinin incelendiği korelasyon katsayıları Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Ayrılma-Reddedilme Şema Alanı ve Bu Alandaki Şemaların Diğer Ana Değişkenlerle İlişkisine İlişkin Basit Doğrusal Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Sağlık anksiyetesi								
2.ON	-.249**							
3.AR	.264**	-.027						
4.Duygusal yoksunluk	.229**	-.032	.736**					
5.Kötüye kullanılma	.247**	-.052	.805**	.477**				
6.Sosyal izolasyon	.289**	-.060	.840**	.626**	.637**			
7.Kusurluluk	.218**	.023	.769**	.572**	.471**	.591**		
8.Duyguları bastırma	.133*	-.011	.780**	.421**	.552**	.556**	.548**	
9.Cezalandırıcılık	.091	.020	.663**	.317**	.485**	.434**	.425**	.450**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.00$

Sağlık anksiyetesi ile AR ($r = 0.264$, $p < 0.01$) şema alanı ve bu alandaki duygusal yoksunluk ($r = 0.229$, $p < 0.01$), kötüye kullanılma ($r = 0.247$, $p < 0.01$), sosyal izolasyon ($r = 0.289$, $p < 0.01$), kusurluluk ($r = 0.218$, $p < 0.01$), duyguları bastırma ($r = 0.133$, $p < 0.05$) şemaları arasında, pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkiler görülmüştür. Bir başka ifade ile, sağlık anksiyetesi puanı arttıkça bu şema alanı ve şemalara yönelik puanlar da artmaktadır. Aynı basit doğrusal korelasyon analizi sonuçları, sağlık anksiyetesi cezalandırıcılık şemaları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olmadığını göstermektedir ($p > 0.05$).

ON ile AR şema alanı ve bu alandaki duygusal yoksunluk, kötüye kullanılma, sosyal izolasyon, kusurluluk, duyguları bastırma ve cezalandırıcılık şemaları arasında anlamlı ilişkiler olmadığı görülmektedir ($p > 0.05$).

Katılımcıların kullanılan ölçeklerden aldıkları puanlara göre ana değişkenler arasındaki ilişkileri ortaya koymak için yapılan basit doğrusal korelasyon işlemi, yukarıdaki tablolarda görüldüğü üzere sağlık anksiyetesi ile ON puanları arasında, negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğunu göstermektedir ($r = -0.249$, $p < 0.01$). Bir başka ifade ile, sağlık anksiyetesi puanı arttıkça ON puanı azalmaktadır. ON puanının azalması ON eğiliminin artmasını işaret ettiğinden, sağlık anksiyetesi seviyesi arttıkça ON eğilimi de artmaktadır.

3.5. Çalışmadaki Ana Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları

Çalışmanın bu aşamasında sağlık anksiyetesi ve ON puanları üzerinde etkisi olduğu düşünülen değişkenlerin bu iki değişkene ait puanları ne şekilde yordadığını göstermek amacıyla Çoklu Doğrusal Regresyon analizi yapılmıştır.

Öncelikle sağlık anksiyetesi yordanan değişken; şema alanları ve erken dönem uyumsuz şemalar iki farklı yordayıcı değişken grubu olarak ele alınmış ve korelasyon analizinde yordanan değişken ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye sahip olan şema alanları ve şemalar yapılan regresyon analizine dahil edilmiştir. Her bir yordayıcı değişken grubu için ayrı ayrı çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Yordayıcı değişkenlerin yordanan değişken üzerindeki ortak etkisini incelemek amacıyla standart yaklaşım kullanılmış ve yöntem seçeneği olarak “enter” seçilmiştir.

İlk olarak sağlık anksiyetesi puanı üzerinde etkisi olduğu düşünülen ZÖ-ÖY, ZS-AS ve AR şema alanlarının sağlık anksiyetesi puanını ne şekilde yordadığını ortaya

koymak amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucu Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. Şema Alanları Puanlarının Sağlık Anksiyetesi Puanını Yordamasına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu

Yordayanlar	B	Standart Hata	β	t	p	İkili r	Kısmi r
Sabit	7.045	1.629		4.323	0.000		
ZÖ-ÖY	0.182	0.028	0.522	6.504	0.000	0.437	0.363
ZS-AS	-0.022	0.026	-0.069	-0.826	0.409	0.243	-0.049
AR	-0.018	0.029	-0.054	-0.620	0.536	0.264	-0.037
R= 0.443	R ² = 0.197						
F ₍₃₋₂₇₉₎ = 22.758	p= 0.000						

(ZÖ-ÖY: Zedelenmiş Özerklik-Öteki Yönelimlilik. ZS-AS: Zedelenmiş Sınırlar-Abartılı Standartlar, AR: Ayrılma-Reddedilme)

Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda ZÖ-ÖY, ZS-AS ve AR şema alanları birlikte, sağlık anksiyetesi puanları ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($R= 0.443$, $R^2= 0.197$) sergilemişlerdir ($F_{(3-279)}= 22.758$, $p< 0.01$). Söz konusu üç değişken birlikte sağlık anksiyetesi puanlarındaki değişimin %20'sini açıklamaktadır. Standartlaştırılmış regresyon katsayılarına göre, yordayıcı değişkenlerin sağlık anksiyetesi üzerindeki göreceli önem sırası, ZÖ-ÖY ($\beta= 0.522$), ZS-AS ($\beta= -0.069$) ve AR'dir ($\beta= -0.054$). Regresyon analizinin anlamlılık testleri göz önüne alındığında, yordayıcı değişkenlerden sadece ZÖ-ÖY ($p< 0.01$) değişkeninin sağlık anksiyetesi üzerinde anlamlı yordayıcı olduğu görülmektedir. Yordayıcı değişkenlerle sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkilere bakıldığında, ZÖ-ÖY ile ($r= 0.437$), [diğer yordayıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde ($r= 0.363$)], ZS-AS ile ($r= 0.243$), [diğer yordayıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde ($r= -0.049$)], AR ile ($r= 0.264$), [diğer yordayıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde ($r= -0.037$)] düzeyinde

korelasyon gözlenmektedir. Regresyon analizi sonuçlarına göre sağlık anksiyetesini yordayan regresyon denklemi şu şekildedir:

$$\text{Sağlık Anksiytesi Puanı} = (0.182 \times \text{ZÖ-ÖY Puanı}) + (-0.022 \times \text{ZS-AS Puanı}) + (-0.018 \times \text{AR Puanı}) + (7.045)$$

Daha spesifik olarak ele almak için, üzerinde etkisi olduğu düşünülen şemaların sağlık anksiytesi puanını ne şekilde yordadığını ortaya koymak amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucu Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14. Erken Dönem Uyumsuz Şema Puanlarının Sağlık Anksiytesi Puanını Yordamasına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu

Yordayanlar	B	Standart Hata	β	t	p	İkili r	Kısmi r
Sabit	7.577	1.572	-	4.819	0.000	-	-
Duygusal yoksunluk	-0.009	0.115	-0.006	-0.082	0.935	0.229	-0.005
Terk edilme	0.201	0.122	0.122	1.652	0.100	0.332	0.101
Kötüye kullanılma	-0.016	0.109	-0.012	-0.149	0.881	0.247	-0.009
Sosyal izolasyon	0.82	0.124	0.056	0.659	0.510	0.289	0.040
Kusurluluk	-0.009	0.138	-0.005	-0.069	0.945	0.218	-0.004
Başarısızlık	0.103	0.116	0.068	0.892	0.373	0.313	0.055
Bağımlılık	-0.133	0.160	-0.067	-0.829	0.408	0.263	-0.051
Dayanıksızlık	0.781	0.112	0.531	6.962	0.000	0.541	0.393
İç içe geçme	0.146	0.105	0.097	1.390	0.166	0.281	0.085
Boyun eğicilik	-0.075	0.144	-0.044	-0.522	0.602	0.269	-0.032
Kendini feda	-0.207	0.098	-0.149	-2.114	0.035	0.130	-0.129
Duyguları bastırma	-0.040	0.096	-0.030	-0.418	0.676	0.133	-0.026
Yüksek standartlar	0.009	0.109	0.006	0.081	0.936	0.146	0.005
Yetersiz özenetim	0.069	0.096	0.047	0.720	0.472	0.213	0.044
Onay arayıcılık	-0.192	0.096	-0.139	-1.995	0.047	0.160	-0.121
Karamsarlık	0.031	0.107	0.023	0.287	0.774	0.345	0.018
R= 0.575	R ² = 0.331						
F ₍₁₆₋₂₆₆₎ = 8.224	p= 0.000						

Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda duygusal yoksunluk, terk edilme, kötüye kullanılma, sosyal izolasyon, kusurluluk, başarısızlık, bağımlılık, dayanıksızlık, iç içe geçme, boyun eğicilik, kendini feda, duyguları bastırma, yüksek standartlar, yetersiz özdenetim, onay arayıcılık ve karamsarlık şemaları birlikte, sağlık anksiyetesi puanları ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($R = 0.575$, $R^2 = 0.331$) sergilemişlerdir ($F_{(16-266)} = 8.224$, $p < 0.01$). Söz konusu değişkenler birlikte sağlık anksiyetesi puanlarındaki değişimin %33'ünü açıklamaktadır. Standartlaştırılmış regresyon katsayılarına göre, yordayıcı değişkenlerin sağlık anksiyetesi üzerindeki göreceli önem sırası, dayanıksızlık ($\beta = 0.531$), kendini feda ($\beta = -0.149$), onay arayıcılık ($\beta = -0.139$), terk edilme ($\beta = 0.122$), iç içe geçme ($\beta = 0.097$), başarısızlık ($\beta = 0.068$), bağımlılık ($\beta = 0.067$), sosyal izolasyon ($\beta = 0.056$), yetersiz özdenetim ($\beta = 0.047$), boyun eğicilik ($\beta = -0.044$), duyguları bastırma ($\beta = -0.030$), karamsarlık ($\beta = 0.023$), kötüye kullanılma ($\beta = -0.012$), yüksek standartlar ($\beta = 0.006$), duygusal yoksunluk ($\beta = 0.006$) ve kusurluluktur ($\beta = -0.005$). Regresyon analizinin anlamlılık testleri göz önüne alındığında, yordayıcı değişkenlerden sadece dayanıksızlık ($p < 0.01$), kendini feda ($p < 0.05$) ve onay arayıcılık ($p < 0.05$) değişkenlerinin sağlık anksiyetesi üzerinde anlamlı yordayıcı olduğu görülmektedir. Yordayıcı değişkenlerle sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkilere bakıldığında, duygusal yoksunluk ile ($r = 0.229$), [diğer yordayıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde ($r = -0.005$)], terk edilme ile ($r = 0.101$), [diğer yordayıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde ($r = 0.083$)], kötüye kullanılma ile ($r = 0.247$), [diğer yordayıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde ($r = -0.009$)], sosyal izolasyon ile ($r = 0.289$), [diğer yordayıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde ($r = 0.040$)], kusurluluk ile ($r = 0.218$), [diğer yordayıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde ($r = -0.004$)], başarısızlık ile ($r = 0.313$), [diğer yordayıcı

değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde ($r= 0.055$)), bağımlılık ile ($r= 0.263$), [diğer yordayıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde ($r= -0.051$)], dayanıksızlık ile ($r= 0.541$), [diğer yordayıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde ($r= 0.393$)], iç içe geçme ile ($r= 0.281$), [diğer yordayıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde ($r= 0.085$)], boyun eğicilik ile ($r= 0.269$), [diğer yordayıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde ($r= -0.032$)], kendini feda ile ($r= 0.130$), [diğer yordayıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde ($r= -0.129$)], duyguları bastırma ile ($r= 0.133$), [diğer yordayıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde ($r= -0.026$)], yüksek standartlar ile ($r= 0.146$), [diğer yordayıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde ($r= 0.005$)], yetersiz özdenetim ile ($r= 0.213$), [diğer yordayıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde ($r= 0.044$)], onay arayıcılık ile ($r= 0.160$), [diğer yordayıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde ($r= -0.121$)], karamsarlık ile ($r= 0.345$), [diğer yordayıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde ($r= 0.018$)] düzeyinde korelasyon gözlenmektedir. Regresyon analizi sonuçlarına göre sağlık anksiyetesini yordayan regresyon denklemi şu şekildedir:

$$\begin{aligned} \text{Sağlık Anksiyesi Puanı} = & (-0.009 \times \text{Duygusal Yoksunluk Puanı}) + (- \\ & 0.201 \times \text{Terk Edilme Puanı}) + (-0.016 \times \text{Kötüye Kullanılma Puanı}) + (0.082 \times \text{Sosyal} \\ & \text{İzolasyon Puanı}) + (-0.009 \times \text{Kusurluluk Puanı}) + (0.103 \times \text{Başarısızlık Puanı}) + (- \\ & 0.133 \times \text{Bağımlılık Puanı}) + (0.781 \times \text{Dayanıksızlık Puanı}) + (0.146 \times \text{İç İçe Geçme} \\ & \text{Puanı}) + (-0.075 \times \text{Boyun Eğicilik Puanı}) + (-0.207 \times \text{Kendini Feda Puanı}) + (- \\ & 0.040 \times \text{Duyguları Bastırma Puanı}) + (0.009 \times \text{Yüksek Standartlar Puanı}) + \\ & (0.069 \times \text{Yetersiz Özdenetim Puanı}) + (-0.192 \times \text{Onay Arayıcılık Puanı}) + \\ & (0.031 \times \text{Karamsarlık Puanı}) + (7.577) \end{aligned}$$

Çalışmanın devamında, ON yordanan değişken olarak ele alınmıştır. Korelasyon analizinde yordanan değişken ile anlamlı bir ilişkiye sahip tek erken dönem uyumsuz şema olan yüksek standartlar şeması ve sağlık anksiyetesi yordayıcı değişkenler olarak yapılan regresyon analizine dahil edilmiştir. Şema alanlarından hiçbirisi korelasyon analizinde yordanan değişken ile anlamlı bir ilişki göstermediğinden bu analizin dışında bırakılmıştır. Korelasyon analizine göre anlamlı ilişkiye sahip yordayıcı değişkenlerin yordanan değişken üzerindeki ortak etkisini incelemek amacıyla Çoklu Doğrusal Regresyon analizi yapıp standart yaklaşım kullanılmış ve yöntem seçeneği olarak “enter” seçilmiştir.

ON puanı üzerinde etkisi olduğu düşünülen sağlık anksiyetesi ve yüksek standartlar değişkenlerinin ON puanını ne şekilde yordadığını ortaya koymak amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucu Tablo 15’te gösterilmiştir.

Tablo 15. Sağlık Anksiyetesi ve Yüksek Standartlar Puanlarının Ortoreksiya Nervoza Puanını Yordamasına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu

Yordayanlar	Standar						
	B	t	β	t	p	İkili r	Kısmi r
	Hata						
Sabit	43.975	1.199	-	36.685	0.000	-	-
Sağlık anksiyetesi	-0.179	0.44	-0.237	-4.063	0.000	-0.249	-0.236
Yüksek standartlar	-0.093	0.65	-0.083	-1.422	0.156	-0.118	-0.085
R= 0.262	R ² = 0.069						
F ₍₂₋₂₈₀₎ = 10.331	p= 0.000						

Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda sağlık anksiyetesi ve yüksek standartlar şeması birlikte, ON puanları ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($R= 0.262$, $R^2= 0.069$) sergilemişlerdir ($F_{(2-280)}= 10.331$, $p< 0.01$). Söz konusu iki

değişken birlikte ON puanlarındaki değişimin %7'sini açıklamaktadır. Standartlaştırılmış regresyon katsayılarına göre, yordayıcı değişkenlerin sağlık anksiyetesi üzerindeki göreceli önem sırası, sağlık anksiyetesi ($\beta = -0.237$) ve yüksek standartlardır ($\beta = -0.083$). Regresyon analizinin anlamlılık testleri göz önüne alındığında, yordayıcı değişkenlerden sadece sağlık anksiyetesi ($p < 0.01$) değişkeninin ON üzerinde anlamlı yordayıcı olduğu görülmektedir. Yordayıcı değişkenlerle ON arasındaki ilişkilere bakıldığında, sağlık anksiyetesi ile ($r = -0.249$), [diğer yordayıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde ($r = -0.236$)], yüksek standartlar şeması ile ($r = -0.118$), [diğer yordayıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde ($r = -0.085$)] düzeyinde korelasyon gözlenmektedir. Regresyon analizi sonuçlarına göre ON'yi yordayan regresyon denklemi şu şekildedir:

$$\text{Ortoreksiya Nervoza Puanı} = (-0.179 \times \text{Sağlık Anksiyetesi Puanı}) + (-0.093 \times \text{Yüksek Standartlar Puanı}) + (43.975)$$

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Yapılan araştırmada, erken dönem uyumsuz şemalar, ON ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Erken dönem uyumsuz şemaların ON ve sağlık anksiyetesi üzerinde yordayıcı etkisi, sağlık anksiyetesinin ON üzerindeki yordayıcı etkisi incelenmiştir. Tartışmada ilk olarak demografik özelliklere göre ON puanları arasındaki karşılaştırmalar ve sağlık anksiyetesi puanları arasındaki karşılaştırmalar ele alınmaktadır. Sonrasında erken dönem uyumsuz şemaların ON ve sağlık anksiyetesi üzerindeki yordayıcı etkileri ve sağlık anksiyetesinin ON üzerindeki yordayıcı etkisi tartışılmıştır. Son olarak araştırmanın sınırlılıklarına ve gelecek araştırmalar için önerilere yer verilmiştir.

4.1. Ortoreksiya Nervoza Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

ON puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırılması amacıyla yapılan inceleme sonucunda ON eğiliminin cinsiyete, eğitim durumuna, tıbbi tanıya sahip olmaya, psikiyatrik tanıya sahip olmaya, sigara kullanımına, alkol tüketimine, yakın çevrede kronik hastalığa tanıklık etmiş olmaya ve hastalık dolayısıyla yakın çevrede kayıp yaşamaya göre farklılaşmadığı; kişinin bir yeme bozukluğuna sahip olma düşüncesine, diyet yapmasına, egzersiz yapmasına, beden memnuniyetine ve medya araçları kullanım sıklığına göre farklılaştığı görülmüştür.

ON eğiliminin cinsiyete göre puan ortalamalarına bakıldığında farklılık gözlemlenmemesi, literatür ile büyük oranda uyumlu olsa da cinsiyetin ON eğilimi ile ilişkili olduğunu gösteren araştırmalar da bulunmaktadır. Baş (2014) tarafından diyetisyenlerde ON ve yeme tutumlarının saptanması amacıyla 59 kadın ve 16 erkek

olmak üzere toplamda 75 diyetisyen ile yapılmış olan çalışmada ON ile cinsiyet arasında bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır. Benzer şekilde Kaya (2018) tarafından 184 kadın ve 21 erkek olmak üzere toplamda 205 beslenme ve diyetetik öğrencisi ile yapılan çalışmada ortorektik eğilimin cinsiyetler arası fark göstermediği görülmüştür. Özenoğlu ve Dege (2015) tarafından 126 kadın ve 38 erkek olmak üzere toplamda 164 katılımcı ile yapılmış bir başka araştırmada da ortorektik eğilimin cinsiyete göre farklılaşmadığı görülmüştür. Buna karşılık Yeşil ve arkadaşları (2018) tarafından 399 kadın ve 219 erkek olmak üzere toplamda 618 katılımcı ile yapılmış çalışmada kadınlarda, erkeklere kıyasla daha fazla ortorektik eğilim gözlemlenmiştir. Literatürdeki bu çelişkili bulgulara bakıldığında genel anlamda kadın ve erkek cinsiyet dağılımının eşit olmadığı, kadın katılımcı sayısının erkek katılımcı sayısına göre azımsanmayacak bir üstünlüğe sahip olduğu görülmektedir. Mevcut çalışmada da kadın katılımcılar örneklemin %74.6'sını oluştururken erkek katılımcılar örneklemin %25.4'ünü oluşturmaktadır. Bu çalışma sonuçlarının da katılımcıların bu kategorilere eşit oranda dağılım göstermemesi durumundan etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir.

Eğitim durumuna göre ON eğiliminin, lisans/lisansüstü mezunu katılımcılar ile önlisans/önlisans öncesi eğitim düzeyine sahip katılımcılar arasında farklılaşmaması literatür ile kısmen tutarlı görülmektedir. Aksoydan ve Camcı (2009) tarafından yapılan araştırmada eğitim durumuna göre ON eğiliminin farklılaşmadığı bulgusu elde edilmiştir. Buna karşılık, Barnes ve Caltabiano (2016) tarafından yapılan araştırmada daha yüksek eğitim seviyesine sahip olanların; Arusoğlu, Kabakçı, Köksal ve Merdol (2008) tarafından yapılan araştırmada ise üniversite ve lise/lise öncesi eğitim alanlara kıyasla üniversite üstü eğitim alanların daha yüksek ortorektik eğilim gösterdikleri

bulunmuştur. Literatürdeki bu çelişkili bulguları açıklamak için yeterli araştırma çeşitliliğinin mevcut olmadığı söylenebilir. Bunun sebebi yapılan araştırmaların büyük bir oranının halihazırda öğrenci olan yetişkin katılımcılar ile yürütülmesidir (örn., Arusoğlu, 2018; Erol, 2018; Kaya, 2018; Zarifoğlu, 2019). Mevcut araştırma sonucunda eğitim düzeyi fark etmeksizin okur-yazarlığı olan bireylerin sağlıklı beslenmeye dair bilgilere erişiminin, sağlıklarını daha iyiye götürme düşüncelerinin ve dolayısıyla sağlıklı beslenmenin hayatlarındaki öneminin benzer seviyelerde olabileceği düşünülmektedir. Bu araştırmadaki bulgulardan, alınan eğitimin seviyesinin sağlıklı beslenmeyi takıntı boyutuna taşıyan bir risk faktörü olmadığı çıkarımı elde edilmiştir.

Herhangi bir tıbbi hastalık tanısına sahip olmaya göre ON eğilimleri incelendiğinde mevcut araştırma sonucu, bir tıbbi tanıya sahip olmanın ON için risk faktörü olmayabileceğini düşündürmektedir. Bu yöndeki bulgu, Bratman (1997) tarafından ON'nin başlangıcında esasen kronik bir hastalığı veya genel sağlığı iyileştirmek arzusunun yer aldığına dair sunulan bilgilerle tutarsız olarak değerlendirilmektedir. İlgili araştırmalara bakıldığında da Yazkan (2019) tarafından yapılan çalışmada hastalık tanısına sahip olmak ile ON eğilimi arasında ilişki bulunmuştur. Fakat belirtilen araştırmada tıbbi tanısı olan (%39.1) ve olmayan (%60.3) katılımcılar, mevcut araştırmada tıbbi tanısı olan (%21.2) ve olmayan (%78.8) katılımcılara benzer şekilde örnekleme eşit dağılmamaktadır. Bu çelişkili bulgular göz önünde bulundurulduğunda, bu konuya dair genellenebilir bir sonuca ulaşmak için katılımcıların gruplar arası eşit dağılım gösterdiği çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Benzer şekilde, herhangi bir psikiyatrik tanıya sahip olmaya göre ON eğilimlerinde de gruplar arası bir farklılık olmamasına rağmen, ilgili literatüre göre ON ve çeşitli psikopatolojiler arasında ilişkiler bulunduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Bundros ve ark., 2016; Luck-Sikorski ve ark., 2018; Strahler ve ark., 2018). Mevcut çalışma kapsamında kişilerin öz bildirimlerine dayanılarak bir psikiyatrik tanıya sahip oldukları varsayılmaktadır. Daha güvenilir bir sonuca ulaşmak için klinik örnekleme yapılacak olan araştırmalar destekleyici olacaktır. Sonuç olarak elde edilen veriler değerlendirildiğinde ON için psikiyatrik tanıya sahip olmanın bir risk faktörü oluşturmayacağı çıkarımı yapılmaktadır.

Sigara ve alkol kullanımına göre ON eğiliminde kullanan ve kullanmayan gruplar arasında bir fark olmaması üzerine ilgili literatür incelendiğinde, sigara ve alkol kullanmayan bireylerde ortorektik eğilim görülme olasılığının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalara da rastlanmıştır (Hyrnik ve ark., 2016; Roncero ve ark., 2017). Fakat mevcut araştırmadaki bulguları doğrular nitelikte çalışmaların çoğunlukta olduğu görülmüştür (Aksoydan ve Camcı, 2009; Almeida ve ark., 2018; Strahler ve ark., 2018; Varga ve ark., 2014). Mevcut araştırma bulguları, ON için risk faktörü olarak alkol ve sigara tüketiminin ele alınamayacağına işaret eden araştırmaları destekler niteliktedir.

Araştırma bulgularında, yakın çevrede kronik hastalığa tanıklık etmiş veya hastalık dolayısıyla bir kayıp yaşamış olan katılımcıların ON eğilimlerinin hastalığa tanık olmamış veya hastalık dolayısıyla kayıp yaşamamış katılımcılara göre değişim göstermemesi, yakın çevrede görülen herhangi bir hastalığın veya hastalık dolayısıyla yaşanan kaybın kişinin kendi sağlığını iyileştirmesi amacını beraberinde getirmeyebileceği ve dolayısıyla sağlıklı beslenmenin takıntı haline gelmesine sebep

olmayabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Daha önce bu konuda yapılmış herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla elde edilen bu bulgu, hastalığa tanık olmanın ve hastalık dolayısıyla kayıp yaşamamanın ON için bir risk oluşturmayacağı şeklinde yorumlanarak literatüre yeni bir bilgi sağlamaktadır.

Herhangi bir yeme bozukluğu tanısı almamış olmasına rağmen kendisinde bir yeme bozukluğu olduğunu düşünen katılımcıların ON eğilimleri bir yeme bozukluğuna sahip olduğunu düşünmeyen katılımcılara göre daha yüksektir. Katılımcıların yeme alışkanlıkları ve tutumlarında bir sorun tespit etmeleri sonucunda bir yeme bozukluğuna sahip olduklarını düşünmeleri olası görülmektedir. ON eğiliminin de bozuk yeme tutumları ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Yurtsever ve Sütçü, 2017). ON eğilimlerinin daha yüksek olması ve dolayısıyla literatürdeki ilişkiye dayanarak yeme tutumlarında da sorunlar olması muhtemel görülen kişilerin, kendilerini bir yeme bozukluğuna sahip olarak değerlendirmeleri yeme tutumlarındaki sorunların farkında olmaları şeklinde yorumlanmıştır. Barthels ve arkadaşlarının (2015) belirttiği üzere, ON'ye dair içgörü bu bozukluk için bir ön koşul değildir, bazı durumlarda içgörü eksikliği bozukluğun şiddetini göstermektedir fakat bu araştırmadaki ortorektik eğilimi yüksek olan kişilerin -eğer yorumlandığı gibi yeme tutumlarında bir bozulma olabileceği düşüncesine sahiplerse- içgörü sahibi olarak değerlendirilebilecekleri düşünülmektedir. Bu konu üzerine yapılmış herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. ON'nin bir bozukluk olarak ele alınması durumunda, içgörünün varlığı veya eksikliğinin de önemli bir kriter olabileceği düşünülmektedir. Bu konuda yapılacak araştırmalar, bu bulgunun yorumlanması sonucunda edinilmiş fikirleri doğrulayacak veya yanlışlayacak bilgiler sunacaktır.

Araştırma sonucuna göre diyet yapan katılımcıların ortoreksiya eğilimlerinin diyet yapmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu konuda yapılmış diğer araştırmalar incelendiğinde de diyet yapmak ile ON eğiliminin ilişkili bulunduğu görülmektedir (Bağcı Bosi ve ark., 2017; Barthels ve ark., 2018; Bo ve ark., 2014; Missbach ve ark., 2015; Reynolds, 2018; Roncero ve ark., 2017; Segura-Garcia ve ark., 2012; Varga ve ark., 2014). Mevcut araştırma bulguları literatürdeki çalışmaları destekler niteliktedir.

Araştırmada egzersiz yapmanın yüksek ON eğilimi ile ilişkisi olduğunu gösteren çalışmalara benzer şekilde bulgular elde edilmiştir (Hyrnik ve ark., 2016; Segura-Garcia ve ark., 2012; Varga ve ark., 2014). Diğer taraftan egzersiz yapıp yapmamanın ON eğilimi için fark yaratmadığını gösteren çalışmalar da literatürde mevcuttur (Bo ve ark., 2014; Brytek-Matera ve ark., 2015a, 2015b; Dunn ve ark., 2017; Roncero ve ark., 2017; Strahler ve ark., 2018). Literatürdeki bu çelişkili bulguların egzersiz yapma motivasyonlarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Dunn ve Bratman'a (2016) göre ON için birincil hedefin kilo vermek olmadığı belirtilmektedir. Buna göre, motivasyonunun kilo vermeye yönelik olması durumunda ON eğiliminin egzersiz yapıp yapmamaya göre farklılaşmayabileceği; motivasyonun sağlıklı yaşama yönelik olması durumunda ON eğiliminin egzersiz yapıp yapmamaya göre farklılaşabileceği düşünülmektedir.

Bulgulara bakıldığında, beden görünümünden memnun olmayan katılımcılarda kısmen memnun olan ve memnun olan gruplara göre daha yüksek ON eğilimi görüldüğü; kısmen memnun olan katılımcılarda ise memnun olan katılımcılara göre daha yüksek ON eğilimi görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Bir başka ifade ile, beden görünümünden memnun olmayan veya kısmen memnun olan katılımcılar daha yüksek

ON eğilimine sahiptir. İlgili literatüre bakıldığında da mevcut araştırmadaki bulguları destekler nitelikte, beden memnuniyetsizliğinin daha yüksek ON eğilimi ile ilişkisi olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Almeida, ve ark., 2018; Barrada ve Roncero, 2018; Parra-Fernandez ve ark., 2018a).

Medya araçlarından sağlıklı yaşam ile ilgili bilgileri takip etme sıklığına göre ON eğilimi incelendiğinde, sık sık takip eden katılımcılarda bazen ve nadiren takip eden katılımcılara göre daha yüksek ON eğilimi görüldüğü; bazen takip eden katılımcılarda ise nadiren takip eden katılımcılara göre daha yüksek ON eğilimi görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Turner ve Lefevre (2017) tarafından yapılan araştırmada bir sosyal medya platformu olan Instagram kullanımının daha yüksek ortorektik eğilimle ilişkili olduğu bulgusu elde edilmiştir. Turner ve Lefevre (2017) bu bulguyu kişilerin yemek paylaşımı yapan hesapları daha çok takip ediyor olması durumunda seçici maruz kalma ile sağlıklı beslenmenin gerçekte olduğundan daha normalleşen bir duruma dönüşmesi ve kişilerin gördükleri sağlıklı beslenme alışkanlıklarına uyma ihtiyacı hissetmeleri ile açıklamaktadır. Mevcut araştırmadaki bulgunun da benzer bir şekilde medya araçlarında maruz kalınan sağlıklı yaşam ve beslenme odaklı bilgilerin kişileri bu yönde etkilemesi doğrultusunda ON eğiliminin de yükselmesi şeklinde açıklanabileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla medya araçlarının kullanım sıklığı, bu araçlardan sağlıklı yaşam odaklı paylaşımlara maruz kalmak ON için bir risk oluşturmaktadır.

4.2. Sağlık Anksiyetesi Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Sağlık anksiyetesi puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırılmasına dair inceleme sonucunda sağlık anksiyetesi düzeyinin eğitim durumuna, diyet

yapmaya, sigara kullanımına, alkol tüketimine, medya araçlarından sağlıklı yaşama dair bilgileri takip etme sıklığına ve hastalık dolayısıyla yakın çevrede kayıp yaşamaya göre farklılaşmadığı; kişinin cinsiyetine, psikiyatrik tanıya sahip olmasına, tıbbi tanıya sahip olmasına, bir yeme bozukluğuna sahip olma düşüncesine, egzersiz yapmasına, beden memnuniyetine ve yakın çevrede kronik hastalığa tanıklık etmesine göre farklılaştığı görülmüştür.

Eğitim durumu ele alındığında, önlisans/önlisans öncesi ve lisans/lisansüstü olarak belirlenen gruplar arasında sağlık anksiyetesi düzeyi değişmemektedir. Benzer şekilde Ayyıldız (2020) tarafından yapılan çalışmada eğitim durumunun okur-yazar değil, ilköğretim mezunu, ortaokul mezunu ve lise mezunu olarak mevcut araştırmadan farklı şekilde gruplandırılması halinde de gruplar arası sağlık anksiyetesi düzeyinin farklılaşmadığı görülmektedir. Yine Turan ve Akkaynak (2021) tarafından yapılan araştırmaya göre de sağlık anksiyetesi düzeyi eğitim durumuna göre fark göstermemektedir. Mevcut araştırma bulgusuna ve incelenen diğer araştırmalara göre sağlıkla ilgili yaşanan kaygının kişinin eğitim düzeyinden etkilenmediği, eğitim düzeyi fark etmeksizin kişilerin sağlıkları için yüksek ya da düşük olmak üzere benzer seviyede kaygı yaşayabilecekleri şeklinde yorumlanmıştır.

Araştırma sonuçlarına bakıldığında, diyet yapan/yapmayan gruplar arasında, sigara kullanan/kullanmayan gruplar arasında ve alkol kullanan/kullanmayan gruplar arasında sağlık anksiyetesi düzeyi değişmemektedir. Hadjistavropoulos ve Lawrence (2007) tarafından sağlık anksiyetesinin diyet ile ilişkili olduğunun belirtilmesi sonucunda bu araştırmada da diyet yapmaya göre sağlık anksiyetesi incelenmiştir fakat belirtilen ilişki mevcut araştırmada görülmemiştir. Benzer şekilde sigara ve alkol kullanımına göre sağlık anksiyetesi düzeyinin gruplar arası farklılaşmaması ise

Ayyıldız (2020) tarafından yapılan araştırmanın bulguları ile tutarlıdır. Elde edilen bulgulara göre, sağlık anksiyetesi seviyesi diyet yapıp yapmamaktan, sigara ve alkol tüketiminden etkilenmemektedir.

Medya araçlarından sağlıklı yaşama dair bilgileri nadiren, bazen ve sık sık takip etmek olmak üzere üçe ayrılmış gruplara göre sağlık anksiyetesi düzeyinin farklılık göstermediği bulgusuna ulaşılmıştır. Ayyıldız (2020) tarafından yapılan çalışmada, sağlıkla ilgili programları izleme durumu sağlık anksiyetesi düzeyiyle anlamlı ilişki gösterirken; sağlık programlarını günlük izleme süresi sağlık anksiyetesi düzeyiyle ilişkisiz bulunmuştur. Mevcut araştırmada ele alınan sıklık seviyesi esasen sağlıkla ilgili bilgilere kişinin ne derecede maruz kaldığıyla ilgili de bilgi vermektedir. Sağlık programlarını günlük izleme süresi bu maruziyete dair bilgi sağlamaktadır. Bu açıdan ele alındığında, medya araçlarından sağlıklı yaşama dair bilgileri takip etmeye göre sağlık anksiyetesi düzeyinin farklılaşmaması bulgusu Ayyıldız'ın (2020) çalışmasındaki bulgularla benzerlik taşımaktadır. Eldeki veriler sağlık anksiyetesi için medya araçlarından sağlıkla ilgili bilgileri takip etme sıklığının bir risk faktörü olmadığını göstermektedir. Fakat Azam ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan araştırma sonucunda sağlıkla ilgili bilgilere maruz kalmanın yüksek sağlık anksiyetesi düzeyi ile ilişkili olduğu bulgusuna dayanarak, mevcut araştırma başlangıcında bulguların bu gruplar arası anlamlı düzeyde farklılaşması beklenmiştir. Bu konuda literatürde kısıtlı araştırma ve çelişkili bulgular olması sebebiyle daha çok araştırmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Sağlık anksiyetesinin geçtiğimiz yıllarda DSM-4'teki Hipokondriyazis tanısıyla ilişkili olarak ele alınmasına dayanarak risk faktörleri incelendiğinde, bu tanının kişinin bir yakınının ölümüyle ilişkili olduğu bilgisine ulaşılmaktadır (APA,

2000). Araştırma başlangıcında bu bilgiye dayanarak yakın çevrede kayıp yaşayan ve yaşamayan katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyinde farklılaşma olması beklenmiştir fakat bulgulara göre bu beklentinin karşılanmadığı görülmektedir. Mevcut çalışmada herhangi bir hastalık dolayısıyla yakın çevrede bir kayıp yaşanıp yaşanmadığı sorusunun cevabı alınmıştır. Literatür ile bu tutarsızlığın, mevcut araştırmadaki “herhangi bir hastalık dolayısıyla kayıp yaşama” ifadesinin yakın çevrede kayıp yaşamayı yalnızca hastalık sebepli kayıplarla sınırlandırmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada, kadın katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyinin erkek katılımcılara göre daha yüksek bulunması, olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Bu konuda yapılan araştırma bulgularına göre de kadın katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyinin erkek katılımcılara göre daha yüksek bulunduğu görülmektedir (Aktürk Oğulluk, 2019; Ayyıldız 2020; Ekiz, İlman ve Dönmez, 2020). Mevcut araştırma bulgusu ve literatür birbiri ile uyumlu sonuçlara işaret etmektedir. Buna göre kadınların sağlık anksiyetesi için daha yüksek risk altında oldukları çıkarımı yapılabilmektedir.

Elde edilen bulgular, psikiyatrik bir tanıya sahip olan katılımcılarda psikiyatrik bir tanısı olmayan katılımcılara göre; tıbbi bir tanıya sahip olan katılımcılarda tıbbi bir tanısı olmayan katılımcılara göre daha yüksek sağlık anksiyetesi düzeyi olduğunu göstermektedir. İlgili literatür incelendiğinde sağlık anksiyetesi ile DSM-5’te bağdaştırılan somatik belirti bozukluğu tanısı altındaki risk faktörlerinde tıbbi veya psikiyatrik hastalığın yer aldığı görülmektedir (APA, 2013). Mevcut bulgular literatürle bu açıdan örtüşmekte ve araştırma başlangıcında bu gruplar arasında fark olacağı yönündeki beklentileri karşılar niteliktedir. Sağlık anksiyetesinin sağlığa yönelik bir tehdit algılama durumunda yükselmesi düşünüldüğünde, herhangi bir tıbbi

veya psikiyatrik tanı varlığının, katılımcıların algısına göre sağlığı tehdit ettiği görülmektedir.

Benzer şekilde yeme bozukluğu tanısı almamış olmasına rağmen, kendisinde yeme bozukluğu olduğunu düşünen katılımcıların yeme bozukluğuna sahip olduğunu düşünmeyen katılımcılara göre sağlık anksiyetesi düzeyi daha yüksektir. Yeme bozuklukları bir psikiyatrik tanı sınıfı olarak ele alınmaktadır. (APA, 2013). Mevcut araştırmadaki bu bulgunun, psikiyatrik tanıya sahip olmaya göre sağlık anksiyetesi düzeyinin farklılaşmasına yönelik bulguya uyumlu olduğu düşünülmektedir. Kişinin kendini yeme bozukluğu gibi bir psikiyatrik tanıya sahip olarak görmesinin de, bir uzman tarafından konmuş bir tanı gibi, sağlığı tehdit eden bir unsur olarak algılanabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Sağlık anksiyetesi düzeyinin farklılık göstermesinde etkili olan bir başka faktör ise egzersiz yapmaktır. Araştırma sonucuna göre egzersiz yapan katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyleri egzersiz yapmayanlara göre daha düşük düzeydedir. Duran, Ögüt, Asgarpour ve Kunter (2018) tarafından yapılan araştırma bulgularına göre, egzersiz yapan bireylerin egzersiz yapmayan bireylere göre kendini daha yüksek düzeyde sağlıklı hissettikleri görülmektedir. Mevcut araştırma bulgusunun katılımcıların fiziksel aktivite sonucunda sağlıklı hissetmeleri ve dolayısıyla sağlıkları hakkında daha az kaygı hissetmeleri ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Canan ve Ataoğlu (2010) tarafından yapılmış araştırma bulgularına göre, düzenli egzersiz yapan bireylerin anksiyete düzeylerinin egzersiz yapmayan bireylere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Literatürdeki bu bilgilere göre mevcut araştırmadaki bulgu tutarlıdır ve araştırma başlangıcında bu gruplar arasında farklılık bulunacağı yönündeki beklentileri karşılar niteliktedir.

Demografik verilerden bir diğeri olan beden görünümünden memnuniyete göre sağlık anksiyetesi düzeyi incelendiğinde, memnun olmayanların kısmen memnun olanlara ve memnun olanlara göre; kısmen memnun olanların ise memnun olanlara göre sağlık anksiyetesi düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Karadayı (2020) tarafından yapılan çalışmada beden imgesinde görünüşle ilgili yapılan olumsuz değerlendirmeler daha yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi ile ilişkili bulunmuştur. Bu bulgulara dayanarak, olumlu beden imajına sahip kişilerin kendilerini daha sağlıklı olarak algılıyor olabilecekleri ve dolayısıyla daha sağlıklıları ile ilgili daha düşük düzeyde kaygı yaşadıkları düşünülmektedir.

Araştırma bulguları incelendiğinde, çevresinde kronik hastalığa tanık olmuş kişilerin daha yüksek sağlık anksiyetesi düzeyine sahip olması bulgusu, hastalığa tanık olmuş kişilerin kendisinde de benzer bir hastalık olabileceğine dair kaygılarının yüksek olabileceği ve bedensel duyularına daha fazla seçici dikkat yöneltebileceği çıkarımıyla yorumlanmıştır. Bedensel duyulara daha fazla seçici dikkat yöneltmek daha önce fark edilmemiş normal duyuları da olumsuz bir belirti şeklinde yorumlamayı beraberinde getirerek sağlık anksiyetesinin sürdürücü faktörleri arasında yer almaktadır (Deale, 2007). Bu durumda kişiler daha yüksek sağlık anksiyetesine maruz kalabilmektedir. İlgili literatüre bakıldığında yapılan bazı çalışmalara göre, ailede kronik hastalığın varlığına göre sağlık anksiyetesi düzeyi farklılık göstermemektedir (Ayyıldız 2020; Özdelikara, Alkan ve Mumcu 2018). Fakat bu araştırmalarda “ailedeki hastalığa” dair bilgi verilirken, mevcut araştırmada “yakın çevredeki hastalık” ele alınmıştır. Bu ifadenin sonuçların değişiminde etkili rol oynayabileceği ve çelişkili bulguları açıklayan bir faktör olabileceği düşünülmektedir. Mevcut araştırmadaki bulgular, araştırma başlangıcındaki yakın çevresinde kronik

hastalığa tanıklık etmiş bireylerde sağlık anksiyetesi düzeyinin daha yüksek olacağı yönündeki beklentileri karşılar niteliktedir ve bu durumun sağlık anksiyetesi için bir risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir.

4.3. Çalışmadaki Ana Değişkenlere İlişkin Korelasyon ve Regresyon Analizlerinin Bulgularının Tartışılması

Araştırmaki bulgulara göre, duygusal yoksunluk, terk edilme, kötüye kullanıma, sosyal izolasyon, kusurluluk, başarısızlık, bağımlılık, dayanıksızlık, iç içe geçme, boyun eğicilik, kendini feda, duyguları bastırma, haklılık, yetersiz özdenetim, onay arayıcılık, karamsarlık ve cezalandırıcılık şemaları ile ON eğilimi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Literatürde bu bulguların karşılaştırılabilmesi için ele alınabilecek herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. ON eğilimi ile şema alanları ilişkisi incelendiğinde ise, ON toplam puanı ile ZÖ-ÖY, ZS-AS ve AR şema alanlarına yönelik puanlar arasında da bir ilişki olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır. Literatür incelendiğinde bu konuda Uysal (2017) tarafından yapılmış araştırmada şema alanlarından yalnızca zedelenmiş sınırlar şema alanının ON ile ilişkisi olduğu ve bu şema alanının ON eğilimini yordadığı; diğer şema alanlarının ON eğilimiyle ilişkisinin olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır. Buna göre, mevcut araştırmadaki şema alanları ile ON arasında anlamlı ilişki olmaması yönündeki bulgular literatürle kısmen tutarlı görünmektedir fakat mevcut araştırma ile Uysal (2017) tarafından yapılmış araştırma karşılaştırılırken erken dönem uyumsuz şemaların farklı şema alanları altında ele alınması da göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu araştırmada erken dönem uyumsuz şemalardan ON eğilimiyle ilişkisi bulunan tek şema yüksek standartlardır. ON toplam puanı ile yüksek standartlar şema puanı arasında negatif yönde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. ON puanlarının

azalmasının buna yönelik eğiliminin artmasına işaret ettiği göz önünde bulundurulduğunda, bu bulgu yüksek standartlar şema puanı arttıkça ON eğiliminin de arttığı anlamına gelmektedir. Martin ve Young'a (2010) göre mükemmeliyetçilik yüksek standartlar şemasının özelliklerinden biridir. ON'nin de mükemmeliyetçilik ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalara rastlanmıştır. (Barrada ve Roncero, 2018; Hayes ve ark., 2017; Oberle ve ark., 2017; Parra-Fernandez ve ark., 2018a). Yüksek standartlar şemasının bir diğer özelliği ise gerçekçi olmayan katı kurallar koymaktır (Martin ve Young, 2010). Dunn ve Bratman'ın (2016) belirttiği ON eğilimi yüksek olan bireylerde görülen kendi koydukları katı diyet kurallarına bağlı kalma durumunun bu açıdan yüksek standartlar şemasıyla örtüştüğü düşünülmektedir. Buna göre yüksek standartlar şemasının ON eğilimiyle ilişkili olması literatürle tutarlı görünmektedir.

Mevcut araştırma bulgularına göre, ON ile ilişkisi görülen bir diğer değişken sağlık anksiyetesidir. ON toplam puanı ile sağlık anksiyetesi toplam puanı arasında negatif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu sağlık anksiyetesi düzeyi arttıkça ON eğiliminin de arttığı anlamına gelmektedir. ON'nin yordayıcılarını belirlemek amacıyla, yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda ise bu iki değişkenin birlikte ON eğilimi ile ilişkili olduğu fakat yalnızca sağlık anksiyetesi düzeyinin ON eğiliminin anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmektedir. Sağlık anksiyetesinin ON'yi yordaması açısından bu bulgunun ilgili literatür ile tutarlı olduğu görülmektedir (Ayyıldız 2020; Güngör ve ark., 2022; Karadayı, 2020). ON'nin başlangıcı bir hastalığı veya genel sağlık durumunu iyileştirmek arzusuna bağlanmaktadır (Bratman 1997). Bu bilgi ON'nin esasen sağlıkla ilgili kaygıları ortadan kaldırmaya yönelik bir çözüm arayışı olarak ortaya çıktığı şeklinde yorumlanmıştır. Bir başka ifade ile sağlık

kaygıları ON'nin başlangıcı için etkili bir faktördür ve araştırma sonucunda sağlık anksiyetesinin ON eğilimini yordaması bu yorumu destekler niteliktedir.

Bir başka açıdan ele alındığında, yüksek standartlar şemasının ON ile ilişkili olması fakat anlamlı yordayıcı etkisinin olmamasının, ON'nin bir bozukluk olarak ele alınıp alınmayacağına yönelik tartışmalara fikir verebileceği düşünülmektedir. Erken dönem uyumsuz şemalar psikiyatrik tanılarının birçoğu ile ilişkilidir ve yeme bozukluklarının da yordayıcısı olarak ele alınmaktadır (örn., Alfasfos, 2009; Gökçe ve ark., 2017; Halvorsen ve ark., 2010; Meneguzzo ve ark., 2020; Petrocelli ve ark., 2001; Riso ve ark., 2006; Sheffield ve ark., 2009; Shorey ve ark., 2013; Unoka ve ark., 2010; Yurtsever ve Sütçü 2017). Bu araştırmaya göre, bir yeme bozukluğu sınıfına dahil edilip edilmeyeceği henüz belirlenmemiş olan ON'nin şemalar tarafından yordanmaması, diğer yeme bozukluklarıyla bu açıdan farklılık gösterdiğini vurgulayan bir faktördür. Öte yandan, Maher ve arkadaşları (2022) tüm yeme bozukluklarının yüksek standartlar şemasıyla ilişkili olduğunu belirtmektedir. Bu araştırmada da yordayıcı etkisi olmasa bile yüksek standartlar şemasının diğer yeme bozukluklarıyla olduğu gibi ON ile de ilişkili olması bir benzerlik göstergesidir. Diğer yeme bozukluklarıyla bu farklılık ve benzerliğin, ON'nin yeme bozuklukları sınıfındaki psikiyatrik tanılara dahil edilip edilmeyeceği sorusunun cevabı aranırken dikkate alınacak bir veri olduğu düşünülmektedir.

Sağlık anksiyetesi toplam puanı ile şema alanlarına yönelik puanlar arasındaki ilişkiler incelendiğinde, ZÖ-ÖY, ZS-AS ve AR şema alanlarına yönelik puanlar arttıkça sağlık anksiyetesi puanının da arttığı görülmektedir. Yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda bu şema alanlarının birlikte sağlık anksiyetesi ile ilişkili olduğu fakat yalnızca ZÖ-ÖY şema alanının sağlık anksiyetesi düzeyini anlamlı şekilde

yordadığı bulgusuna ulaşılmıştır. Bu bulguların karşılaştırılması için literatürde herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Mevcut araştırma bulguları, sağlık anksiyetesinin temelinde ZÖ-ÖY şema alanının yer aldığı bilgisini sunması açısından yeni bilgiler sağlamaktadır. Bu bulguların test edilmesi için benzer araştırmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Araştırma bulgularına bakıldığında sağlık anksiyetesi toplam puanları ile haklılık ve cezalandırıcılık şemaları arasında bir ilişki olmadığı; duygusal yoksunluk, terk edilme, kötüye kullanılma, sosyal izolasyon, kusurluluk, başarısızlık, bağımlılık, dayanıksızlık, iç içe geçme, boyun eğicilik, kendini feda, duyguları bastırma, yüksek standartlar, yetersiz özdenetim, onay arayıcılık, karamsarlık şemaları arasında pozitif yönde ilişkiler olduğu görülmüştür. Bu ilişkilerden bazılarının literatürle tutarlı olarak yorumlanabileceği hususlar olduğu söylenebilmektedir. Örneğin karamsarlık şeması kişinin hayatındaki olumlu yönleri göz ardı edip olumsuz yönlerle odaklanmasını, çoğu durumda işlerin ters gideceği ve bozulacağı inancını içermesi açısından, sağlık anksiyetesinin sürdürücü faktörlerinden seçici dikkat ile esasen iyi huylu bedensel duyuları karamsar bir şekilde yorumlamayı içermesiyle benzerdir (Abramowitz ve Braddock, 2006; Deale, 2007; Martin ve Young, 2010). Yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda bu şemaların birlikte sağlık anksiyetesi ile ilişkili olduğu fakat yalnızca dayanıksızlık, kendini feda ve onay arayıcılık şemalarının sağlık anksiyetesi üzerinde anlamlı yordayıcı olduğu görülmektedir. Dayanıksızlık şemasının, kişinin olası bir tıbbi veya duygusal bir felaketle her an karşılaşabileceği ve bunu önleyemeyeceğine dair abartılı bir korku içermesi, sağlık anksiyetesinin herhangi bir hastalığın yokluğunda kişinin kendi sağlığına yönelik algıladığı bir tehdide karşı uygunsuz veya aşırı korku ve endişeyi içermesi ile benzerlik taşımaktadır

(Abramowitz ve Braddock, 2008; Lulock ve Morley, 1996; Martin ve Young, 2010). Bu açılardan ele alındığında mevcut araştırma bulgusunun literatürle tutarlı olarak yorumlanabileceği benzerlikler olduğu görülmektedir. Bu bulguların dayanıksızlık, kendini feda ve onay arayıcılık şemalarının sağlık anksiyetesinin temelinde yer aldığı, bu şemalara sahip kişilerin sağlık anksiyetesi açısından risk altında olduğu gibi literatüre yeni bilgiler sağlayarak katkıda bulunduğu düşünülmektedir.

4.4. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

Araştırmada sağlık anksiyetesi ve ON eğiliminin bazı gruplara göre farklılık gösterirken bazı gruplar arasında farklılık göstermemesinin araştırmanın sınırlılıklarıyla alakalı olabileceği düşünülmektedir. Mevcut araştırma COVID-19 pandemisi dolayısıyla kısıtlamalar yaşanan dönemde yapılmıştır ve dolayısıyla çevrimiçi olarak ölçeklerin katılımcılara ulaştırılması gerekmiştir. Bu süreçte gruplar arası dengeli dağılım olacak şekilde yeterli katılımcıya ulaşmak mümkün olmamıştır. Bu durumun yapılan analizleri ve sonuçları etkileyen bir faktör olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma bulgularında ON eğiliminin erken dönem uyumsuz şemalardan sadece yüksek standartlar şeması ile ilişkili olduğu görülmektedir. Diğer şemalar ile ON eğilimi arasında bir ilişki bulunamamasının araştırmanın bir başka sınırlılığının kaynaklanması muhtemel olarak değerlendirilmektedir. Mevcut araştırmada kullanılan ölçeğin ON eğiliminin değerlendirilmesinde kısıtlı olabileceği düşünülmektedir. Dunn (2016) ON eğilimini ölçmek için kullanılan ORTO-15 ölçeğinin psikometrik sınırlılıkları olduğunu, bir kültürde geliştirilen bir ölçeğin başka kültürde geliştirilip Arusoğlu (2006) tarafından uyarlama çalışması yapılmıştır. Bu

ölçeğin uyarlanmış olması, Dunn (2016) tarafından belirtildiği gibi psikometrik sınırlılıklara sebep olup olmadığı sorusunu bereberinde getirmektedir. Söz konusu ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı mevcut çalışmada 0.71 olarak bulunmuştur. Kılıç (2016) Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının 0.70 ve üstü olması durumunda ölçeğin güvenilirliğinin iyi olarak değerlendirilebileceğini belirtmiştir fakat mevcut araştırmada iç tutarlılık kat sayısının bu sınıra yakın olduğu görülmektedir. Buna dayanarak, ORTO-15 ölçeğinin sonuçlarının mevcut araştırmada ON eğiliminin ölçümünü yüksek düzeyde güvenilir şekilde ölçüyor olabileceği tartışmaya açık bir konu olarak değerlendirilmektedir.

Gelecekteki çalışmalarda ON eğiliminin ölçülmesi için içinde yaşanılan kültür göz önünde bulundurularak yeni ölçüm araçlarının geliştirilebileceği düşünülmektedir. Ayrıca sonraki araştırmalarda, bu araştırmadaki bulgular çerçevesinde sağlık anksiyetesi ve ON ile ilişkili olan erken dönem uyumsuz şemalar ele alınarak, şema terapi yaklaşımının uygulanması, katılımcıların uygulama öncesi ve sonrası sağlık anksiyetesi ve ON puanlarının karşılaştırılması yoluyla bu yöntemin etkisinin test edilmesi önerilmektedir. Böylece bu araştırmada şema terapi yaklaşımının sağlık anksiyetesi ve ON belirtilerinin azaltılması için kullanılabileceği yönünde şekillenen varsayım test edilmiş olacaktır.

SONUÇ

Bu araştırmanın temel amacı erken dönem uyumsuz şemalar, ON ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkilerin incelenmesidir. Araştırma kapsamında ON eğiliminin erken dönem uyumsuz şemalar ve sağlık anksiyetesi tarafından yordanması ve demografik değişkenlere göre farklılaşması; sağlık anksiyetesi düzeyinin erken dönem uyumsuz şemalar tarafından yordanması ve demografik değişkenlere göre farklılaşması incelenmiştir.

Araştırmanın yan amaçlarına yönelik yapılan analizler sonucunda ON eğiliminin kişinin bir yeme bozukluğuna sahip olma düşüncesine, diyet yapmasına, egzersiz yapmasına, beden memnuniyetine ve medya araçları kullanım sıklığına göre; sağlık anksiyetesi düzeyinin ise kişinin cinsiyetine, psikiyatrik veya tıbbi tanıya sahip olmasına, bir yeme bozukluğuna sahip olma düşüncesine, egzersiz yapmasına, beden memnuniyetine ve yakın çevrede kronik hastalığa tanıklık etmesine göre farklılaştığı görülmektedir. Bu sonuçlar ON ve sağlık anksiyetesi için risk faktörlerine dair bilgiler sunmaktadır. Bu risk faktörlerinin bilinmesinin, risk gruplarının belirlenmesi ve önleme çalışmaları için önemli bir temel oluşturduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın temel hipotezleri doğrultusunda yapılan analiz bulguları ON eğiliminin yüksek standartlar şeması ile ilişkili olduğuna ve sağlık anksiyetesi tarafından yordandığına; sağlık anksiyetesi düzeyinin ise ZS-AS, AR şema alanları, duygusal yoksunluk, terk edilme, kötüye kullanılma, sosyal izolasyon, kusurluluk, başarısızlık, bağımlılık, iç içe geçme, boyun eğicilik, duyguları bastırma, yüksek standartlar, yetersiz özdenetim, karamsarlık şemaları ile ilişkili olduğuna ve ZÖ-ÖY şema alanı, dayanıksızlık, kendini feda ve onay arayıcılık şemaları tarafından yordandığına işaret etmektedir. Bu sonuçlar ON'nin tedavisinde, öncelikle yordayıcı

etkisi olan sağlık anksiyetesi düzeyinin incelenebileceği ve bu seviyenin azaltılması için müdahalede bulunulmasının etkili olacağını göstermektedir. Sağlık anksiyetesi düzeyinin azaltılması için ise dayanıksızlık, kendini feda ve onay arayıcılık şemaları başta olmak üzere, bu araştırmada ilişkili bulunan şemaların ele alınmasıyla şema terapi yaklaşımının kullanılabileceğini göstermektedir.

Özetle, mevcut araştırma literatüre ON ve sağlık anksiyetesinin risk faktörlerinin daha iyi anlaşılması, ON ve sağlık anksiyetesi oluşumu ve sürdürülmesinde etkili olabilecek erken dönem uyumsuz şemaların tespit edilmesi, ON ve sağlık anksiyetesi tedavisinde şema terapi modelinin de kullanılabilmesi ve önleme çalışmalarında hangi erken dönem uyumsuz şemalarla ilgili müdahalelerde bulunulması gerektiğine dair bilgiler sunması yönlerinden katkı sağlamaktadır.

KAYNAKÇA

- Abramowitz, J. S. ve Braddock, A. E. (2006). Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*, 29(2), 503-519.
- Abramowitz, J. S. ve Braddock, A. (2008). *Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: A biopsychosocial approach*. Hogrefe publishing.
- Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O. ve Deacon, B. J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 38(1), 86-94.
- Aksoydan, E. ve Camci, N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 14(1), 33-37.
- Aktepe, İ. (2022). *Covid-19 Pandemi Sürecinde Yaygın Anksiyetenin Sağlık Anksiyetesi, Bilişsel Esneklik ve Covid-19 Korkusu Bağlamında Yordanması* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Dicle Üniversitesi, Diyarbakır.
- Aktürk Oğulluk, Z. (2019). *Sosyodemografik özellikler ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık anksiyetesi üzerine etkisinin araştırılması* (Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.
- Alfasfos, L. (2009). *The early maladaptive schemas and their correlations with the psychiatric symptoms and the personality accentuations for palestinian students* (Yayınlanmamış doktora tezi). Hamburg University, Hamburg.

- Almeida, C., Vieira Borba, V. ve Santos, L. (2018). Orthorexia nervosa in a sample of Portuguese fitness participants. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(4), 443-451.
- Aloi, M., Rania, M., Caroleo, M., Carbone, E. A., Fazio, G., Calabrò, G., & Segura-Garcia, C. (2020). How are early maladaptive schemas and DSM- 5 personality traits associated with the severity of binge eating?. *Journal of Clinical Psychology*, 76(3), 539-548.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Arusoğlu, G. (2006) *Sağlıklı beslenme takıntısı (Ortoreksiya) belirtilerinin incelenmesi, ORTO-15 ölçeğinin uyarlanması (Diyetetik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi)*. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Arusoğlu, G. (2018). Beslenme ve diyetetik bölümü erkek öğrencilerinde Ortoreksiya nervoza eğiliminin belirlenmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(86), 56-71.
- Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G. ve Merdol, T. K. (2008). Ortoreksiya Nervoza ve Orto-11'in Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 283-291.
- Asil, E. ve Sürücüoğlu, M. S. (2015). Orthorexia nervosa in Turkish dietitians. *Ecology of Food and Nutrition*, 54(4), 303-313.

- Atalay, H., Atalay, F., Karahan, D. ve Çalışkan, M. (2008). Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 12(4), 268–279.
- Attia, E., Becker, A. E., Bryant-Waugh, R., Hoek, H. W., Kreipe, R. E., Marcus, M. D., ... Wonderlich, S. (2013). Feeding and eating disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 170(11), 1237-1239.
- Aydemir, Ö., Kırpınar, I., Satı, T., Uykur, B. ve Cengisiz, C. (2013). Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Archives of Neuropsychiatry/Nöropsikiatri Arşivi*, 50(4), 325-331.
- Ayyıldız, Ö. (2020). *Dahiliye hastalarında sağlık anksiyetesinin sağlıklı beslenme takıntısı ve sağlık programlarını izleme motivasyonuna etkisi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Azam, H.P., Ghorbanalipour, M. ve Habibpour, Z. (2012). A comparative study of hypochondriacal concerns in hospital personnel and students. *About Australian Journal of Basic and Applied Sciences*, 6(9), 652-655.
- Bağcı Bosi, A. T., Çamur, D. ve Güler, C. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*, 49(3), 661-666.
- Bailer, J., Kerstner, T., Witthöft, M., Diener, C., Mier, D. ve Rist, F. (2016). Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(2), 219-239.

- Balaban, G. ve Bilge, Y. (2020). Ergenlerde görülen ruhsal bozukluklar ve erken dönem uyumsuz şemalar: Cinsiyetin düzenleyici rolü. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(6), 600-608.
- Barnes, M. A. ve Caltabiano, M. L. (2016). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 177-184.
- Barrada, J. R. ve Roncero, M. (2018). Bidimensional structure of the orthorexia: development and initial validation of a new instrument. *Anales de Psicología*, 34(2), 282-290.
- Barsky, A. J., Wool, C., Barnett, M. C. ve Cleary, P. D. (1994). Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *The American Journal of Psychiatry*, 151(3), 397-401.
- Barthels, F., Meyer, F. ve Pietrowsky, R. (2015). Orthorexic eating behavior. A new type of disordered eating. *Ernahrungs Umschau*, 62(10), 156-161.
- Barthels, F., Meyer, F. ve Pietrowsky, R. (2018). Orthorexic and restrained eating behaviour in vegans, vegetarians, and individuals on a diet. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(2), 159-166.
- Baş, Y. (2014). *Diyetisyenlerde sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya nervoza) ve yeme tutumlarının saptanması* (Yayınlanmamış doktora tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Beck, A. T. (1970). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.

- Bo, S., Zoccali, R., Ponzo, V., Soldati, L., De Carli, L., Benso, A., ... Abbate-Daga, G. (2014). University courses, eating problems and muscle dysmorphia: are there any associations?. *Journal of Translational Medicine*, 12(1), 1-8.
- Bortolon, C., Capdevielle, D., Boulenger, J. P., Gely-Nargeot, M. C. ve Raffard, S. (2013). Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 209(3), 361-366.
- Bratman, S. (1997). Health food junkie. *Yoga Journal*, September/October, 42–50
- Bratman, S. (2017). Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eating and weight disorders-studies on anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(3), 381-385.
- Brytek-Matera, A., Czepczor-Bernat, K., Jurzak, H., Kornacka, M. ve Kolodziejczyk, N. (2018). Strict health-oriented eating patterns (orthorexic eating behaviours) and their connection with a vegetarian and vegan diet. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(3), 441-452.
- Brytek-Matera, A., Donini, L. M., Krupa, M., Poggiogalle, E. ve Hay, P. (2015a). Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 1-8.
- Brytek-Matera, A., Fonte, M. L., Poggiogalle, E., Donini, L. M. ve Cena, H. (2017). Orthorexia nervosa: relationship with obsessive-compulsive symptoms, disordered eating patterns and body uneasiness among Italian university students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(4), 609-617.

- Brytek-Matera, A., Rogoza, R., Gramaglia, C. ve Zeppegno, P. (2015b). Predictors of orthorexic behaviours in patients with eating disorders: a preliminary study. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1-8.
- Bundros, J., Clifford, D., Silliman, K. ve Morris, M. N. (2016). Prevalence of Orthorexia nervosa among college students based on Bratman's test and associated tendencies. *Appetite*, 101, 86-94.
- Cámara, M. ve Calvete, E. (2012). Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 58-68.
- Canan, F. ve Ataoğlu, A. (2010). Anksiyete, depresyon ve problem çözme becerisi algısı üzerine düzenli sporun etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 11(38), 38-43.
- Craig, T. K. J., Boardman, A. P., Mills, K., Daly-Jones, O. ve Drake, H. (1993). The South London Somatisation Study: I: Longitudinal Course and the Influence of Early Life Experiences. *The British Journal of Psychiatry*, 163(5), 579-588.
- Cox, B. J., Borger, S. C., Asmundson, G. J. ve Taylor, S. (2000). Dimensions of hypochondriasis and the five-factor model of personality. *Personality and individual differences*, 29(1), 99-108.
- Çakır, Z. (2007). *Antisosyal kişilik bozukluğunda erken dönem uyumsuz şemalar, algılanan ebeveynlik stilleri ve şema sürdürücü başa çıkma davranışları arasındaki ilişkiler: Şema terapi modeli çerçevesinde bir inceleme* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

- Dalmaz, M. ve Tekdemir Yurtdaş, G. (2015). Spor salonunda spor yapanlarda ortoreksiya nervoza belirtilerinin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Ortopedi Travmatoloji ve Spor Hekimliği Dergisi* 4, 23-39.
- Deale, A. (2007). Psychopathology and treatment of severe health anxiety. *Psychiatry*, 6(6), 240-246.
- Delattre, V., Servant, D., Rusinek, S., Lorette, C., Parquet, P. J., Goudemand, M. ve Hautekeete, M. (2004). The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders. *L'encephale*, 30(3), 255-258.
- Dell'Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Massimetti, G., Pini, S., Rivetti, L., ... Carmassi, C. (2016). Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population. *Rivista di Psichiatria*, 51(5), 190-196.
- Dittfeld, A., Gwizdek, K., Jagielski, P., Brzek, A. ve Ziora, K. (2017). A study on the relationship between orthorexia and vegetarianism using the BOT (Bratman Test for Orthorexia). *Psychiatria Polska*, 51, 1133–1144.
- Doğan, M. M. ve Düzel, B. (2020). Covid-19 özelinde korku-kaygı düzeyleri. *Electronic Turkish Studies*, 15(4).
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M. ve Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(2), 151-157.

- Donini, L.M., Marsilli, D., Graziani M.P., Imbriale, M. ve Canella, C. (2005). Orthorexia Nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders*, 10, e28-e32.
- Dunn, T. M. ve Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11-17.
- Dunn, T. M., Gibbs, J., Whitney, N. ve Starosta, A. (2017). Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1%: data from a US sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 185-192.
- Duran, Ü., Ögüt, S., Asgarpour, H. ve Kunter, D. (2018). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), 138-147.
- Ekiz, T., İlman, E. ve Dönmez, E. (2020). Bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ile covid-19 salgını kontrol algısının karşılaştırılması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(1), 139-154.
- Eldoğan, D. ve Barışkın, E. (2014). Erken dönem uyumsuz şema alanları ve sosyal fobi belirtileri: Duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolü var mı?. *Türk Psikoloji Dergisi*, 29(74), 108-115.
- Erol, Ö. (2018). *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin ortoreksiya nervosa belirtilerinin ve yeme tutumlarının saptanması* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi) İnönü Üniversitesi, Malatya.

- Ferguson, E. (2004). Personality as a predictor of hypochondriacal concerns: Results from two longitudinal studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(3), 307-312.
- Ferguson, E. (2008). A taxometric analysis of health anxiety. *Psychological Medicine*, 39(2), 277-285.
- Fidan, T., Ertekin, V., Işıkkay, S. ve Kırpınar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 51(1), 49-54.
- Fişek, H. (2019). *Birinci basamak sağlık kurumuna başvuran hastalarda erken dönem uyumsuz şemalar ile depresyon ve anksiyete bozukluğunun ilişkisi*, (Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Gramaglia, C., Brytek-Matera, A., Rogoza, R. ve Zeppegno, P. (2017). Orthorexia and anorexia nervosa: two distinct phenomena? A cross-cultural comparison of orthorexic behaviours in clinical and non-clinical samples. *BMC psychiatry*, 17(1), 1-5.
- Gökçe, S., Önal Sönmez, A., Yusufoglu, C., Yulaf, Y. ve Adak, İ. (2017). Erken dönem uyumsuz şemaların ergenlik dönemi depresif bozuklukla ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 283-291.
- Güngör, A. E., Dağ, B., Süzen, B. ve Dağ, A. (2022). COVID-19 Döneminde diyetisyenlerdeki sağlık anksiyetesi, koronavirüs anksiyetesi ve sağlıklı beslenme kaygısı arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 50(1), 53-62.

- Hadjistavropoulos, H. ve Lawrence, B. (2007). Does anxiety about health influence eating patterns and shape-related body checking among females?. *Personality and Individual Differences*, 43(2), 319-328.
- Halvorsen, M., Wang, C. E. ve Eisemann, M. (2010). Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-year follow-up study. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 368-379.
- Hayes, O., Wu, M. S., De Nadai, A. S. ve 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.
- Herranz Valera, J., Acuna Ruiz, P., Romero Valdespino, B. ve Visioli, F. (2014). Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: a pilot study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19(4), 469-472.
- Hyrnik, J., Janas-Kozik, M., Stochel, M., Jelonek, I., Siwiec, A. ve Rybakowski, J. K. (2016). The assessment of orthorexia nervosa among 1899 Polish adolescents using the ORTO-15 questionnaire. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 20(3), 199-203.
- İkinci, Ö. (2010). Sağlıklı beslenme saplantı olursa. *Bilim ve Teknik Dergisi, TÜBİTAK*, 516, 38-41.
- Karadayı, Ö. (2020). *Ortoreksiya ve bozuk yeme tutumlarının beden imgesi, sağlık kaygısı ve obsesif inançlarla ilişkisinin incelenmesi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Maltepe Üniversitesi, İstanbul.

- Kaya, Z. (2018). *Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinde sağlıklı yeme takıntısının (ortoreksiya nervoza) değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Okan üniversitesi, İstanbul.
- Kılıç, S. (2016). Cronbach'ın alfa güvenirlik katsayısı. *Journal of Mood Disorders*, 6(1), 47-48.
- Kırkıkoğlu, B. ve Koç, V. (2019). Depresyon ve kaygı belirtilerinin kişilerarası tarz ve erken dönem uyumsuz şemalar açısından incelenmesi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 8(3), 147-154.
- Kızılağaç, F. ve Cerit, C. (2019). Assessment of early maladaptive schemas in patients with obsessive-compulsive disorder. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 32(1), 14-22.
- Kim, J. E., Lee, S. W. ve Lee, S. J. (2014). Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 215(1), 134-140.
- Luck-Sikorski, C., Jung, F., Schlosser, K. ve Riedel-Heller, S. G. (2018). Is orthorexic behavior common in the general public? A large representative study in Germany. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(2), 267-273.
- Lucock, M. P. ve Morley, S. (1996). The health anxiety questionnaire. *British Journal of Health Psychology*, 1(2), 137-150.
- Mac Evilly, C. (2001). The price of perfection. *Nutrition Bulletin*, 26(4), 275-276.

- Maher, A., Cason, L., Huckstepp, T., Stallman, H., Kannis- Dymand, L., Millear, P., ... Allen, A. (2022). Early maladaptive schemas in eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 30(1), 3-22.
- Makas, S. ve Çelik, E. (2018). Erken dönem uyumsuz şemalar ile sosyal görünüş kaygısı arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(67), 926-937.
- Martin, R. ve Young, J. (2010). Schema therapy. K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapies* içinde (s. 317), New York: Guilford Press.
- Mathieu, J. (2005). What is orthorexia?. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(10), 1510-1512.
- McComb, S. E. ve Mills, J. S. (2019). Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite*, 140, 50-75.
- McNutt, L. A., Carlson, B. E., Persaud, M. ve Postmus, J. (2002). Cumulative abuse experiences, physical health and health behaviors. *Annals of Epidemiology*, 12(2), 123-130.
- Meneguzzo, P., Cazzola, C., Castegnaro, R., Buscaglia, F., Bucci, E., Pillan, A., ... Todisco, P. (2021). Associations between trauma, early maladaptive schemas, personality traits, and clinical severity in eating disorder patients: a clinical presentation and mediation analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 661924.
- Meneguzzo, P., Collantoni, E., Bonello, E., Busetto, P., Tenconi, E. ve Favaro, A. (2020). The predictive value of the early maladaptive schemas in social situations in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review* 2020, 1-14.

- Missbach, B., Hinterbuchinger, B., Dreiseitl, V., Zellhofer, S., Kurz, C. ve König, J. (2015). When eating right, is measured wrong! A validation and critical examination of the ORTO-15 questionnaire in German. *PloS One*, 10(8), 1-15.
- Moroze, R. M., Dunn, T. M., Holland, J. C., Yager, J. ve Weintraub, P. (2015). Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal" orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 397-403
- Nordahl, H. M., Holthe, H. ve Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 142-149.
- Noyes Jr, R., Watson, D. B., Letuchy, E. M., Longley, S. L., Black, D. W., Carney, C. P. ve Doebbeling, B. N. (2005). Relationship between hypochondriacal concerns and personality dimensions and traits in a military population. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(2), 110-118.
- Oberle, C. D. ve Lipschuetz, S. L. (2018). Orthorexia symptoms correlate with perceived muscularity and body fat, not BMI. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(3), 363-368.
- Oberle, C. D., Samaghabadi, R. O. ve Hughes, E. M. (2017). Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite*, 108, 303-310.

- Özdelikara, A., Alkan, S. A. ve Mumcu, N. (2018). Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(3), 275-282.
- Özenoğlu, A. ve Dege, G. (2015). Üniversite gençliğinde yeme bozukluğunun yordayıcıları olarak benlik saygısı ve beslenme eğitiminin ortoreksiya nervoza gelişmesi üzerine etkisi. *Bozok Tıp Dergisi*, 5(3), 5-14.
- Özkahya, K. D. (2015). *Online diyet alan yetişkin bireylerde ortoreksiya nervoza ve ilişkili parametrelerin değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Okan üniversitesi, İstanbul.
- Parra-Fernandez, M. L., Rodriguez-Cano, T., Onieva-Zafra, M. D., Perez-Haro, M. J., Casero-Alonso, V., Fernandez-Martinez, E. ve Notario-Pacheco, B. (2018a). Prevalence of orthorexia nervosa in university students and its relationship with psychopathological aspects of eating behaviour disorders. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-8.
- Parra-Fernandez, M. L., Rodríguez-Cano, T., Perez-Haro, M. J., Onieva-Zafra, M. D., Fernandez-Martinez, E. ve Notario-Pacheco, B. (2018b). Structural validation of ORTO-11-ES for the diagnosis of orthorexia nervosa, Spanish version. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(6), 745-752
- Pauwels, E., Dierckx, E., Schoevaerts, K. ve Claes, L. (2016). Early maladaptive schemas in eating disordered patients with or without non- suicidal self-injury. *European Eating Disorders Review*, 24(5), 399-405.

- Peeters, N., van Passel, B. ve Krans, J. (2021). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, July, 1-19.
- Pehlivan, E., Mete, B., Fırıncı, B. ve Doğan, E. (2019). Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza yaygınlığı ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 4(2), 166-175.
- Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B. ve Campbell, L. F. (2001). Cognitive schemas as mediating variables of the relationship between the self-defeating personality and depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(3), 183-191.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A. ve Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 571-584.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. ve Young, J. (2019). *Şema Terapi – Ayırıcı Özellikler* (M. Şaşıoğlu, Çev., A. Karaosmanoğlu ve N. Azizlerli, Çev. Ed.). Psikonet Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 2011).
- Reynolds, R. (2018). Is the prevalence of orthorexia nervosa in an Australian university population 6.5%?. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(4), 453-458.
- Riso, L. P., Froman, S. E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., ... Cherry, M. (2006). The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 515-529.

- Robbins, J. M. ve Kirmayer, L. J. (1996). Transient and persistent hypochondriacal worry in primary care. *Psychological Medicine*, 26(3), 575-589.
- Roncero, M., Barrada, J. R. ve Perpina, C. (2017). Measuring orthorexia nervosa: psychometric limitations of the ORTO-15. *The Spanish Journal of Psychology*, 20, 1-9.
- Salkovskis, P. M. ve Warwick, H. M. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24(5), 597-602.
- Salkovskis, P.M., Rimes, K.A., Warwick, H.M. ve Clark, D.M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med*, 32, 843-853.
- Sapmaz, S., (2014). *Erken dönem uyumsuz şemalar, algılanan ebeveynlik biçimleri ve duygu düzenlemenin yeme tutumu üzerindeki etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.
- Sarıtaş-Atalar, D. ve Gençöz, T. (2015). Anne ret algısı ile psikolojik sorunlar arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(1), 40-47.
- Segura-Garcia, C., Papaianni, M. C., Caglioti, F., Procopio, L., Nisticò, C. G., Bombardiere, L., ... Capranica, L. (2012). Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered behavior in athletes. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17(4), e226-e233.

- Segura-Garcia, C., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloï, M., Caroleo, M., Bruni, A., ... De Fazio, P. (2015). The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(2), 161-166.
- Sheffield, A., Waller, G., Emanuelli, F., Murray, J. ve Meyer, C. (2009). Do schema processes mediate links between parenting and eating pathology? *European Eating Disorders Review*, 17(4), 290–300.
- Shorey, R. C., Anderson, S. ve Stuart, G. L. (2013). The relation between antisocial and borderline personality symptoms and early maladaptive schemas in a treatment seeking sample of male substance users. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(4), 341-351.
- Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A. ve Çakır, Z. (2009). Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1) 75-84.
- Stein, M. B., Lang, A. J., Laffaye, C., Satz, L. E., Lenox, R. J. ve Dresselhaus, T. R. (2004). Relationship of sexual assault history to somatic symptoms and health anxiety in women. *General Hospital Psychiatry*, 26(3), 178-183.
- Strahler, J., Hermann, A., Walter, B. ve Stark, R. (2018). Orthorexia nervosa: A behavioral complex or a psychological condition?. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(4), 1143-1156.
- Şanlıer, N., Yassıbaş, E., Bilici, S., Şahin, G. ve Çelik, B. (2016). Does the rise in eating disorders lead to increasing risk of orthorexia nervosa? Correlations with

gender, education, and body mass index. *Ecology of food and nutrition*, 55(3), 266-278.

Tenore, K., Mancini, F. ve Basile, B. (2018). Schemas, modes and coping strategies in obsessive-compulsive like symptoms. *Clinical Neuropsychiatry*, 15(6) 384-392.

Turan, H. ve Akkaynak, M. (2021). Covid-19 pandemisinde özel gereksinimli çocuklar ile çalışan öğretmenlerde sağlık anksiyetesinin tükenmişlik üzerindeki etkisi. *Akademik Tarih ve Düşünce Dergisi*, 8(2), 577-588.

Turner, P. G. ve Lefevre, C. E. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 277-284.

Unoka, Z., Tölgyes, T. ve Czobor, P. (2007). Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: A differential association. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 199-204.

Unoka, Z., Tölgyes, T., Czobor, P. ve Simon, L. (2010). Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(6), 425-431.

Uygur, M. (2020). *Üniversite öğrencilerinde sosyal anksiyete düzeyinin erken dönem uyumsuz şemalar ve üst bilişler ile ilişkisinin incelenmesi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi) İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul.

- Uysal, H. (2017). *Duygu düzenleme güçlükleri ile orthorexia nervosa arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların etkisi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul.
- 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.
- Varga, M., Thege, B. K., Dukay-Szabó, S., Túry, F. ve van Furth, E. F. (2014). When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in hungary. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1-11.
- Wells, A. ve Hackmann, A. (1993). Imagery and core beliefs in health anxiety: Content and origins. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21(3), 265-273.
- Woods, S. M., Natterson, J. ve Silverman, J. (1966). Medical students' disease: Hypochondriasis in medical education. *Academic Medicine*, 41(8), 785-90.
- Yazkan, G. (2019). *Sağlık çalışanlarının ortoreksiya nervoza eğilimleri ile obsesif-kompulsif belirtiler arasında pozitif prediktif değer ilişkisi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla.
- Yeşil, E., Turhan, B., Tatan, D., Şarahman, C. ve Saka, M. (2018). Yetişkin bireylerde cinsiyetin ortoreksiya nervoza eğilimine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 1-9.
- Yurtsever, S. S. ve Sütçü, S. T. (2017). Algılanan ebeveynlik biçimleri ile bozulmuş yeme tutumu arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların ve duygu düzenleme güçlüğüne aracılık rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 32(80), 20-43.

Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Zarifoğlu, A. (2019). *Farklı fakültelerdeki üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza görülme sıklığı ile yeme tutum davranışları ve beden algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.

Zeigler-Hill, V., Green, B. A., Arnau, R. C., Sisemore, T. B. ve Myers, E. M. (2011). Trouble ahead, trouble behind: Narcissism and early maladaptive schemas. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(1), 96-103.

EKLER

Ek A. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın katılımcı,

Bu tez araştırması, Dr. Öğretim Üyesi Fatma Kahraman danışmanlığında, Acıbadem Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Elif Tuna Gürbüz tarafından yürütülmektedir. Araştırmanın konusunu erken dönem uyumsuz şemalar, sağlık anksiyetesi ve ortoreksiya arasındaki ilişkiler oluşturmaktadır. Ölçeklerde yer alan soruların doğru ya da yanlış yanıtları yoktur. Sizden istenen, soruları dikkatlice okumanız ve yalnızca size en uygun seçeneği işaretlemenizdir. Ölçeği tamamlamak yaklaşık 20 dakika sürecektir. Vereceğiniz bilgiler tamamen gizli tutulacaktır ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Yanıtlarınız bireysel olarak değil, tüm katılımcılardan elde edilen toplu veriler üzerinden analiz edilecektir ve yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Sizden herhangi bir kimlik bilgisi istenmeyecektir. Çalışmaya katılım sadece gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışma sırasında sizi rahatsız edecek herhangi bir durumla karşılaşırsanız ya da devam etmek istemezseniz ölçeği yarıda bırakmakta özgürsünüz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Herhangi bir soru ya da sorunla ilgili olarak etgurbuz@gmail.com adresi üzerinden iletişime geçebilirsiniz.

Ek B. Demografik Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz:

2. Yaşınız:

3. En son mezun olduğunuz dereceyi belirtiniz:

- ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise
☐ Ön lisans ☐ Lisans ☐ Lisansüstü

4. Aylık gelir seviyenizi nasıl tanımlarsınız?

- ☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek

5. Herhangi bir tıbbi tanıya sahip misiniz?

- ☐ Hayır ☐ Evet Evet ise belirtiniz:

6. Herhangi bir psikiyatrik tanıya sahip misiniz?

- ☐ Hayır ☐ Evet Evet ise belirtiniz:

7. Tanı almadıysanız bile bir yeme bozukluğuna sahip olduğunuzu düşündünüz mü?

- ☐ Hayır ☐ Evet

8. Son 6 ay içinde uyguladığınız bir diyet programınız var mı?

- ☐ Hayır ☐ Evet

9. Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?

- ☐ Hayır ☐ Evet

10. Alkollü içecek tüketiyor musunuz?

- ☐ Hayır ☐ Evet

11. Sigara kullanıyor musunuz?

- ☐ Hayır ☐ Evet

12. Beden görünümünüzden memnun musunuz?

- ☐ Memnun değilim
☐ Kısmen memnunum
☐ Memnunum

13. Medya araçlarından sağlıklı yaşam ile ilgili bilgileri takip eder misiniz?

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Sık sık

14. Aşağıdaki kaynaklardan hangisi veya hangileri aracılığıyla sağlıklı yaşam ile ilgili bilgilere ulaşırsınız? Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.

- ☐ Sosyal medya
- ☐ Televizyon
- ☐ İnternet sayfaları (online gazeteler, çevrimiçi forumlar vb.)
- ☐ Dergi
- ☐ Kitap
- ☐ Bilimsel makale
- ☐ Diğer: _____

15. Yakın çevrenizde herhangi bir kronik rahatsızlığa (kanser, diyabet, kalp ve damar hastalıkları, astım, obezite vb.) tanık oldunuz mu?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

16. Yakın zamanda bir hastalık dolayısıyla çevrenizden birini kaybettiniz mi?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

Ek C. ORTO-15 Ölçeği

Bu anket sizin yeme davranışlarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen parantezin içine (x) işareti koyunuz.

	Her zaman	Sık Sık	Bazen	Hiçbir Zaman
1- Yemek yerken yediklerinizin kalorisine dikkat eder misiniz?	()	()	()	()
2- Çeşitli yiyeceklerin olduğu bir yerde yiyecek seçmek durumunda kalırsanız kararsızlık yaşar mısınız?	()	()	()	()
3- Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?	()	()	()	()
4- Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?	()	()	()	()
5- Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?	()	()	()	()
6- Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?	()	()	()	()
7- Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?	()	()	()	()
8- Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?	()	()	()	()
9- Sizce, ruhsal durumunuz yeme düzeninizi etkiler mi?	()	()	()	()
10- Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?	()	()	()	()
11- Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (Dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açıdan)	()	()	()	()
12- Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?	()	()	()	()
13- Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hissedersiniz?	()	()	()	()
14- Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?	()	()	()	()
15- Son zamanlarda yemeklerinizi özellikle tek başına yemeği mi tercih edersiniz?	()	()	()	()

Ek D. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Versiyon

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1. (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.
(b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.
(c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.
(d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.
2. (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim
(b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim
(c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim
(d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.
3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında değilimdir.
(b) Bazen vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında olurum.
(c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
(d) Sürekli vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiçbir zaman sorun olmamıştır.
(b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
(c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
(d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.
5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

7. (a) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
(b) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
(c) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.
8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.
(b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.
9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.
10. (a) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.
(b) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
(c) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.
(d) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.
11. (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.

- (d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.
12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem.
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.
(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.
(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.
14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.
(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.
(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.
16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.

(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın bir çok alanını bozardı.

(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.

(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

Ek E. Young Şema Ölçeği Kısa Form-3

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

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

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

Derecelendirme:

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

1. ____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
2. ____ Beni terk edeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
3. ____ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum
4. ____ Uyumsuzum.
5. ____ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
6. ____ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum
7. ____ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
8. ____ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.
9. ____ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşıtlarım kadar, başaramadım.

10. ____ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
11. ____ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
12. ____ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemsemiğimi göstermek gibi).
13. ____ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
14. ____ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana “hayır” denilmesini çok zor kabullenirim.
15. ____ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.
16. ____ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.
17. ____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.
18. ____ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.
19. ____ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.
20. ____ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.
21. ____ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.
22. ____ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.
23. ____ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.
24. ____ İşleri halletmede son derece yetersizim.
25. ____ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
26. ____ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hiss ediyorum.
27. ____ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.
28. ____ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hiss ediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.
29. ____ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
30. ____ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
31. ____ En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.
32. ____ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
33. ____ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.

34. ____ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.
35. ____ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
36. ____ Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.
37. ____ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.
38. ____ Yakınlarımla beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım
39. ____ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.
40. ____ Bir yere ait değilim, yalnızım.
41. ____ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
42. ____ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
43. ____ Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
44. ____ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
45. ____ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız
46. ____ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.
47. ____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
48. ____ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
49. ____ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
50. ____ İstediğimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.
51. ____ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım.
52. ____ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.
53. ____ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.
54. ____ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
55. ____ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.
56. ____ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.
57. ____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheliyimdir.
58. ____ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.
59. ____ Kendimi sevebilecek biri gibi hissetmiyorum.
60. ____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.

61. ____ Gündelik işler için benim kararlarımın güvenilemez.
62. ____ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.
63. ____ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum- Benim kendime ait bir hayatım yok.
64. ____ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.
65. ____ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.
66. ____ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.
67. ____ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.
68. ____ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.
69. ____ Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.
70. ____ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanmayı ve takdir görmeyi isterim.
71. ____ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.
72. ____ Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.
73. ____ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.
74. ____ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.
75. ____ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. ____ Kendimi hep grupların dışında hissederim.
77. ____ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.
78. ____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.
79. ____ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.

80. ____ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.
81. ____ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.
82. ____ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.
83. ____ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.
84. ____ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.
85. ____ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.
86. ____ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.
87. ____ Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.
88. ____ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.
89. ____ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.
90. ____ Ben cezalandırılmayı hak eden kötü bir insanım.

Ek F. Etik Kurul Kararı

