SAĞLIK ÇALIŞANLARINDAKİ SAĞLIK ANKSİYETESİ VE ORTOREKSİYA NERVOZA ARASINDAKİ İLİŞKİDE MÜKEMMELİYETÇİLİĞİN VE RUMİNASYONUN DÜZENLEYİCİ ROLÜ

Kübra KARTAL
211180107

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Aslı EYRENCİ

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2024

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDAKİ SAĞLIK ANKSİYETESİ VE ORTOREKSİYA NERVOZA ARASINDAKİ İLİŞKİDE MÜKEMMELİYETÇİLİĞİN VE RUMİNASYONUN DÜZENLEYİCİ ROLÜ

Kübra KARTAL
211180107
ORCID: 0009-0007-8254-9564

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Aslı EYRENCİ

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2024

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

KÜBRA KARTAL'ın "Sağlık çalışanlarındaki sağlık anksiyetesi ve ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide mükemmeliyetçiliğin ve ruminasyonun düzenleyici rolü" başlıklı tezi 24.09.2024 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans/Doktora/Sanatta Yeterlik tezi oy birliğiyle/oy çokluğuyla, başarılı/başarısız olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı. Adı ve Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	Dr. Öğr. Üyesi Aslı EYRENCİ Maltepe Üniversitesi	.....
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur AKTAŞ Acıbadem Üniversitesi	.....
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Begüm ÖZDEMİR DEMİRCİ Maltepe Üniversitesi	.....

Enstitü Müdürü

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez sürecimin tüm aşamalarında bilgi birikimi ve tecrübesi ile bana yol gösteren ve zorlandığım her konuda anlayışlı yaklaşımıyla bana destek olan değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Aslı Eyrenci'ye verdiği emek için en içten teşekkürlerimi sunarım.

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca beni her zaman teşvik eden ve dostlukları ile yanımda olan sevgili arkadaşlarım Çiğdem Çapar Salık ve Serra Nebati'ye çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans sürecimin tüm aşamasında beraber yol aldığımız, takıldığım her konuda ve her koşulda desteğini arkamda hissettiğim Rüveyda Güven'e teşekkür ederim.

Özellikle veri toplama sürecimde bana yardımcı olan tüm arkadaşlarım ve yakınlarıma, bu çalışmaya katkı sağlayan tüm katılımcılara verdikleri destek için teşekkür ederim.

Ve son olarak hayatımın her anında koşulsuz sevgisi ve anlayışı ile yanı başımda olan, en çok zorlandığım anlarda elimden tutup ayağa kalkmamda yardımcı olan biricik ikizim Zehra Kartal'a, ihtiyacım olan her an koşulsuz destekleri ve ilgileri ile yanımda olan, hayatım boyunca beni cesaretlendiren kıymetli aileme çok teşekkür ederim. İyi ki varsınız.

Kübra KARTAL

Eylül, 2024

ÖZET

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDAKİ SAĞLIK ANKSİYETESİ VE ORTOREKSİYA NERVOZA ARASINDAKİ İLİŞKİDE MÜKEMMELİYETÇİLİĞİN VE RUMİNASYONUN DÜZENLEYİCİ ROLÜ

Kübra Kartal
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı Adı
Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Aslı Eyrenci
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2024

Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarındaki sağlık anksiyetesi ve ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide mükemmeliyetçiliğin ve ruminasyonun düzenleyici rolünü incelemektir. Bu doğrultuda çalışma örneklemi çeşitli sağlık kurumlarında görev alan 224 sağlık çalışanı (doktor, diyetisyen, hemşire, fizyoterapist, diş hekimi, ebe ve sağlık teknikeri) oluşturmaktadır (196 kadın/ 28 erkek). Araştırma verileri çevrimiçi platformlar aracılığı ile Google Forms üzerinden toplanmıştır. Katılımcılara Google Forms aracılığı ile gönderilen Bilgilendirilmiş Onam Formunun onaylanmasının ardından, Demografik Bilgi Formu, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ), Orto-11, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği (APSMÖ) ve Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ) gönderilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre, sağlık çalışanlarında sağlık anksiyetesi ile uyumsuz mükemmeliyetçilik ve ruminasyonun pozitif, yaşın negatif yönde ilişkili olduğu, ayrıca uyumlu mükemmeliyetçilik ile uyumsuz mükemmeliyetçilik ve ruminasyonun pozitif, yaşın negatif ilişkili olduğu saptanmıştır. Buna ek olarak uyumsuz mükemmeliyetçiliğin ruminasyon ile pozitif yönde ilişkili olduğu sonucu elde edilmiştir. Son olarak sağlık anksiyetesi ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide uyumsuz mükemmeliyetçilik ve ruminasyonun düzenleyici rolüne ilişkin yapılan moderatör analizi sonuçları bu ilişkinin anlamlı olmadığını göstermiştir. Elde edilen bulgular literatür çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Anksiyetesi, Ortoreksiya Nervoza, Uyumlu Mükemmeliyetçilik, Uyumsuz Mükemmeliyetçilik, Ruminasyon

ABSTRACT

THE MODERATING ROLES OF PERFECTIONISM AND RUMINATION IN THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH ANXIETY AND ORTHOREXIA NERVOSA IN THE HEALTHCARE WORKERS

Kübra Kartal
Master Thesis
Department of Psychology
Clinical Psychology Master's Programme with Thesis
Thesis Advisor: Asst. Prof. Aslı Eyrenci
Maltepe University Graduate School, 2024

The aim of this study is to investigate the moderating role of perfectionism and rumination in the relationship between health anxiety and orthorexia nervosa among healthcare professionals. The study sample consists of 224 healthcare professionals (doctors, dietitians, nurses, physiotherapists, dentists, midwives, and health technicians) working in various healthcare institutions (196 women/28 men). Data were collected through Google Forms via online platforms. After obtaining consent through the Informed Consent Form sent via Google Forms, participants were sent the Demographic Information Form, Health Anxiety Scale (HAS), Orthorexia 11 (Ortho-11), Adaptive Perfectionism Scale (APS) and Ruminative Thought Style Questionnaire (RTSQ). According to the findings of the study, health anxiety among healthcare professionals was positively related to maladaptive perfectionism and rumination, and negatively related to age. Furthermore, adaptive perfectionism was positively related to maladaptive perfectionism and rumination, and negatively related to age. Additionally, it was found that maladaptive perfectionism was positively related to rumination. Finally, the results of the moderator analysis regarding the moderating role of maladaptive perfectionism and rumination in the relationship between health anxiety and orthorexia nervosa indicated that this relationship was not significant. The findings have been discussed within the framework of the literature.

Keywords: Health Anxiety, Orthorexia Nervosa, Adaptive Perfectionism, Maladaptive Perfectionism, Rumination

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii

TEŞEKKÜR iv

ÖZET v

ABSTRACT vi

İÇİNDEKİLER vii

TABLOLAR LİSTESİ xii

ŞEKİLLER LİSTESİ xiii

KISALTMALAR xiv

1. GİRİŞ 1

1.1 Problem 1

1.2 Amaç 3

1.3 Önem 4

1.4 Varsayımlar 5

1.5 Sınırlıklar 6

1.6 Tanımlar 6

2. GENEL BİLGİLER 7

2.1 Sağlık Anksiyetesi 7

2.1.1 Kavramsal açıklama 7

2.1.2 Sağlık anksiyetesinin epidemiyolojisi 9

2.1.3 Sağlık anksiyetesinin etiyolojisi 10

2.1.4 Sağlık anksiyetesi ile ilişkili faktörler 11

2.2 Ortoreksiya Nervoza 13
2.2.1 Kavramsal açıklama 13
2.2.2 Ortoreksiya nervozanın epidemiyolojisi 14
2.2.3 Ortoreksiya nervozanın etijolojisi 15
2.2.4 Ortoreksiya nervoza ile ilişkili faktörler 16
2.2.4.1 Ortoreksiya nervoza ve sağlık anksiyetesi 18
2.3 Mükemmeliyetçilik 19
2.3.1 Kavramsal açıklama 19
2.3.1.1 Tek boyutlu mükemmeliyetçilik 19
2.3.1.2 Çok boyutlu mükemmeliyetçilik 20
2.3.2 Mükemmeliyetçilik ve ilişkili faktörler 22
2.3.2.1 Mükemmeliyetçilik ve sağlık anksiyetesi 23
2.3.2.2 Mükemmeliyetçilik ve ortoreksiya nervoza 24
2.4 Ruminasyon 25
2.4.1 Kavramsal açıklama 25
2.4.2 Ruminasyon kavramını açıklayan kuramlar 25
2.4.2.1 Tepki Stilleri Kuramı 26
2.4.2.2 Hedefe İlerleme Kuramı 26
2.4.2.3 Üzüntüye İlişkin Ruminasyon Kuramı 27
2.4.2.4 Strese Tepki Olarak Ruminasyon Kuramı 27
2.4.2.5 Benlik Düzenleyici Yürütücü İşlevler Kuramı 28

2.4.3 Ruminasyon ve ilişkili faktörler 28

2.4.3.1 Ruminasyon ve sağlık anksiyetesi 29

2.4.3.2 Ruminasyon ve ortoreksiya nervoza 30

3. YÖNTEM 32

3.1 Araştırma Modeli 32

3.2 Evren ve Örneklem 32

3.3 Veriler ve Toplanması 33

3.3.1 Demografik bilgi formu 33

3.3.2 Sağlık Anksiyetesi Ölçeği 33

3.3.3 Orto-11 34

3.3.4 Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği 34

3.3.5 APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği 34

3.4 Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 35

4. BULGULAR VE TARTIŞMA 36

4.1 Bulgular 36

4.1.1 Verilerin analizi 36

4.1.2 Betimsel istatistikler 37

4.1.2.1 Sosyo-demografik özelliklerin betimsel değerlendirilmesi 37

4.1.2.2 Kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının betimsel değerlendirilmesi 39

4.1.2.3 Kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının güvenirlik analizi 40

4.1.2.4 Cinsiyet değişkeninin bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılması 41

4.1.2.5 Kullanılan ölçekler ve alt boyutları ile yaş değişkeninin tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılması 42

4.1.2.6 Kullanılan ölçekler ve alt boyutları ile meslek değişkeninin tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılması 44

4.1.2.7 Kullanılan ölçekler ve alt boyutları arası korelasyon analizi 46

4.1.2.8 Sağlık anksiyetesi, ruminatif düşünce biçimi ve uyumsuz mükemmelliyetçiliğin ortoreksiya nervoza eğilimleri üzerinde yordayıcılık etkisinin hiyerarşik regresyon analizi ile incelenmesi 47

4.1.2.9 Sağlık anksiyetesi ile yüksek ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide uyumsuz mükemmelliyetçiliğin düzenleyici rolüne ilişkin moderatör analizi... 48

4.1.2.10 Sağlık anksiyetesi ile yüksek ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide uyumsuz mükemmelliyetçiliğin düzenleyici rolüne ruminatif düşünme biçiminin etkisinin incelenmesi 50

4.2 Tartışma 51

4.2.1 Araştırma değişkenleri ve demografik özellikler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi 52

4.2.2 Araştırma değişkenleri arasındaki korelasyon analizi sonuçlarının değerlendirilmesi 58

4.2.3 Araştırma değişkenleri ile yapılan hiyerarşik regresyon ve moderatör analizi sonuçlarının değerlendirilmesi 60

5. SONUÇ ve ÖNERİLER 65

KAYNAKÇA 67

EKLER 97

Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu 97

Ek 2. Demografik Bilgi Formu 99

Ek 3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği 100
Ek 4. ORTO-11 105
Ek.5. APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği 106
Ek 6. Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği 108
Ek 7. Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Kararı 110
ÖZ GEÇMİŞ 111

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Bilgiler..... 37

Tablo 2. Çalışmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutları ile İlgili Betimleyici İstatistikler 40

Tablo 3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Güvenirlikleri..... 41

Tablo 4. Cinsiyet Değişkeni Açısından SAÖ, ORTO-11, APSMÖ ve Alt Boyutlarının, RDBÖ Puanlarına İlişkin Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları 42

Tablo 5. Yaş Değişkeni Açısından SAÖ, ORTO-11, APSMÖ ve Alt Boyutlarının, RDBÖ Puanlarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları 43

Tablo 6. Meslek Değişkeni Açısından SAÖ, ORTO-11, APSMÖ ve Alt Boyutlarının, RDBÖ Puanlarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları..... 44

Tablo 7. Kullanılan Ölçekler Ve Alt Boyutları Arası Korelasyon Analizi Sonuçları ... 46

Tablo 8. Sağlık Çalışanlarında Yaş, Eğitim Düzeyi, Sağlık Anksiyetesi, Uyumsuz Mükemmeliyetçilik Ruminatif Düşünme Biçimi Değişkenlerinin Ortoreksiya Nervoza Eğilimi Faktörü Üzerindeki Yordayıcılığı..... 47

Tablo 9. Sağlık Anksiyetesinin Yüksek Ortoreksiya Nervoza Eğilimi Üzerindeki Etkisine Uyumsuz Mükemmelliyetçiliğin Düzenleyici Rolünün Değerlendirilmesi için SPSS Process (Model 1) Analizi Sonuçları..... 49

Tablo 10. Sağlık Anksiyetesinin Yüksek Ortoreksiya Nervoza Eğilimi Üzerindeki Etkisine Uyumsuz Mükemmelliyetçiliğin Düzenleyici Rolüne Ruminasyon Düşünme Biçiminin Etkisinin Değerlendirilmesi için SPSS Process (Model 3) Analizi Sonuçları50

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Araştırma Modeli 32

Şekil 2. Sağlık Anksiyetesi ile Yüksek Ortoreksiya Nervoza Arasındaki İlişkide Uyumsuz Mükemmelliyetçiliğin Düzenleyici Rolüne İlişkin Moderatör Analizini Gösteren Diyagram 49

Şekil 3. Sağlık Anksiyetesi ile Yüksek Ortoreksiya Nervoza Arasındaki İlişkide Uyumsuz Mükemmelliyetçiliğin Düzenleyici Rolüne Ruminatif Düşünme Biçiminin Düzenleyici Rolüne İlişkin Moderatör Analizini Gösteren Diyagram 51

.

KISALTMALAR

SAÖ **:** Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

APSMÖ **:** APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği

RDBÖ **:** Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği

DSM **:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

SPSS **:** Statistical Package fort he Social Sciences

Ort. **:** Ortalama

N **:** Toplam Kişi Sayısı

n **:** Kişi Sayısı

ss **:** Standart Sapma

X **:** Ortalama

p **:** Anlamlılık Düzeyi

r **:** Korelasyon Katsayısı

t **:** t Testi Değeri

1. GİRİŞ

1.1 Problem

Besin içerikleri ve miktarı konusunda dikkatli olmak bireyin sağlığı için önem arzetmektedir (Chaki ve ark.,2013). Fakat bazı zamanlarda sağlıklı beslenme davranışı sağlıksız bir durum haline gelebilmektedir (Bratman, 2017a). Sağlıklı beslenme davranışının ve sağlıklı beslenme yönündeki isteğin zorlantılı bir hal alması ortoreksiya nervoza olarak tanımlanmaktadır (Bratman, 1997; 2014; 2017a; Chaki ve ark., 2013). Bir hastalık riskini önleme ve sağlık durumunu iyileştirme isteğiyle başlayan ortoreksiyanın (Bratman, 1997) sağlık anksiyetesi ile ilişkili olabileceği varsayılmaktadır (Koven ve Abry, 2015). Bedensel semptomların ciddi bir hastalık kanıtı olarak yorumlanmasına dayanan korku ve inançlar şeklinde tanımlanan sağlık anksiyetesinin (Deale, 2007) hafif düzeyde hissedilmesi bireyi sağlık koruyucu davranışlara itebilmektedir. Bunun yanı sıra bireylerin sağlık anksiyetesi sonucunda birtakım davranışsal tepkiler gösterdikleri bilinmektedir (Kıran, 2020; Taylor ve Asmundson, 2004;). Bu doğrultuda sağlık anksiyetesinin yiyecek ve diyetle meşgul olma ile ilişkili olduğuna (Hadjistavropoulos ve Lawrence, 2007) ve yeme davranışında önemli değişikliklere sebep olduğuna dair kanıtlar mevcuttur (Quick ve ark., 2012). Benzer şekilde Valente ve arkadaşları (2020) tarafından kronik rahatsızlıklara sahip olma ile ilgili endişelerin sağlıklı beslenme ile meşgul olma durumuyla ilişkili olduğu, bu durumun da olası ortoreksiya nervoza başlangıcıyla ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Bu bağlamda, Koven ve Abry (2015) hasta olmak ile ilgili kaygının ve olası bir hastalığı önlemeye yönelik çabanın yiyecek seçimi ile diyet davranışlarını etkileyebileceğini ileri sürmüşlerdir. Hadjistavropoulos ve Lawrence (2007) yaptıkları bir çalışmada sağlık ile ilgili kaygısı olan kadınların diyet yapma ve yiyecekler ile ilgili zihinsel meşguliyetler belirttikleri sonucuna ulaşmışlardır. Bu bağlamda diyet yapma davranışının sağlık anksiyetesinin yönetilmesinde bir strateji olabileceği tartışılmaktadır (Hadjistavropoulos ve Lawrence, 2007). Sağlık anksiyetesinin yiyecek ve diyetle meşgul olma ile ilişkili olduğu düşünüldüğünde (Hadjistavropoulos ve Lawrence, 2007) mevcut çalışmada ortoreksiya nervoza ve sağlık anksiyetesini birlikte ele almanın her iki değişkenin doğasını anlamada önemli olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde, özellikle sağlık çalışanı

bireylerdeki ortoreksiya nervozanın yaygınlığına dair kanıtların mevcut olduğu görülmektedir (Asil ve Sürücüoğlu, 2015; Bağcı Bosi ve ark., 2007; Fidan ve ark., 2010;).

Ortoreksiya nervozada birey sağlıklı beslenmeye dair kendisine beslenme kuralları dayatmakta ve bu kurallara uymama sonucunda suçluluk, utanç ve kaygı yaşamaktadır (Barthels ve ark., 2015). Bununla birlikte, sağlıklı beslenmeye dair zihnin aşırı meşguliyeti bireyin sosyal, akademik ve mesleki alanlardaki işlevselliğinde düşüşe sebep olmaktadır (Barthels, Meyer ve Pietrowsky, 2015; Varga ve ark., 2013). DSM-5'e göre henüz bir bozukluk olarak tanımlanmayan ortoreksiya nervozanın sağlık anksiyetesi ve obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkisine dair yapılan çalışmalar bu değikenlerin birbirleriyle olan ilişkisini destekler niteliktedir (Koven ve Abry, 2015; Koven ve Senbonmatsu, 2013; Zamora ve ark., 2005;). Nitekim Hayles ve arkadaşlarının (2017) yürüttükleri bir çalışmada ortoreksik belirtiler ile obsesif kompulsif belirtiler ve mükemmeliyetçilik arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ortoreksiya nervozada bireylerin mükemmel bir diyet yapmayı hedeflemeleri ve bu sebeple katı beslenme kurallarına uymaları sebebiyle mükemmeliyetçi bir yapı sergilemeleri olası görünmektedir (Barnes ve Caltabiano, 2017). Bu doğrultuda ilgili literatür mükemmeliyetçilik kavramının hem sağlık anksiyetesi (Karadayı, 2020) hem de ortoreksiya nervoza (Barnes ve Caltabiano, 2017; Hayles ve ark., 2017; Koven ve Abry, 2015; Özcan, 2021) ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Aynı doğrultuda çeşitli araştırmalar da mükemmeliyetçilik ve kesinlik ihtiyacı gibi OKB'ye özgü bazı bilişsel çarpıtmaların hastalık anksiyetesinde de mevcut olduğunu göstermektedir (Deacon ve Abramowitz, 2008; Melli ve ark., 2014; Wheaton ve ark., 2010a; Wheaton ve ark., 2010b). Mükemmeliyetçilğin yanı sıra ortoreksiya nervozanın yüksek kaygı özellikleri, tekrarlayan düşünce ve davranışlar gibi OKB'nin birtakım özellikleri ile karakterize olduğu bilinmektedir (Dell'Osso ve ark., 2018; Koven ve Abry, 2015). Ortoreksiya nervozanın mükemmeliyetçilik ile arasındaki ilişkiye dair yapılan araştırmalar sınırlı olsa da yapılan çalışmalar ortoreksiya nervozanın mükemmeliyetçilik ile karakterize bir yapı olduğunu ileri sürmektedir (Koven ve Abry, 2015; Mathieu, 2005). Bu sebeplerle bu çalışmada mükemmeliyetçilik kavramının ele alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Mükemmeliyetçilik kavramının yanı sıra, ortoreksiya nervozanın, tekrarlayan düşünce ve davranış gibi obsesif kompulsif bozukluğun bazı semtomları ile karakterize olduğu bilinmektedir (Dell' Osso ve ark., 2018; Koven ve Abry, 2015). Benzer şekilde yüksek sağlık anksiyetesine sahip bireyler sağlık ve hastalık ile ilgili işlevsiz inançlara sahip olmakla birlikte sıkıntıları hakkında ruminatif şekilde düşünmektedirler (Marcus ve ark., 2008). Bilişsel davranışçı modeller, bireylerin sağlıkları hakkında düşünmenin sağlık anksiyetesini sürdürücü özellikte olduğunu ileri sürmektedir (Daly ve ark., 2016). Yapılan araştırmalar sağlık anksiyetesine sahip bireylerin hastalık hakkındaki olumsuz inançlar ile ilgili tekrarlayan müdahaleci görüntüler yaşadıklarını ve bu görüntülerin kaçınma, güvence arama ve ruminasyon gibi uyumsuz davranışsal tepkiler ile güçlü bir şekilde bağlantılı olduğunu öne sürmektedir (Muse ve ark., 2010; Wells ve Hackman, 1993). Bu sebeple mevcut çalışmada ruminasyon kavramının ele alınmasının sağlık anksiyetesinin ve ortoreksiya nervozanın bilişsel bileşenini açıklama noktasında literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2 Amaç

Bu araştırmanın amacı sağlık çalışanlarında sağlık anksiyetesi ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide mükemmeliyetçilik ve ruminasyonun düzenleyici rolünü incelemektir.

Araştırma kapsamında, aşağıda yer alan hipotezler test edilecektir.

1: Sağlık çalışanlarında sağlık anksiyetesi ortoreksiya nervoza eğilimlerini yordamaktadır.

2: Sağlık çalışanlarında ruminasyon düzeyi ortoreksiya nervoza eğilimlerini yordamaktadır.

3: Sağlık çalışanlarında uyumsuz mükemmeliyetçilik ortoreksiya nervoza eğilimlerini yordamaktadır.

4: Sağlık çalışanlarında sağlık anksiyetesi ile ruminasyon pozitif yönlü anlamlı bir ilişkiye sahiptir.

5: Sağlık çalışanlarında sağlık anksiyetesi ile uyumsuz mükemmeliyetçilik pozitif yönlü anlamlı bir ilişkiye sahiptir.

6: Sağlık çalışanlarında sağlık anksiyetesi ile ortoreksiya nervoza eğilimi pozitif yönlü anlamlı bir ilişkiye sahiptir.

7: Sağlık çalışanlarında sağlık anksiyetesi ile ortoreksiya nervoza ilişkisinde uyumsuz mükemmeliyetçiliğin düzenleyici rolü vardır.

8: Sağlık çalışanlarında sağlık anksiyetesi ile ortoreksiya nervoza ilişkisinde uyumsuz mükemmeliyetçiliğin düzenleyici rolüne ruminasyon etki etmektedir.

1.3 Önem

Bedensel semptomların ciddi bir hastalık kanıtı olarak yorumlanmasına dayanan korku ve inançlar şeklinde tanımlanan sağlık anksiyetesinin (Deale, 2007) uyumsuz başa çıkma davranışları ile karakterize olduğu ve bireylerin sağlık anksiyetesi sonucunda birtakım davranışsal tepkiler gösterdikleri bilinmektedir (Kıran, 2020; Taylor ve Asmundson, 2004). Nitekim, sağlık anksiyetesinin, sağlıklı beslenme yönündeki isteğin zorlantılı bir hal alması olarak tanımlanan ortoreksiya nervoza (Bratman, 2014; 2017a) ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir (Hadjistavropoulos ve Lawrence, 2007). Görece yeni bir kavram olan ortoreksiya nervozanın kabul görmüş tanı kriterleri bulunmamakta ve dolayısıyla teşhis kriterleri konusunda fikir birliği bulunmamaktadır. Literatürde ortoreksiya nervozanın bir yeme bozukluğu türü mü yoksa obsesif kompulsif bozukluk spektrumunun bir parçası mı olduğu tartışması devam etmektedir (Costa ve Hardan-Khalil, 2019). Bu sebeple ortoreksiya nervoza üzerine çalışan araştırmacılar sıklıkla yeme bozuklukları ve OKB'den söz etmektedirler (Brytek-Matera, 2012; Costa ve Hardan-Khalil, 2019; Koven ve Abry, 2015;). Nitekim, ortoreksiya nervozanın yüksek kaygı özellikleri, tekrarlayan düşünce (ruminasyon) ve davranışlar, mükemmeliyetçilik gibi OKB'nin birtakım özellikleri ile karakterize olduğu bilinmektedir (Dell'Osso ve ark., 2018; Koven ve Abry, 2015).

Literatürde sağlık çalışanlarında sağlık anksiyetesi ve ortoreksiya nervoza düzeylerinin incelendiği çalışmalar halihazırda mevcuttur (Aksoydan ve Camcı, 2009; Can, 2023; Chen ve ark., 2019; Ergin, 2015; Garipoğlu ve ark., 2019; Korinth ve ark., 2009; Martins ve ark., 2011 Odacı, 2021;Tanrıverdi ve Nas, 2022). Bu bağlamda Tanrıverdi ve Nas (2022) tarafından 822 tıp öğrencisi ile ortoreksiya nervoza eğilimini belirlemek üzere yapılan çalışmanın sonucunda öğrencilerin %19'unda ortoreksiya nervoza eğilimi olduğu

saptanmıştır. Bu sonuç her beş öğrenciden birinde ortoreksiya nervoza eğilimi olduğunu göstermektedir. Aynı doğrultuda Garipoğlu ve arkadaşları (2019) tarafından beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin ortoreksiya nervoza eğilimininin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada 189 kız öğrenciden veri toplanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda, öğrencilerin ortoreksiya nervoza eğilimlerinin yaklaşık %77'ye ulaştığı saptanmıştır. Bu bağlamda tıp fakültesi öğrencileri, hekimler ve diyetisyenlerde ortoreksiya nervoza belirtilerinin daha fazla görüldüğünü söylemek mümkündür (Aksoydan ve Camcı, 2009; Korinth ve ark., 2009; Martins ve ark., 2011). Benzer şekilde Chen ve arkadaşları (2019) tarafından 1702 sağlık çalışanı ile yürütülen çalışmada sağlık çalışanlarındaki sağlık anksiyetesi düzeyi araştırılmıştır. Çalışmada sağlık çalışanlarındaki sağlık anksiyetesi oranının % 30.14 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık çalışanlarında yüksek sağlık anksiyetesine sahip olmanın nedeni olarak ise, hastalıklar ve semptomlar hakkında fazla bilgi sahibi olmak olarak gösterilmiştir. Sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarında sağlık anksiyetesi ve ortoreksiya nervoza belirtilerinin daha fazla görüldüğü söylenebilir. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlık anksiyetesi, ortoreksiya nervoza, ruminasyon ve mükemmeliyetçilik kavramlarının ilişkili bulunduğu çalışmalar mevcut olmakla birlikte bu çalışmaların sayısı sınırlıdır (Ayyıldız, 2020; Barnes ve Caltabiano; 2017; Can, 2023; Chace ve Kluck, 2022; Dell' Osso ve ark., 2018; Karadayı, 2020; Koven ve Abry, 2015; Koven ve Senbonmatsu, 2013 Marcus ve ark., Mathieu, 2005; Özcan, 2021;2008;Wolfradt ve ark., 2014; Yayın ve Ergun, 2023). Buna ek olarak mevcut araştırma değişkenlerinin birlikte ele alındığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu noktada bu çalışmanın sağlık anksiyetesi ve ortoreksiya nervozanın anlaşılmasında literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4 Varsayımlar

Bu çalışmada sağlık anksiyetesinin ortoreksiya nervoza eğilimini yordadığı ve bununla beraber mükemmeliyetçilik ve ruminasyonun bu ilişkide düzenleyici rolünün olduğu varsayılmaktadır. Çalışmanın bir diğer varsayımı ise sağlık çalışanlarındaki sağlık anksiyetesi düzeyi ve ortoreksiya nervoza eğiliminin yüksek düzeyde olacağıdır.

1.5 Sınırlıklar

Mevcut çalışmada varsayılan sınırlılıklardan biri çalışmanın çevrimiçi platformlar aracılığıyla yapılmış olmasıdır. Dolayısıyla katılımcılardan toplanan verilerin eksik ya da hatalı bilgiler içerebileceği, bu durumunsa verilerin geçerlik ve güvenirliğini olumsuz yönde etkilemiş olabileceği söylenebilir. Bir diğer sınırlılık çalışmada kullanılan anketlerin öz bildirime dayalı olmasıdır. Bu durum verilen cevapların objektifliğinin bilinememesine sebep olabilmektedir. Bununla birlikte kullanılmış olan Orto-11 Ölçeğinin Cronbach Alpha değerinin ‘’düşük güvenilir’’ düzeyde olmasıdır. Son olarak çalışmada yer alan katılımcıların yaşlarının ve cinsiyetlerinin dengesiz dağılımının söz konusu olmasıdır. Mevcut çalışma örnekleminde dengesiz dağılımın, araştırma bulgularınının evrene genellebilirliği açısından sınırlılığa sebep olabileceği düşünülmektedir.

1.6 Tanımlar

Sağlık anksiyetesi: Bedensel semptomların ciddi bir hastalık kanıtı olarak yorumlanmasına dayanan korku ve inançlardır (Deale, 2007).

Ortoreksiya nervoza: Sağlıklı beslenme yönündeki isteğin zorlantılı bir hal almasıdır (Bratman, 1997; 2014; 2017a).

Mükemmeliyetçilik: Kusursuza ulaşma çabası ve yüksek standartlar belirleme eğilimi ile nitelendirilen mükemmeliyetçilik kavramı bireyin kendi davranışlarını değerlendirirken oldukça eleştirel olduğu kişilik özelliği olarak tanımlanmaktadır(Flett ve Hewitt, 2002).

Ruminasyon: Kişinin duygu ve deneyimleri ile ilgili tekrar eden, uzun bir süre boyunca devam eden ve yineleyen olumsuz düşünmedir (Watkins, 2008).

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Sağlık Anksiyetesi

2.1.1 Kavramsal açıklama

Sağlık, insan hayatında pek çok alanı etkilemesi sebebiyle birey açısından son derece önemlidir (Kıran, 2020). Zaman zaman her birey sağlığı hakkında endişelenebilmektedir ve çoğu insan hayatının bir noktasında sağlık hakkında, bazen yoğunlaşan düzeylerde, kaygı duyabilmektedir (Deale, 2007). Ancak sağlık hakkında duyulan kaygı her zaman psikopatolojinin varlığına işaret etmeyebilir (Kıran, 2020).

Zaman zaman her birey sağlık hakkında farklı düzeylerde sağlık kaygısı yaşayabilmektedir. Bu bağlamda sağlık anksiyetesi, bireyin hasta olduğuna dair duyduğu yüksek düzeyde kaygı ile karakterizedir (Doğan ve ark., 2021). Sağlık anksiyetesi çok düşükten çok yükseğe kadar değişen bir spektrumda yer almaktadır. Düşük ve orta düzeydeki sağlık anksiyetesi, bedensel değişiklikler ve hastalıkların fark edilmesi açısından adaptif olarak değerlendirilebilirken yüksek ya da şiddetli düzeydeki sağlık anksiyetesi bireyde aşırı sıkıntıya yol açması nedeniyle uyumsuz ve işlev bozucu olarak değerlendirilmektedir (Asmundson ve ark., 2010). ‘’Şiddetli sağlık anksiyetesi’’ terimi bedensel semptomların ciddi bir hastalık kanıtı olarak yorumlanmasına dayanan korku ve inançları ifade etmektedir (Deale, 2007). Şiddetli sağlık anksiyetesi durumunda kişi vücudunda meydana gelen normal bir değişimi önemli bir hastalık belirtisi olarak yorumlayabilir ve sağlığı hakkında devamlı kaygı hissedebilir (Kulu ve Özsoy, 2021).. Şiddetli sağlık anksiyetesi olan bireyler DSM-5 tanı kriterlerine göre ‘’Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar’’ tanı kriterlerini karşılayabilmektedirler. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Bedensel Belirti Bozukluğu, bireyin gündelik yaşantısını kısıtlayıcı, sıkıntı verici bir veya birden çok bedensel belirti ile karakterize olan, bununla birlikte bu bedensel belirtilerin tıbbi olarak açıklanamayan ya da açıklanabilse bile kişinin belirtileri ile orantısız olan sağlıkla ilgili kaygılara ilişkin aşırı düzeyde duygu, düşünce ve davranışlar ile karakterize ruhsal bozukluk olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013; Köroğlu, 2013).

Sağlık anksiyetesine sahip kişiler herhangi tıbbi bir hastalıkları olmadığı halde bedensel duyumlarını bir sağlık problemi olarak düşünebilirler ve hatta bu duyumları ciddi bir hastalık olarak da yorumlayabilirler ve bu düşünceler kaygı ve korku uyandırabilir (Abramowitz ve ark., 2007; Salkowskis ve Warwick, 1989). Bedensel duyumları yanlış yorumlama, bireyin sağlığı hakkında aşırı düzeyde ve uygun olmayan düzeyde korku hissetmesine neden olmanın yanı sıra bireye algılamış olduğu tehditle başa çıkamayacağını hissettirmektedir. Şiddetli sağlık anksiyetesine sahip bireyler korkularının temelsiz olduğuna yönelik güçlü güvenceler elde etseler bile sağlıklarına ilişkin endişe yaşamaya devam ederler (Abramowitz ve Deacon, 2007). Şiddetli düzeyde sağlık anksiyetesine sahip bireylerin hastalıklar karşısında savunmasız olduklarına dair inançları mevcuttur. Bu bireylerin korkuları arasında kanser olma, kalp krizi geçirme, AIDS'e yakalanma, felç ve akıl hastalığı yaşama durumları bulunmaktadır (Rachman, 2012).

Hadjistavropoulos ve arkadaşlarının farklı düzeylerde sağlık ansksiyetesine sahip bireylerin değişen tanısal bilgilere nasıl tepki verileceğini incelemek amacıyla yürüttükleri çalışmada, katılımcılara gerçekte sahip olmadıkları tanı bilgilerine sahip oldukları bilgisi verilmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre, sağlık anksiyeteli bireylerin sağlık anksiyetesi olmayan bireylere göre kendilerinde mevcut olduğu söylenen tanı bilgilerini daha olumsuz yorumladığı, tıbbi komplikasyonlar bakımından daha fazla risk altında olduklarını düşündükleri ve daha fazla endişe duydukları sonucuna ulaşılmıştır (Hadjistavropoulos ve ark., 1998).

Sağlık anksiyetesi yüksek olan bireyler hastalık belirtilerinin ve komplikasyonlarının doktor tarafından net bir şekilde açıklanmadığını düşünerek şikayetçi olabilmektedir ve bu sebeple çok sayıda doktorla görüşebilmektedir (Kıran, 2020). Fiziksel semptomları için çeşitli kaynaklardan açıklama arayışlarına ve çok sayıda test ve tedavi yaptırmalarına rağmen aranan bu güvence kısa süreli bir etkiye sahip olmaktadır (Deale, 2007). Semptom ya da bedensel bir farklılık için sıklıkla beden kontrolü yapabilmekle beraber kaçınma davranışı da sıklıkla görülebilmekte, birey hastalıkla ilişkisi olabilecek durumlardan kaçınabilmektedir (Deale, 2007). Sonuç olarak bilişsel, duygusal ve davranışsal faktörlerin sağlık anksiyetesinin bir sonucu olmasının yanı sıra bu faktörlerin sağlık anksiyetesini tetikleyen ve sürdüren etkenler olduğu da söylenebilir (Deale, 2007).

2.1.2 Sağlık anksiyetesinin epidemiyolojisi

DSM-5'te sağlık anksiyetesi yaygınlığının %1.3 ila %10 arasında değişmekte olduğu, yaygınlığının cinsiyetler bakımından benzer olduğu, her yaş döneminde gelişmekle beraber genellikle genç erişkinlik döneminde ortaya çıkabilmekte olduğu belirtilmiştir (APA, 2013). Şiddetli düzeydeki sağlık anksiyetesinin erken yetişkinlik döneminde başladığı düşünülmekle birlikte son dönemde yapılan çalışmalarla sağlık anksiyetesinin çocukluk döneminde de gelişebileceği ortaya konmuştur (APA, 2013; Delparte ve ark., 2015). Yetişkin bireylerin sağlık anksiyetesi düzeylerinin ele alındığı çalışmalar incelendiğinde ise sağlık anksiyetesinin yaygınlığı hakkında farklı sonuçların saptandığı görülmüştür.

Doğan ve arkadaşlarının (2021) üniversite öğrencileri ile yürütmüş olduğu bir çalışmada internet bağımlılığı ve sağlık anksiyetesinin çevrimiçi platformlarda tekrarlayıcı aramalarla artış gösteren sağlık anksiyetesi ya da sıkıntıyla karakterize siberkondri ile etkileri araştırılmıştır. Araştırmanın sonuçları doğrultusunda öğrencilerdeki sağlık anksiyetesi düzeyinin düşük bir seviyede olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca, Şimşekoğlu ve Mayda (2016) tarafından hemşirelerin sağlık anksiyetesi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmaya göre, hemşirelerin sağlık anksiyetesi düzeylerinin düşük düzeyde olduğu sonu elde edilmiştir. Sözü geçen çalışmaların aksine yakın zamanda Can (2023) tarafından hekimlerde sağlık anksiyetesi düzeyinin belirlenebilmesi amacıyla yürütülen çalışmanın sonucuna göre hekimlerin yüksek düzeyde sağlık anksiyetesine sahip olduğu bulgulanmıştır.

Uluslararası çalışmalar incelendiğinde Looper ve Kirmayer (2001) tarafından 533 kişi ile yürütülen çalışmada örneklemin %6'sında yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Rieff ve arkadaşları (2001) tarafından sağlık anksiyetesinin genel popülasyondaki yaygınlığının incelendiği ve 2050 katılımcının yer aldığı çalışmada örneklemin %10'unun yüksek sağlık anksiyetesine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmanın bir diğer bulgusu ise sağlık anksiyetesi düzeyinin yaş ile birlikte artış gösterdiği şeklindedir. Ancak Sunderland ve arkadaşları (2012) tarafından 16-85 yaş arasındaki katılımlar ile yürütülen başka bir çalışmada sağlık anksiyetesinin 35-44 ve 45-54 yaş aralığında en yüksek seviyeye ulaştığı, en düşük yaygınlığınsa daha genç ve daha

yaşlı gruplarda görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Tyrer ve arkadaşları (2019) tarafından 4 yıl boyunca bir hastane kliniğine başvuran yetişkinkinler ile yürütülen başka bir çalışmada ise sağlık anksiyetesi yaygınlığı 2006-2008 yıllarında %14.9, 2008-2010 yıllarında %19.9 olarak bulunmuştur.

Yapılan bazı araştırmalar kadınlarda sağlık anksiyetesinin daha sık görüldüğünü belirtirken (Avçin ve Erkoç, 2021; Chen ve ark., 2019; Waterman ve Weinman, 2014), bazı araştırmalarsa sağlık anksiyetesi prevalansında cinsiyet açısından farklılık olmadığını belirtmektedir (Arslan ve Özçelik, 2020; Karaoğlu ve ark., 2020; Orhan Özgül ve Saatçi, 2021; Zahid ve ark., 2016). Ayrıca yapılan farklı çalışmalar incelendiğinde çocuklarda da sağlık anksiyetesi görülebileceği sonucuna ulaşılmaktadır (Rask ve ark., 2012). Bunlara ek olarak iş sahibi olmama, sigara kullanma, fiziksel bir rahatsızlığa sahip olma durumlarının sağlık anksiyetesini yordadığı; cinsiyetin, medeni durumun, eğitim düzeyinin ve sosyoekonomik düzeyin bireylerdeki sağlık anksiyetesi düzeyinde bir farklılığa sebep olmadığı ifade edilmektedir (Sunderland ve ark., 2012). Bunun aksine, Barbek ve arkadaşlarının (2022) yürüttüğü meta-analiz araştırmasının sonuçlarına göre düşük sosyoekonomik düzeyin sağlık anksiyetesi için risk faktörü olabileceği belirtilmiştir.

Sonuç olarak, birbirinden farklı örneklemlerde ve farklı zamanlarda (örn. pandemi sonrası dönem/ pandemi öncesi dönem) yapılan çalışma sonuçları farklı düzeylerde sağlık anksiyetesi yaygınlığına işaret etmektedir.

2.1.3 Sağlık anksiyetesinin etiyolojisi

Literatüre bakıldığında sağlık anksiyetesinin gelişimi noktasında genetik ve çevresel faktörlerin etkisinin olabildiği görülmektedir. Aile öyküsü, stres, sosyokültürel faktörler, kişilik özellikleri (nevrotiklik), tıbbi bilgilere maruziyet gibi unsurlar sağlık anksiyetesi ile ilişkili bulunan unsurlardır (Kıran, 2020). Sağlık anksiyetesi ciddi bir hastalığın yaşanması, bireye yakın birinin ölümü durumlarında ortaya çıkabilmektedir. Çocukluk döneminde bireyin kendisinin ya da bir aile üyesinin yaşadığı ciddi hastalıklar, bir aile üyesinin kaybı gibi stresli durumlar hastalık korkusu yaşanmasını tetikleyebilmektedir (Kıran, 2020). Bu bağlamda Yalçın (2021) tarafından yürütülen çalışmanın sonuçları

sağlık anksiyetesi yaşamakta olan yetişkinlerin çocukluklarında zorlu tecrübeler yaşadıklarını ileri sürmektedir.

Sağlık anksiyetesinin gelişiminde bazı bireysel faktörlerin yatkınlaştırıcı olduğu görülmüştür. Bu faktörlerin içerisinde kaygı duyarlılığının, nevrotikliğin, depresyonun, güvensiz ve korkulu bağlanmanın yer aldığı varsayılmaktadır (Noyes ve ark., 2002;Williams, 2004). Bu faktörler ile birlikte bireylerin sağlık hakkında sahip oldukları hatalı inançlar da sağlık anksiyetesinin gelişiminde rol oynamaktadır (Warwick, 1989). Bireylerin sağlık hakkında sahip oldukları hatalı inançlar tehdit algısını tetiklemekte, sağlığın tehdit edilmesi ile ilgili olumsuz düşünceler kaygı ile ilişkilendirilmektedir. Artan kaygı, genellikle kaçınma ve güvence arayışına yönelik davranışlarla ilişkilidir. Bu şekilde bu sürdürücü faktörler sağlık anksiyetesi artırarak bireyin bir kısır döngüye girmesiyle sonuçlanmaktadır (Warwick, 1989). Sahip olunan hatalı inançların yanı sıra önemli bir hastalığa sahip olmak da sağlık anksiyetesini tetikleyebilmektedir (Deale, 2007). Böyle bir durumda kişinin yaşadığı kaygı, hastalığın ciddiyetiyle orantısızdır (APA, 2013). Ayrıca bireyin hastalığı tedavi edildikten sonra bile sağlık anksiyetesi devam edebilmektedir (Deale, 2007). Bu bağlamda Sunderland ve arkadaşlarının (2013) yürütükleri çalışma bulguları, fiziksel bir hastalığa sahip katılımcıların sağlıklı olanlara kıyasla 4.67 kat daha fazla sağlık anksiyetesi kriterlerini karşılayabileceklerini göstermektedir. Aynı şekilde eşlik eden kronik bir rahatsızlık ve psikiyatrik öykünün sağlık anksiyetesi için risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Özdin ve Bayrak Özdin, 2020).

2.1.4 Sağlık anksiyetesi ile ilişkili faktörler

Yapılan çalışmalarda sağlık anksiyetesinin çeşitli psikolojik bozukluklar ile komorbid şekilde görüldüğü bulunmuştur. Sağlık hakkında duyulan kaygı çeşitli kaygı bozukluklarının bir özelliği olabilmektedir (Abramowitz ve ark., 2007). Sağlık anksiyetesi çoğunlukla hipokondriyazisle ilişkilendirilse de diğer kaygı bozukluklarıyla ve duygudurum bozukluklarıyla da ilişkili olabilmektedir (Noyes, 1999). Öyle ki sağlık anksiyetesi sebebiyle kliniğe başvuran bireylerin çoğunlukla kaygı bozukluğu ve depresif bozukluk yaşayabildikleri görülmektedir (APA, 2013).

Sunderland ve arkadaşlarının (2013) yürüttükleri bir çalışmanın sonucuna göre sağlık anksiyetesi görülen bireylerde %37 oranında majör depresif bozukluk, %29 oranında sosyal anksiyete bozukluğu, %24 oranında yaygın anksiyete bozukluğu, %12 oranında panik bozukluk, %11 oranında obsesif kompulsif bozukluğun görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca sağlık anksiyetesi ile bipolar bozukluğun, agorafobinin, panik bozukluğun ve yaygın anksiyete bozukluğunun birlikte görülmesinin olası ihtimalinden de söz edilmiştir (Sunderland vd., 2013).

Karapıçak ve arkadaşlarının (2012) panik bozukluk, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriyasizde görülen sağlık anksiyetesi düzeyini belirleme ve elde edilen sonuçları sağlıklı gönüllülerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ile karşılaştırma amacıyla yürüttükleri araştırmada yapılan analizler, sağlık anksiyetesi düzeyinin hipokondriyasiz grubunda yer alan katılımcılarda en yüksek seviyede görüldüğünü göstermektedir. Bu grubu sırasıyla panik bozukluk grubu, somatizasyon bozukluğu grubu ve sağlıklı gönüllülerin yer aldığı kontrol grubu izlemektedir. Bu sonuçlar hipokondriyasizde görülen sağlık anksiyetesi düzeyinin önemine işaret etmektedir. Aydemir ve arkadaşlarının (2013) sağlık anksiyetesi ile ilgili yürüttükleri bir çalışmanın sonuçlarına göre ise katılımcılardan somatoform bozuklukları ve anksiyete bozuklukları tanı kriterlerine sahip bireylerin majör depresif bozukluk tanı kriterlerine sahip ve sağlıklı bireylere göre daha yüksek sağlık anksiyetesi düzeyleri olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık anksiyetesinin hafif düzeyde hissedilmesi bireyi sağlık koruyucu davranışlara itebilmektedir. Ancak yüksek düzeyde hissedilen sağlık anksiyetesi birtakım psikiyatrik belirtilere sebep olabilmektedir (Şimşekoğlu ve Mayda, 2016). Sağlık anksiyetesinin yiyecek ve diyetle meşgul olma ile ilişkili olduğu bilinmekle birlikte (Hadjistavropoulos ve Lawrence, 2007) yeme davranışında önemli değişikliklere sebep olduğuna dair kanıtlar mevcuttur (Quick ve ark., 2012). Bu doğrultuda Valente ve arkadaşları (2020) tarafından Hollanda'da genç kadınlar ile yürütülen çalışmanın sonucuna göre kronik rahatsızlıklara sahip olma ile ilgili endişelerin sağlıklı beslenme ile meşgul olma durumuyla anlamlı derecede ilişkili olduğu, bu durumun da olası ortoreksiya nervoza başlangıcıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bağlamda sağlık anksiyetesinin anlaşılmasında ortoreksiya nervozanın ele alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

2.2 Ortoreksiya Nervoza

2.2.1 Kavramsal açıklama

Besin içeriği ve miktarı konusunda dikkatli olmak bireyin sağlığı açısından önem arzetmektedir (Chaki ve ark.,2013). Fakat bazı zamanlarda sağlıklı beslenmeye yönelik davranışlar sağlıksız bir durum haline gelebilmektedir (Bratman, 2017a). Sağlıklı beslenme davranışının ve sağlıklı beslenme yönündeki isteğin zorlantılı bir hal alması ortoreksiya nervoza olarak tanımlanmaktadır (Bratman, 1997; 2014; 2017a; Chaki ve ark., 2013). Zamanla sağlıklı beslenme yönündeki bu istek bireyin hayatını kısıtlayıcı bir hale gelmektedir. Ortorektik bireylerin yapay renklendirici, sağlıksız yağ, pestisit, koruyucu katkı maddesi, genetiği ile oynanmış ürün, fazla miktarda tuz/şeker içeren besinlerin tüketiminden zorlantılı şekilde kaçındıkları bilinmektedir (Bartrina, 2007). Öte yandan sağlıklı beslenme örüntüsüne sahip olmanın ortoreksiya nervozaya sahip olma anlamına gelmediği vurgulanmaktadır (Bratman, 2017a;b). Henüz DSM-5'te tanımlanmamış olan ortoreksiya nervozanın anoreksiya ve bulimiya nervoza ile benzerliklerinin oluşu alan yazında tartışılmaktadır (Koven ve Abry, 2015; Zamora, Bonaechea, Sanchez ve Rial, 2005). Genellikle, bir hastalık riskini önleme ve sağlık durumunu iyileştirme isteğiyle başlayan ortoreksiyanın (Bratman, 1997) sağlık anksiyetesi ile ilişkili olabileceği varsayılmaktadır (Koven ve Abry, 2015).

Bratman (2017b) tarafından ortoreksiyanın gelişimini içeren modele göre, ortoreksiya nervoza iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşama sağlıklı bir diyet seçimini içerirken, ikinci aşama sağlıksız bir saplantı haline dönüşen patolojik bir süreci içermektedir (Bratman, 2017b). İkinci aşama sırasında OKB belirtileri, kendini cezalandırma ve besin kısıtlamaları gibi durumlar görülmektedir (Bratman, 2017b). Besin kısıtlamaları gluten, şeker, süt ve süt ürünleri ile işlenmiş ürünlerin tüketilmemesi gibi katı uygulamaları içerebilmektedir (Oberle, Watkins ve Burkot, 2017a). Bireyin benimsemiş olduğu diyet ile birlikte artan besin kısıtlaması, yeme bozuklukları ile ilişkili psikolojik faktörlere sebebiyet vermektedir (Bratman, 2017a). Birey sağlıklı beslenmeye dair kendisine dayattığı beslenme kurallarına uymama sonucunda suçluluk, utanç ve kaygı yaşamaktadır (Barthels ve ark., 2015; Varga ve ark., 2013). Bununla birlikte, sağlıklı beslenmeye dair

zihnin aşırı meşguliyeti bireyin sosyal, akademik ve mesleki alanlardaki işlevselliğinde düşüşe sebep olmaktadır (Barthels, Meyer ve Pietrowsky, 2015; Varga ve ark., 2013).

2.2.2 Ortoreksiya nervozanın epidemiyolojisi

Ortoreksiya nervozanın yaygınlığını belirlemek üzere yapılan araştırmalarda farklı sonuçların elde edildiği görülmektedir. İtalya'nın genel popülasyonunun temel alınmasıyla yürütülen bir çalışmada ortoreksiya nervozanın yaygınlığının %6.9 olduğu ifade edilmektedir (Donini ve ark., 2004). İngiltere'de yürütülen bir çalışmaya göre sağlık hakkında içeriklere sahip bloglar aracılığıyla ulaşılan kadın katılımcıların ortoreksiya nervoza oranını ise % 90.6 olarak belirlenmiştir (Turner ve Lefevre, 2017).

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde Asil ve Sürücüoğlu'nun (2015) ortoreksiya nervozanın diyetisyenlerdeki yaygınlığını incelemek amacıyla yürüttükleri çalışmanın sonucunda ortoreksiya nervozanın yaygınlığı % 41.9 olarak bulunmuştur. Fidan ve arkadaşlarının (2010) 878 tıp öğrencisi ile yürüttüğü araştırmanın sonuçlarına göre yaygınlık % 43.6 olarak bulgulanmıştır. Benzer şekilde Bağcı Bosi ve arkadaşları (2007) tarafından tıp fakültesindeki 318 asistan doktor ile yürüttükleri çalışmanın sonucuna göre katılımcıların %45.5'inde ortoreksiya nervoza görüldüğü belirtilmektedir. Aksoydan ve Camcı (2009) tarafından performans sanatçılarında ortoreskiya nervozanın yaygınlığının belirlenmesi amacıyla yürütülen bir çalışmada 94 katılımcıdan veri elde edilmiştir. Bu araştırmanın bulgularına göre ortoreksiya nervoza yaygınlığı %56.4 olarak bulunmuştur. Şanlıer ve arkadaşları (2016) tarafından farklı bölümlerde öğrenim görmekte olan 900 üniversite öğrencisi ile yürüttükleri çalışmadan elde edilen verilere göre ortoreksiya nervoza yaygınlığı %59.8 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde ortoreksiya nervozanın yaygınlığı hakkında, Türkiye bağlamında, birbirine yakın fakat farklı sonuçların elde edildiği görülmektedir.

Ortoreksiya nervozanın epidemiyolojisi ile ilgili diğer özellikler incelendiğinde demografik özelliklerden cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyindeki farklılıklara dair yapılan karşılaştırmaların farklı sonuçlara işaret ettiği görülmektedir. Örneğin Şanlıer ve arkadaşlarının (2016) yürüttükleri bir araştırmanın verilerine göre ortoreksiya nervoza açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptamış olup kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha yüksek seviyelerde ortoreksiya nervoza eğilimine sahip oldukları

sonucu elde edilmiştir. Bunun aksine Fidan ve arkadaşları (2010) tarafından yürütülen çalışmadan elde edilen bulguya göre ise erkek öğrencilerde ortoreksiya nervoza eğiliminin anlamlı derecede daha yüksek olduğu yönündedir. Buna ek olarak ortoreksiya nervoza eğilimi bakımından yaş grupları arasında farklılıklar saptanmıştır. Buna göre çalışmadaki ortoreksiya nervoza eğilimi olan öğrenciler karşılaştırıldığında 21 yaş altındaki öğrencilerin oranının 21 yaş üzerindeki öğrencilerin oranından daha yüksek olduğu görülmektedir. Bir başka deyişle çalışmadan elde edilen bulgular genç yaştaki erkek öğrencilerde ortoreksiya nervoza eğiliminin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Buna ek olarak Bağcı Bosi ve arkadaşları (2007) tarafından yürütülen çalışmanın sonuçlarına göre ise ortoreksiya nervoza ve cinsiyete yönelik yapılan karşılatırmalar anlamlı farklıklara işaret etmemektedir. Aynı doğrultuda Aksoydan ve Camcı'nın (2009) yürüttüğü çalışmaya göre cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi açısında da anlamlı fark saptanmamıştır. Bu sonuçlara ek olarak farklı sosyoekonomik özelliklere sahip bölgelerdeki ortorektik belirtilerin incelendiği çalışma sonuçları bu bölgelerde benzer yaygınlığın görüldüğüne işaret etmektedir (Bosi ve ark., 2007; Fidan ve ark., 2010). Bu araştırma bulgularına göre ortoreksiya nervoza bakımından risk faktörü olarak değerlendirilebilecek demografik özelliklerin belirlenemediği sonucuna ulaşılmaktadır.

2.2.3 Ortoreksiya nervozanın etijolojisi

Ortoreksiya nervozanın etiyolojisine dair çalışmalar incelendiğinde gelişimine neden olan faktörlerin tam olarak belirlenemediği görülmektedir. Ancak yine de ortoreksiya nervoza için bazı risk faktörlerinden söz etmek mümkündür. Üniversite öğrencisi olmanın, vegan/vejeteryan bir diyet yapmanın ya da zayıf olma gibi bireysel faktörlerin ortoreksiya nervoza ile ilişkilendirildiği çalışmalar literatürde mecvuttur (Almedia ve ark., 2018; Dell' Osso ve ark., 2016; Hayes ve ark., 2017). Bunun yanı sıra psikolojik etkenler ve genetik faktörlerin yeme bozukluklarında önemli rolleri olduğu varsayılmaktadır (İkinci, 2010). Bu doğrultuda Arusoğlu ve arkadaşları (2008) tıbbi sebepler ile diyet yapan bireylerin ortoreksiya nervoza eğilimlerinin daha yüksek seviyelere ulaştığını belirtmektedirler. Benzer şekilde Novara ve arkadaşları (2022) tarafından ortoreksiya nervoza belirtisi yüksek olan bireylerin karşılaştırılmasıyla yapılan araştırmaya göre diyet yapan bireylerin ortoreksiya nervoza eğilimlerinin diyet yapmayan bireylerinkine göre daha fazla olduğu ifade edilmektedir. Elde edilen bulgular diyet

yapma durumunun ortoreksiya nervoza bağlamında potansiyel bir risk unsuru olabileceğini göstermektedir. Bu bulguların yanı sıra sağlık alanında eğitim görmenin ortoreksiya nervoza ile ilişkisinin olduğuna dair çalışmalar mevcuttur. Bu bağlamda Erol (2018) tarafından 298 tıp fakültesi öğrencisi ile yürütülen çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinde ortoreksiya nervoza eğilimi ve yeme tutumlarının incelenmesi hedeflenmiştir. Araştırma bulgularına göre tıp fakültesi öğrencilerinin ortoreksiya nervoza eğilim oranın %76.2 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde Bağcı Bosi ve arkadaşları (2007) tarafından tıp fakültesindeki 318 asistan doktor ile yürütülen çalışmanın sonucuna göre asistan doktorların %45.5'inde yüksek ortoreksiya nervoza eğilimi olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde sağlık alanında eğitim görmenin /çalışmanın ortoreksiya nervoza bakımından risk unsuru olabileceği düşünülmektedir. Bununla tutarlı olacak şekilde Varga ve arkadaşları (2013) tarafından sağlık alanında çalışan profesyonellerin ortoreksiya nervoza açısından risk grubunda yer aldıkları belirtilmiştir. Ancak bunun tam tersini bildiren çalışmalar da mevcuttur. Örneğin Kamarlı Altun ve arkadaşları (2020) sağlık alanlarında lisans eğitimi alan ve sağlık alanı dışında lisans eğitimi alan öğrencileri, ortoreksiya nervoza eğilimleri açısından değerlendirmişlerdir. Bu çalışma bulguları doğrultusunda iki grubun ortoreksiya nervoza eğilimi açısından farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Sonuç olarak ortoreksiya nervozanın etiyolojisine dair yapılan çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde özellikle bir risk faktörünün varlığından söz etmenin mümkün olmadığı görülmektedir.

2.2.4 Ortoreksiya nervoza ile ilişkili faktörler

Ortoreksiya nervoza klinik görünüm açısından DSM 5'te ''Beslenme ve Yeme Bozuklukları'' kategorisi içerisinde yer alan anoreksiya nervoza ile benzerlik göstermektedir (APA, 2013). Alanyazında ortoreksiya nervoza ve yeme bozukluklarının birlikte çalışılması önerilmektedir (Tremelling, 2017). Bu doğrultuda yapılan çalışmalar incelendiğinde öne çıkanlardan biri Asil ve Sürücüoğlu (2015) tarafından diyetisyenlerdeki ortoreksiya nervoza yaygınlığının araştırıldığı çalışmadır. Bu çalışmanın bulgularına göre ortoreksiya nervoza ile anoreksiya nervozanın pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu bildirilmektedir. Benzer şekilde Bilekli Bilger (2022) tarafından ortoreksiya nervoza ve farklı psikolojik faktörlerin ilişkilerinin incelendiği çalışmada ortoreksiya nervoza ile anoreksiya nervoza ve obsesif kompulsif belirtilerin

pozitif yönde anlamlı ilişkisinin olduğu sonucu rapor edilmiştir. Aynı doğrultuda uluslararası literatürde Farchakh ve arkadaşları (2019) tarafından Lübnan'da 627 tıp fakültesi öğrencisi ile yürütülen çalışmada anoreksiya nervoza ile ortoreksik belirtilerin pozitif yönde anlamlı ilişkisi rapor edilmektedir.

Yapılan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda, yeme bozukluklarının yanı sıra ortoreksiya nervoza semptomları ile obsesyon ve kompülsiyonlar ile karakterize bir bozukluk olan Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) semptomları arasındaki benzerlikler de öne çıkmaktadır (Koven ve Abry, 2015;Koven ve Senbonmatsu, 2013). Literatür incelendiğinde bireylerin sahip olduğu obsesif kompulsif özellikler ile ortoreksiya nervoza eğilimleri arasındaki anlamlı ilişkiyi destekleyen çalışmaların mevcut olduğu görülmektedir (Arusoğlu ve ark., 2008; Barnes ve Caltabiano, 2017; Brytek-Matera, 2012; Costa ve Hardan-Khalil, 2017). Örneğin ülkemizde yapılan çalışmalardan Arusoğlu ve arkadaşları (2008) tarafından ortoreksiya nervoza ve obsesif kompulsif davranışlar arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yürütülen çalışmaya 19-66 yaşları arasında yer alan 994 katılımcı dahil edilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre obsesif kompulsif belirtilerin ortorektik eğilim üzerinde anlamlı temel etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre katılımcılardan obsesif kompulsif belirtileri daha yüksek olan kişilerin ortoreksik eğilimlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde Kazkondu (2010) tarafından üniversite öğrencileri ile yürütülen çalışmadan elde edilen bulguya göre obsesif kompulsif belirtiler yükseldikçe ortoreksik belirtilerin de yükseldiği sonucu elde edilmiştir. Uluslarası alanyazın incelendiğinde bu sonuçları destekleyen çalışmaların mevcut olduğu görülmektedir (Barada ve Roncero, 2018 ; Bundrros ve ark., 2016). Örneğin Hayles ve arkadaşları (2017) tarafından yürütülen çalışmada ortoreksik belirtilerin OKB belirtileri ve mükemmeliyetçilik ile anlamlı ilişkileri bulunmuştur. Bu bağlamda obsesif eğilimlerin ortoreksiya nervozanın kökeni olabileceği ileri sürülmektedir (Moroze ve ark., 2015).

Obsesif kompulsif belirtilerin yanı sıra ortoreksiya nervozanın özellikleri sağlık anksiyetesi ile de benzerlik göstermektedir (Koven ve Abry, 2015). Sağlık anksiyetesinin yiyecek ve diyetle meşgul olma ile ilişkili olduğu düşünüldüğünde (Hadjistavropoulos ve Lawrence , 2007) mevcut çalışmada ortoreksiya nervoza ve sağlık anksiyetesini birlikte ele almanın önemli olduğu düşünülmektedir. Nitekim sağlık anksiyetesinin yeme

davranışı üzerinde problemli değişikliklere yol açtığına yönelik kanıtlar mevcuttur (Quick ve ark., 2012).

2.2.4.1 Ortoreksiya nervoza ve sağlık anksiyetesi

DSM-5'e göre henüz bir bozukluk olarak tanımlanmayan ortoreksiya nervozanın yeme bozukluklarının bir türevi olup olmadığı henüz bilinmemekle birlikte (Brytek- Matera ve ark., 2015) obsesif kompulsif bozukluk ve sağlık anksiyetesi ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Zamora ve ark., 2005). Bu bağlamda, Koven ve Abry (2015) hasta olmak ile ilgili kaygının ve olası bir hastalığı önlemeye yönelik çabanın yiyecek seçimi ile diyet davranışlarını etkileyebileceğini ileri sürmüşlerdir.

Sağlık anksiyetesi ve ortoreksiya nervozanın ilişkisini incelemek üzere ülkemizde yapılan çalışmalar incelenmiştir. Bu doğrultuda Can'ın (2023) hekimlerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ile ortoreksiya nervoza düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yürüttüğü çalışma sonucunda, sağlık anksiyetesi ile ortoreksiya nervoza arasında düşük düzeyde anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır.

Uluslararası literatürde yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, Barthels ve arkadaşlarının (2021) hastalık kaygısı ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışma sonucuna göre yüksek düzeyde ortoreksik yeme davranışına sahip bireylerin düşük düzeyde ortoreksik yeme davranışına sahip bireylere göre daha yüksek hastalık kaygısı düzeyine sahip olduklarına ulaşılmıştır. Aynı doğrultuda, Chace ve Kluck (2022) tarafından ortoreksiya nervoza ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yürütülen çalışmaya göre ortoreksiya ve sağlık anksiyetesinin pozitif yönlü ilişkisi rapor edilmiştir. Hadjistavropoulos ve Lawrence (2007) yaptıkları bir çalışmada sağlık ile ilgili kaygısı olan kadınların diyet yapma ve yiyecekler ile ilgili zihinsel meşguliyetler belirttikleri sonucuna ulaşmışlardır. Bu bağlamda diyet yapma davranışının sağlık anksiyetesinin yönetilmesinde bir strateji olabileceği düşünülmektedir (Hadjistavropoulos ve Lawrence, 2007). Ancak buna karşın sağlık ile ilgili bu kaygı, ortoreksiya nervoza için önemli olan besin seçimi noktasındaki katılığı ve ritüelleşmiş besin tüketimi davranışını açıklamada yetersiz görünmektedir. Bu noktada ortoreksiya nervozanın OKB ile benzerliği öne çıkmaktadır. Bu sebeple sağlık anksiyetesi ve ortoreksiya nervoza kavramlarının açıklanmasında mükemmeliyetçilik kavramının da

açıklanması önemli görünmektedir Nitekim yapılan çalışmalar mükemmeliyetçilik kavramının hem sağlık anksiyetesi (Karadayı, 2020) hem de ortoreksiya nervoza (Barnes ve Caltabiano, 2017; Hayles ve ark., 2017; Koven ve Abry, 2015) ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

2.3 Mükemmeliyetçilik

2.3.1 Kavramsal açıklama

Kusursuza ulaşma çabası ve yüksek standartlar belirleme eğilimi ile nitelendirilen mükemmeliyetçilik kavramı bireyin kendi davranışlarını değerlendirirken oldukça eleştirel olduğu bir özellik olarak tanımlanmaktadır (Flett ve Hewitt, 2002). Mükemmeliyetçilik, kişisel standart ile ilişkili bir yapı olmasının yanı sıra kişiler arası ilişkileri de etkilemektedir (Hewitt ve Flett, 1991). Mükemmeliyetçiliğin kavramsallaştırılmasına yönelik yapılan çalışmalar psikanalist Hollander (1965) tarafından başlamıştır. Hollander'a göre mükemmeliyetçilik, çocukluk çağında öğrenilen olumsuz bir kişilik özelliğidir. Buna göre mükemmele ulaşma arzusunun altında ''yeterince iyi olmama'' gibi düşünceler yatmaktadır. İlk zamanlarda çeşitli araştırmacılar tarafından çoğunlukla tek boyutlu bir kavram olarak açıklanan mükemmeliyetçilik kavramı zamanla çok boyutlu olarak açıklanmaya başlanmıştır. Bu doğrultuda mükemmeliyetçiliğin tek boyutlu ve çok boyutlu tanımlamaları yapılmıştır.

2.3.1.1 Tek boyutlu mükemmeliyetçilik

Mükemmeliyetçilik üzerine yapılan ilk tanımlamalar ve kavramsallaştırmalar, mükemmeliyetçiliğin tek boyutlu bir yapısının olduğunu ifade etmektedir (Burns, 1980; Patch, 1984). Mükemmeliyetçilik ile ilgili ilk sistematik araştırmaları yapan Burns'e (1980) göre mükemmeliyetçi bireyler ulaşılması zor hedefler ve yüksek standartlar belirlemekte ve bu hedeflere ulaşmak için çabalamaktadırlar. Bu tanımlamaya göre ortaya konulan bu çaba, bireyin kendini geliştirmesinden ziyade kendisini savunmaya yönelik bir çaba şeklinde ifade edilmektedir. Burns'e göre mükemmeliyetçi bireyler imkansız hedefler uğruna sürekli çabalamakta, kendi değerlerini parformansları ve başarıları doğrultusunda belirlemektedirler (Burns, 1980). Mükemmeliyetçi kişiler genellikle performanslarına yönelik ''ya hep ya hiç'' düşünme biçimine sahip olmaktadırlar. Buna göre başarılı olma durumu mükemmelken, mükemmel standartın altında yer alan her

durum başarısızlıkla eşdeğer görülmektedir (Burns, 1980). Burns'ün tanımlamalarına göre mükemmeliyetçilik kavramı, olumsuz bir yapı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Mükemmeliyetçilik kavramına olumsuz bir bakış açısıyla yaklaşan bir diğer araştırmacı olan Patch'e (1984) göre mükemmeliyetçilik psikopatoloji ile ilişkilendirilmektedir. Sözü geçen araştırmacıya göre mükemmeliyetçilik, kişisel yenilgilere yol açmakta ve bireyi bir kısır döngü içerisine sokmaktadır (Patch, 1984).

Mükemmeliyetçilik kavramını tek boyutlu bir bakıç açısıyla inceleyen araştırmacılardan Shafran, Cooper ve Fairburn'e (2002) göre mükemmeliyetçi birey, kendi belirlediği yüksek standarta ulaşmak amacıyla sürekli biçimde bir çabanın içerisindedir ve bu bireylerde kendine yönelik eleştiri ön plana çıkmaktadır.

2.3.1.2 Çok boyutlu mükemmeliyetçilik

Başlarda tek boyutlu olarak açıklanan mükemmeliyetçilik kavramı zamanla çok boyutlu bir biçimde ele alınmaya başlanmıştır. Bu doğrultuda Hamacheck (1978) tarafından mükemmeliyetçilik kavramı normal ve nevrotik olacak şekilde iki boyutlu bir yapı olarak ele alınmıştır. Hamacheck'e göre normal mükemmeliyetçi yapıya sahip bireylerin sağlıklı olduğu belirtilirken, bu kişilerin sahip olduğu mükemmeliyetçiliğin benlik saygısını artırma gibi bir işlevi olduğu ve gerçekçi standartlar için bir çabalama olduğu ifade edilmektedir. Nevrotik mükemmeliyetçilik ise bireyin başarabileceklerinin çok ötesinde yüksek standartlar belirlemesi olarak tanımlanmaktadır.

İlk zamanlarda benlik üzerine odaklanarak açıklanan mükemmeliyetçilik kavramının zamanla çok boyutlu bir yapıya sahip olduğu ifade edilmeye başlamıştır. Bu bağlamda Hewitt ve Flett (1991) mükemmeliyetçiliğin açıklanmasında üç boyutlu bir yaklaşım önermişlerdir. Bu yaklaşıma göre bunlar bireyin kendisi için mükemmele yakın standartlar oluşturma eğilimi olan ‘’kendine yönelik (self-oriented) mükemmeliyetçilik, diğerlerine yönelik mükemmeliyetçi beklentilerin olmasını ifade eden ‘’diğerlerine yönelik (other-oriented) mükemmeliyetçilik’’ ve diğer bireylerin kişinin kendisine yönelik gerçek dışı standartlarına dair inançlarını ifade eden ‘’sosyal odaklı (socially prescribed) mükemmeliyetçiliktir.

Frost ve arkadaşları (1990) tarafından önerilen çok boyutlu yaklaşıma göre ise mükemmeliyetçilik altı boyuttan oluşmaktadır. Bunlar ‘’hatalar karşısında duyulan kaygı’’, ‘’kişisel standartlar’’, ‘’ebeveyn beklentileri’’, ‘’ebeveyn eleştirileri’’, ‘’harekete geçmeye yönelik şüpheler’’ ve ‘’organizasyon’’ boyutlarından oluşmaktadır. İlk boyut olan ‘’hatalar karşısında duyulan kaygı’’ boyutu bireyin hata yapma davranışından kaçınması ile ilgilidir. İkinci boyut olan ‘’kişisel standartlar’’ boyutunun, bireyin kendisine yönelik yüksek bir standart belirlemesi ve bu standartların birey için oldukça önemli görülmesi ile ilgili olduğu belirtilmektedir (Frost ve ark., 1990). Frost ve arkadaşlarının (1990) mükemmeliyetçilik tanımlamasıyla ilgili bu iki boyutu, Hewitt ve Flett’in (1991) ‘’kendine yönelik mükemmeliyetçilik’’ tanımı ile benzer özellikler gösterdiği görülmektedir (Sapmaz, 2006). ‘’ Ebeveyn beklentileri’’ olarak tanımlanan üçüncü boyut ise ebeveynin yüksek standartları olduğu ve ebeveyn için bu standartların çok önemli olduğunun düşünülmesi şeklinde açıklanmaktadır (Frost ve ark., 1990). ‘’Ebeveyn beklentileri’’ boyutu, Hewitt ve Flett’in (1991) ‘’sosyal odaklı mükemmeliyetçilik’’ tanımıyla benzerlik göstermektedir. ‘’Ebeveyn beklentileri’’ boyutu ile oldukça ilişkili olan dördüncü boyut ise ‘’ebeveyn eleştirileri’’ boyutudur. Bu boyut bireyin ebeveynlerini eleştirel olarak hissetmesinin mükemmeliyetçiliğe sebep olabileceği görüşünü vurgulamaktadır. Beklentilerinin karşılanmaması durumunda ebeveynlerin oldukça eleştirel olacağı düşünülmektedir (Frost ve ark., 1990). Beşinci boyutta ise ‘’harekete geçmeye yönelik şüpheler’’ boyutunda birey performansı hakkında kuşku duymaktadır. Bu durumda birey işini gerçekleştirilebilmek adına gereğinden fazla zaman harcamakta ve davranışlarından şüphe duyabilmektedir (Frost ve ark., 1990; Frost ve ark., 1993). Altıncı ve son boyut olan ‘’organizasyon’’ boyutu bireyin temizlik ve düzeni aşırı derecede önemsemesi ile ilgili olarak tanımlanmaktadır (Frost ve ark., 1990).

Mükemmeliyetçilik kavramı, çeşitli araştırmacılar tarafından çok boyutlu olarak açıklansa da olumsuz/istenmeyen bir özellik olarak görülmeye devam etmiştir (Sapmaz, 2006). Buna karşılık Slaney ve Johnson (1992) mükemmeliyetçiliği olumlu ve olumsuz biçimde ele almışlardır. Bu doğrultuda yapılan revizyon çalışmaları ile birlikte nihai olarak Slaney ve arkadaşları (1996) tarafından ‘’ The Almost Perfect Scale- Revised (APS-R)’’ geliştirilmiştir. Ölçek ‘’çelişki’’, ‘’standartlar’’ ve ‘’düzen’’ olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Buna göre ‘’çelişki’’ alt boyutu performas ve standartlar arasındaki çelişkinin algılanmasını ölçmektedir. Bu boyut, bireyin kendisi için belirlediği

yüksek standartların karşılanmasına yönelik çabalarının devamlı olarak başarısızlıkla sonuçlandığına yönelik algıları ile ilişkilidir. Buna karşılık ‘’standartlar’’ alt boyutu, yüksek kişisel standartların belirlenmesi durumunu; ‘’düzen’’ alt boyutu kişinin düzenlilik ile ilgili tercihlerini ölçümlemektedir. Buna göre yüksek standartlara sahip olma ve düzenli olma durumu mükemmeliyetçilik kavramının uyumlu yönüyle ilişkilendirilmektedir. Bu modele göre uyumlu mükemmeliyetçiliğe sahip bireyler yüksek kişisel standartları ve performanslarının birbiriyle uyuşmadığı durumlarda az düzeyde stres yaşamaktadır. Buna karşılık uyumsuz mükemmeliyetçiliğe sahip bireyler ise yüksek kişisel standartları ve performanslarının uyuşmadığı durumlarda yüksek düzeyde stres yaşamaktadırlar (Slaney ve ark., 1996; Slaney ve ark., 2001). Bir başka ifadeyle uyumlu mükemmeliyetçilik kişisel standartların ve başarının gerçekleştirilebilmesi için gerekli olan çabayı içermekte iken bu çabanın sonucunda elde edilen şeylere odaklanmaktadır; uyumsuz mükemmeliyetçilik ise bir başkasının eleştiri ve beklentileriyle ilişkili endişeyi içermekte ve yüksek standartlar ile çaba sonucunda elde edilen şey arasındaki çelişkiye odaklanmaktadır (Hamachek, 1978; Stoeber ve Otto, 2006; Bieling ve ark., 2004). Sonuç itibariyle mükemmeliyetçiliğin, bireyin üzerinde olumlu ve olumsuz yönde etki edebilen bir faktör olduğu söylenebilir (Sapmaz, 2006).

Literatürde mükemmeliyetçilik ile ilgili çalışmalar oldukça fazla olmakla birlikte sağlık anksiyetesi ve ortoreksiya nervoza ile ilişkisine değinen çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu görülmektedir.

2.3.2 Mükemmeliyetçilik ve ilişkili faktörler

Literatür incelendiğinde mükemmeliyetçilik kavramının stres, depresyon ve kaygı ile ilişkisinin öne çıktığı görülmektedir (Butt, 2010). Bu bağlamda Burns (1980) mükemmeliyetçi bireylerin yüksek standartlarına ulaşamadıkları takdirde algıladıkları başarısızlık sonucunda benlik saygılarının düştüğünü ve bunun da depresyon ve kaygıyı tetiklediği ileri sürmektedir. Bununla tutarlı olacak şekilde Kawamura ve arkadaşları (2001) tarafından mükemmeliyetçilik ve kaygının ilişkisinin incelendiği çalışmada yapılan korelasyon analizi, uyumsuz mükemmeliyetçiliğin yüksek anksiyete belirtileri ile pozitif yönlü ilişkisini saptamıştır. Nitekim Pirinççi (2009) tarafından mükemmeliyetçiliğin kaygı ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yürütülen çalışmaya göre

mükemmeliyetçilik ve kaygı düzeyleri arasındaki pozitif korelasyon sonucu rapor edilmiştir.

Literatürde ilgili çalışmalar incelendiğinde; uyumsuz mükemmeliyetçiliğe sahip olmanın daha yüksek depresyon düzeyleriyle ilişkili olduğunun ifade edildiği görülmektedir (Rice ve Dellwo, 2002). Buna ek olarak Ashby ve arkadaşları (1998) tarafından uyumlu/uyumsuz mükemmeliyetçilik ile yeme bozukluğunun ilişkisinin incelendiği araştırmadan elde edilen bulgular yeme bozukluğuna sahip bireylerin daha yüksek uyumsuz mükemmeliyetçilik puanlarına sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı doğrultuda Sapmaz (2006) tarafından uyumlu/uyumsuz mükemmeliyetçiliğin çeşitli psikolojik faktörler ile ilişkisini inceleyen çalışma bulguları, uyumsuz mükemmeliyetçi özelliklere sahip bireylerin uyumlu mükemmeliyetçiliğe sahip bireylere göre obsesif kompulsif eğilimlerinin, kişilerarası duyarlılık, depresif belirti,anksiyete ve öfke belirti düzeylerinin daha yüksek seviyede olduğunu göstermektedir. Sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde mükemmeliyetçiliğin obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili olduğu görülmektedir (Sapmaz, 2006). Bununla beraber obsesif kompulsif belirtilerin sağlık anksiyetesi ile de ilişkili olduğu (Wheaton ve ark., 2010a; Sunderland, 2013; Karadayı, 2020;) göz önünde bulundurulduğunda mükemmeliyetçilik kavramının anlaşılmasında sağlık anksiyetesi ile olan ilişkisine değinmenin gerekli olduğu düşünülmektedir.

2.3.2.1 Mükemmeliyetçilik ve sağlık anksiyetesi

Literatür incelendiğinde mükemmeliyetçilik ve sağlık anksiyetesinin incelendiği çalışmaların sınırlı sayıda oluşu göze çarpmaktadır. Bu doğrultuda Karadayı (2020) tarafından sağlık anksiyetesi ile obsesif inançların ilişkisinin incelendiği araştırmada Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Obsesif İnanışlar Ölçeği kullanılmıştır. Obsesif İnanışlar Ölçeği'nin alt boyutlarından Mükemmeliyetçilik/Kesinlik alt boyutu ile Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Aynı doğrultuda çeşitli araştırmalar da tehdit ve sorumluluğu abartma eğilimi, mükemmeliyetçilik ve kesinlik ihtiyacı gibi OKB'ye özgü bazı bilişsel çarpıtmaların hastalık anksiyetesinde de mevcut olduğunu göstermektedir (Deacon ve Abramowitz, 2008; Melli ve ark., 2014; Wheaton ve ark., 2010a; Wheaton ve ark., 2010b;). Bunun yanı sıra tıpkı sağlık anksiyetesinde görüldüğü gibi ortoreksiya nervozanın da OKB ile birtakım ortak özelliklerinin olduğu (Hayes, 2017; Özcan, 2021), bu noktada ortoreksiya nervozanın

yüksek kaygı özellikleri, tekrarlayan düşünce ve davranışlar ve mükemmeliyetçilik gibi OKB'nin birtakım özellikleri ile karakterize olduğu bilinmektedir (Dell'Osso ve ark., 2018; Koven ve Abry, 2015). Bu bağlamda mükemmeliyetçilik ve ortoreksiya nervozanın ilişkisine değinmenin önemli olduğu düşünülmektedir.

2.3.2.2 Mükemmeliyetçilik ve ortoreksiya nervoza

Ortoreksiya nervozada bireylerin mükemmel bir diyet yapmayı hedeflemeleri ve bu sebeple katı beslenme kurallarına uymaları sebebiyle mükemmeliyetçi bir yapı sergilemeleri olası görünmektedir (Barnes ve Caltabiano, 2017). Ayrıca uyumsuz mükemmeliyetçi özelliklere sahip olan bireyler hissettikleri yetersizlik duygusunun ve kontrol eksikliğinin telafisi amacıyla, yeme ve zayıflığa odaklanma geliştirebilmektedirler (Asarkaya, 2019). Ortoreksiya nervoza ve mükemmeliyetçilik ilişkisini inceleyen çalışmaların sınırlılığı söz konusu olsa da ortoreksiya nervozanın mükemmeliyetçilik ile karakterize bir yapı olduğu ileri sürülmektedir (Koven ve Abry, 2015; Mathieu, 2005).

Özcan (2021) tarafından yapılan bir çalışmada, obsesif inançların mükemmeliyetçilik ve kesinlik alt boyutunun ortoreksiya nervoza eğiliminin anlamı bir yordayıcısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Barnes ve Caltabiano'nun (2017) yürüttükleri çalışma bulgularına göre kadınların ortoreksik tutumları ile dış görünüşleri ile ilgili mükemmeliyetçi tutumları ilişkili bulunmuştur. Benzer şekilde Koven ve Senbonmatsu (2013) tarafından yürütülen çalışmada, mükemmeliyetçilik ile ortoreksiya nervozanın pozitif yönlü korelasyona sahip olduğu rapor edilmiştir. Aynı doğrultuda Hayes ve arkadaşları (2017) tarafından lisans öğrencileri ile yürütülen araştırmada ise, ortoreksiya nervoza semptomlarının mükemmeliyetçilik ve OKB semptomları ile olan ilişkisi rapor edilmiştir. Benzer şekilde Brytek- Matera ve arkadaşları (2022) tarafından yürütülen çalışmada üniversite öğrencilerinden yüksek düzeyde ortoreksiya nervozaya düzeyine sahip olanların daha yüksek düzeyde OKB belirtileri ve mükemmeliyetçilik sergiledikleri sonucuna ulaşılmıştır. Sonuç olarak, literatür incelendiğinde ortoreksiya nervoza ve mükemmeliyetçiliğin arasındaki ilişkinin çalışmalarla desteklendiği söylenebilir (Barrada ve Roncero, 2018; Muno, 2020; Novara ve ark., 2021).

Mükemmeliyetçilik kavramının yanı sıra, ortoreksiya nervozanın, tekrarlayan düşünce ve davranış gibi obsesif kompulsif bozukluğun bazı semtomları ile karakterize olduğu bilinmektedir (Dell' Osso ve ark., 2018; Koven ve Abry, 2015). Bu sebeple tekrarlayan, uzun süreli ve yineleyici düşünme anlamına gelen ruminasyon kavramı ele alınacaktır.

2.4 Ruminasyon

2.4.1 Kavramsal açıklama

Ruminasyon sözcüğü, yaşanmış olumsuz bir olay hakkındaki negatif duygu ve düşünceleri tekrarlı bir biçimde düşünmek şeklinde ifade edilmektedir (Nolen- Hoeksama ve ark., 1994). Bunun yanı sıra ruminasyon kavramı tekrarlayıcı ve pasif bir düşünme şeklinde de tanımlanmaktadır (Lynn ve ark., 2010). Yılmaz'a (2015) göre ruminasyon tekrar eden düşünce örüntülerinden oluşmaktadır ve ruminasyonun aşırı kullanımının savunma mekanizması şeklinde bir işlevi bulunmaktadır. Watkins'e (2008) göre ise ruminasyon, bireyin duyguları ve üzücü deneyimleri hakkında yineleyen olumsuz düşünmesini ifade etmektedir.

Smith ve Alloy (2009) ruminasyonu çevresel faktörlerden etkilenen bir kavram olarak açıklamaktadır. Bu açıklamaya göre ruminasyon genellikle olumsuz bir duygunun deneyimlenmesinin ardından ortaya çıkmaktadır.

Treynor, Gonzales ve Nolen-Hoeksama (2003) tarafından ruminasyon ile ilgili yapılan çalışmada, ruminasyonun saplantılı düşünme (brooding) ve derin düşünme (reflection) olmak üzere iki boyuttan oluştuğu belirtilmektedir. Saplantılı düşünme boyutu, kişiler için olumsuz çağrışımlara sebep olmakla beraber kişilerin karamsar düşünmelerine sebep olan düşünme biçimi şeklinde tanımlanmaktadır. Derin düşünme boyutu ise kişinin olumsuz ruh haline ve olumsuz düşüncelere dalmayı kısmen gidermesi amacıyla oluşturulan derin eleştirel düşünceler şeklinde tanımlanmaktadır.

2.4.2 Ruminasyon kavramını açıklayan kuramlar

Literatür incelendiğinde ruminasyon kavramının birden çok kuram ile açıklandığı görülmektedir.

2.4.2.1 Tepki Stilleri Kuramı

Tepki Stilleri Kuramı'nı Nolen Hoeksema (1987, 1991) geliştirmiştir. Bu kurama göre ruminasyon, kişinin promlemler ve olumsuz ruh hali karşısında verdiği bir tepki biçimi olmakla beraber bu kişiler hissettikleri olumsuz duygu durumunun sebep ve sonuçlarına odaklanarak tekrarlı biçimde düşünme eğilimi içerisindedirler (Nolen-Hoeksama, 1987; Nolen Hoeksama, 1991). Ruminasyon sırasında kişi, yaşamakta olduğu probleme ve bu problemin sebep olduğu olumsuz duygu duruma odaklanarak problemlerin çözüme kavuşacağını düşünmektedir (Nolen-Hoeksema ve Morrow, 1991). Bu kişilerin sahip olduğu ''baş edemeyeceklerine'' yönelik düşünceler, ruminasyon döngüsüne sebebiyet vermektedir (Nolen- Hoeksema ve Davis, 1999). Ruminasyon döngüsünün yoğun kullanımı ise sosyal destek kaybına, bununla beraber de olumsuz duygu durumunun artmasına neden olmaktadır (Nolen-Hoeksema,1991). Nolen-Hoeksema (1987) ruminatif düşünme biçiminin üç önemli özelliğinden söz etmektedir. Bu özellikler: a)ruminasyon döngüsünün şiddetli hale gelmesiyle olumsuz duygu durum yoğunluğu artar ve bu da bireyin depresif hissetmesine sebep olabilir, b)ruminasyonun olumsuz anıları etkinleştirmesi kişinin olumsuz anılar ile meşguliyetini artırırken motivasyon kaynakları ile meşguliyetini engelleyebilir, c)ruminasyon süresince probleme yönelik olumsuz düşüncelerin düşünülmesi kişinin problem çözümünü engelleyebilir. (Nolen- Hoeksema, 1987). Yine aynı kurama göre, kişi ruminasyon süresince içinde bulunulan ruhsal durumun çözümüne yönelik bir şey yapmamaktadır (Nolen-Hoeksama, 1987). Bu kuramın problem olarak gördüğü durum, bireylerin yalnızca olumsuz ve tekrarlayıcı düşünme eylemi gerçekleştirmeleri durumudur (Nolen- Hoeksama, 1991). Zira, bu şekildeki bir düşünce döngüsünün bireye bir yararı bulunmamaktadır (Nolen- Hoeksama ve Davis, 1999).

2.4.2.2 Hedefe İlerleme Kuramı

Martin ve Tesser (1996) tarafından geliştirilen Hedefe İlerleme Kuramı'na göre ruminasyon, bireyin hedefine ulaşmasının bir fonksiyonu olarak tanımlanmaktadır. Bu kurama göre ruminasyon bireyin henüz ulaşamadığı hedefleri hakkında tekrar tekrar düşünmesidir. Dolayısıyla bireyler hedeflerine ulaşamadığı takdirde ruminasyon ortaya çıkmaktadır (Martin ve ark., 2004). Bu kurama göre ruminasyon, yüksek bir hedefin elde edilmesinde bir araç olarak görülmektedir (Martin ve Tesser, 1996). Bireyin hedefine

vardığında ya da hedefinden vazgeçtiği durumda ruminasyonun ortadan kalktığı ifade edilmektedir (Martin ve Tesser, 1996). Bu kurama göre ruminasyonun, bireyin hedefi doğrultusunda ilerlemesinde davranışlarını yeniden düzenlemek gibi işlevsel bir yanı mevcuttur (Martin ve ark., 2004). Bununla birlikte kuram, ruminasyonun salt yararlı bir durum olduğunu ifade etmemektedir. Bu doğrultuda, ruminasyonun bireyin hedefi doğrultusunda ilerlemesinde işlevsel bir yanı bulunmasının yanı sıra her durumda hedefine ulaşmayı sağlayamadığı vurgulanmaktadır(Martin ve Tesser, 1996).

2.4.2.3 Üzüntüye İlişkin Ruminasyon Kuramı

Ruminasyon kavramını açıklayan bir diğer kuram olan Üzüntüye İlişkin Ruminasyon Kuramı'nı; Conway, Csank, Holm ve Blake (2000) geliştirmişlerdir. Bu kurama göre ruminasyon, bireye sıkıntı veren üzüntünün ve bu üzüntü ile ilgili koşulların sürekli düşünülmesi durumudur. Bireyler üzüntülerinin sebep ve sonuçları hakkında tekrarlı şekilde düşünmektedirler. Ruminatif düşünceler, Martin ve Tesser tarafından geliştirilen Hedefe İlerleme Kuramı'nın aksine amaç odaklı olmamaktadır. Üzüntüye İlişkin Ruminasyon Kuramı'na göre ruminatif düşünceler, a) olumsuz ruh haliyle ilgilidir, b) hedef odaklı değildir ve bu doğrultuda bireyi motive etmez, c) ruminatif düşünceyle meşgul olunması bireyin sosyalliğini engeller (Conway ve ark., 2000). Bu kuram doğrultusunda yapılmış çalışmalar, ruminatif düşünmenin depresif duygu durumu artırdığını belirtmektedir (Just ve Alloy, 1997; Nolen- Hoeksama ve Morrow, 1993). Bu kurama göre ruminasyonun olumsuz içerikli bir kavram olduğu ifade edilmektedir.

2.4.2.4 Strese Tepki Olarak Ruminasyon Kuramı

Robinson ve Alloy (2003) ruminasyonun stresli durumlar karşısında ortaya çıktığından söz etmektedirler. Kurama göre ruminasyonun başlangıcı, depresif duygu durumunun öncesine dayanmaktadır. Bunun aksine Tepki Stilleri Kuramı'nda ise ruminasyonun depresif dugu durumundan sonra bir tepki olarak başladığı belirtilmektedir (Nolen-Hoeksema, 1991). Depresyonun etiyolojisi dair yürütülen araştırma bulgularına göre ruminatif düşünme, stresli durumlar karşısında bir tepki olarak rol oynamaktadır (Alloy ve Abramson, 1999). Robinson ve Alloy (2003), ruminasyon eğilimi olan kişilerin depresyon yaşama ihtimallerinin daha yüksek olduğu belirtmişlerdir. Bir başka ifadeyle ruminatif düşünmenin olumsuz çıkarımları sürekli etkinleştirmesi, depresyonun

tetiklenme ihtimalini artırmaktadır. Strese Tepki Olarak Ruminasyon Kuramı'nın sınırlılığı, ruminatif düşünmeyi yalnızca stresle ilişkili durumlar ile açıklaması, bu sırada stresten bağımsız etkenleri göz ardı etmesidir (Smith ve Alloy, 2009).

2.4.2.5 Benlik Düzenleyici Yürütücü İşlevler Kuramı

Wells ve Matthews (1996) ruminasyon kavramını Beck'in Depresyon Modeli'ni baz alarak açıklamışlardır. Benlik Düzenleyici Yürütücü İşlevler Kuramı'na göre ruminatif düşünme yalnızca depresif duygu durum ile ilgili değildir. Bu noktada birçok psikopatoloji ile ilişkisinin olduğu ifade edilmektedir. Kurama göre ruminatif düşünme, üst bilişsel inançlarla ilişkili bir baş etme stretejisidir. Buna göre ruminatif düşünme, benlikle birey tarafından belirlenmiş olan hedefin arasında bir tutarsızlığın saptanmasıyla tetiklenmektedir. Ruminatif düşüncenin içeriği, olumsuz olaylar karşısında bireyin duygu ve düşüncelerinin işlenmesine yöneliktir. Matthew ve Wells'e (2004) göre ruminasyon duygu odaklıdır ve içsel başa çıkma stratejileri ile ilgilidir.

2.4.3 Ruminasyon ve ilişkili faktörler

Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde ruminasyonun pek çok faktör ile ilişkili olduğu söylenebilir. Ruminasyon düzeyinin, üzüntüyü, öfkeyi, kaygıyı ve depresyon düzeyini şiddetlendirdiği ifade edilmektedir (Watkins ve Roberts, 2020). Buna ek olarak ruminasyon Travma Sonrası Stres Bozukluğu semptomlarını şiddetlendirmekte ve duygusal iyileşmeyi yavaşlatmaktadır (Zetsche ve ark., 2009). Bunun yanı sıra ruminasyon ve ruminasyonun sebep olduğu yoğun negatif duygulanımın yarattığı kısır döngünün, kendine zarar verme ve yiyecek, alkol veya uyuşturucu kullanımında aşırıya kaçma gibi dürtüsel davranışları tetikleyebileceği öne sürülmektedir (Selby ve ark., 2008). Ayrıca ruminasyon bireyin problem çözme becerisine zarar vermektedir (Lyubomirsky ve ark., 1999). Ruminasyonun negatif duygulanımı şiddetlendiren ve abartan duygusal basamaklı etkileri nedeniyle, telafi etmeye yönelik davranışlarda öncülük ettiği söylenebilir. (Selby ve diğerleri, 2008).

Literatürde ruminasyon ve ilişkili faktörlerle yapılan çalışmalar incelenmiştir. Bu doğrultuda Şenormancı ve arkadaşları (2013) tarafından ruminasyon ve depresyon ilişkisine dair yürütülen araştırma bulguları, depresyonun ruminasyonun saplantılı düşünme (brooding) ve derin düşünme (reflecting) boyutları ile pozitif yönlü anlamlı

ilişkilerinin olduğunu belirtmektedir. Benzer şekilde Grassia ve Gibb (2008) genç yetişkinlerde depresyon ve ruminasyonun ilişkisini incelemek amacıyla 7 hafta süren boylamsal bir çalışma yürütmüşlerdir. Buna göre artan ruminasyon puanlarıyla artan depresyon puanlarının ilişkili olduğu ve ruminatif düşünmenin depresyonun süreğenliğini yordadağı ifade dilmektedir.

Elma (2018) 400 lise öğrencisiyle yürütmüş olduğu bir çalışmada ergenlerde görülen ruminasyon ile yeme tutumunun ilişkisini incelemeyi amaçlamıştır. Bu araştırma sonuçları ergenlerdeki ruminasyon düzeyinin yeme tutumuyla pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde Cowdrey ve Park (2012) ise yetişkinlerde ruminasyonun yeme bozukluklarıyla ilişkisini inceledikleri bir çalışma yürütmüşlerdir. Bu doğrultuda elde dilen bulgular, yeme ile ilgili saplantılı düşünme (brooding) ve derin düşünmenin (reflecting) yeme bozukluğu semptomlarını şiddetlendirebileceğini öne sürmektedir.

Sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde ruminasyonun çeşitli faktörlerle ilişkili olduğu görülmektedir. Bununla birlikte bireyin sıkıntı verici olayları deneyimlemesi ile birlikte stres düzeylerinin arttığı ve ruminasyon yapma eğilimlerinin olduğu bilinmektedir (Spasojević ve ark., 2004). Bu noktada ruminasyon kavramının sağlık anksiyetesi ile olan ilişkisine değinmenin önemli olduğu düşünülmektedir.

2.4.3.1 Ruminasyon ve sağlık anksiyetesi

Ruminatif bir bilişsel stil kaygı bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir (Marcus ve ark., 2008). Nitekim literatür incelendiğinde ruminasyon ve sağlık anksiyetesinin birlikte çalışıldığı görülmektedir. Yüksek sağlık anksiyetesine sahip bireyler sağlık ve hastalık ile ilgili işlevsiz inançlara sahip olmakla birlikte sıkıntıları hakkında ruminatif şekilde düşünmektedirler (Marcus ve ark., 2008). Hastalık hakkında takıntılı ruminasyonun hipokondriyasizin temel bir özelliği olduğu öne sürülmekle beraber yüksek sağlık anksiyetesi ve ruminatif düşünme birbiriyle ilişkilendirilmektedir. (Marcus ve ark., 2008). Bilişsel davranışçı modeller, bireylerin sağlıkları hakkında düşünmenin sağlık anksiyetesini sürdürücü özellikte olduğunu ileri sürmektedir (Daly ve ark., 2016).

Yapılan araştırmalar sağlık anksiyetesine sahip bireylerin hastalık hakkındaki olumsuz inançlar ile ilgili tekrarlayan müdahaleci görüntüler yaşadıklarını ve bu görüntülerin

kaçınma, güvence arama ve ruminasyon gibi uyumsuz davranışsal tepkiler ile güçlü bir şekilde bağlantılı olduğunu öne sürmektedir (Muse ve ark., 2010; Wells ve Hackman, 1993). Bu doğrultuda Wolfradt ve arkadaşları (2014) tarafından sağlık anksiyetesi, ruminasyon ve dinginlik düzeyi ile ilgili yürütülen bir araştırmanın sonuçlarına göre ruminasyon ve sağlık anksiyetesi pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Yapılan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda sağlık anksiyetesi ve ruminasyon ile ilgili yürütülen çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Bu sebeple mevcut çalışmada bu değişkenleri birlikte ele almanın sağlık anksiyetesinin bilişsel bileşenini açıklama noktasında literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca yakın zamanda yapılan bir meta-analiz, ruminasyonun, aşırı yeme, vücut memnuniyetsizliği ve yeme endişelerini içeren yeme bozukluğu psikopatolojisi ile anlamlı derecede pozitif ilişkili olduğunu bulmuştur (Smith ve ark., 2018).Bu noktada ruminasyon kavramının açıklanmasında ortoreksiya nervoza ile olan ilişkisine değinmenin de önemli olduğu düşünülmektedir.

2.4.3.2 Ruminasyon ve ortoreksiya nervoza

Ortoreksiya nervozada sağlık ve yiyecekler ile ilgili istemsiz şekilde tekrarlayan düşüncelere sahip olunduğu bilinmektedir (Koven ve Abry, 2015). Ayrıca ortoreksiya nervozanın, tekrarlayan düşünce ve davranış gibi obsesif kompulsif bozukluğun bazı semtomları ile karakterize olduğu bilinmektedir (Dell' Osso ve ark., 2018; Koven ve Abry, 2015). Bu sebeple tekrarlayan, uzun süreli ve yineleyici düşünme anlamına gelen ruminasyon kavramının açıklanmasında ortoreksiya nervoza ile ilişkisine değinmenin önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu bağlamda literatür incelendiğinde yapılan çalışmaların kısıtlı olduğu görülmektedir. Yayın ve Ergun (2023) tarafından ortoreksiya nervoza ve kendini değersizleştirmeye sebep olan tekrarlayan yargılama anlamına gelen öz eleştirel ruminasyonun ilişkisini incelemek üzere yapılan çalışma sonuçları, ortoreksiya nervoza ile öz eleştirel ruminasyon arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiye işaret etmektedir. Ayrıca ortoreksiya nervozanın öz eleştirel ruminasyon tarafından önemli derecede yordandığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda ruminatif düşünme stili ile ortoreksiya nervozanın anlamlı şekilde ilişkili olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın yanı sıra Yıldırım (2018)

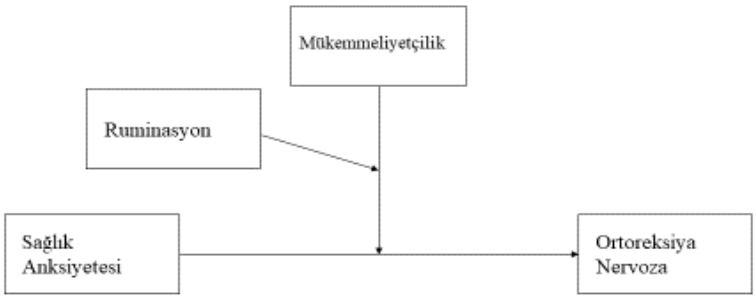
tarafından ortoreksiya nervoza ile OKB arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada ruminasyon düzeyi arttıkça ortoreksiya nervoza düzeyinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmalara ek olarak Palmieri ve arkadaşları (2021) tarafından ruminasyon ve yeme bozuklukları ile ilgili yapılan meta analizin sonuçlarına göre ruminasyon ve yeme bozukluklarının ilişkili olduğu görülmektedir.

3. YÖNTEM

Önerinin bu kısımda; araştırma modeli, örneklem, veri toplama araçları, verinin nasıl analiz edileceği ve işlem bölümlerine yer verilecektir.

3.1 Araştırma Modeli

Bu araştırmada bireylerdeki sağlık anksiyetesi ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide mükemmeliyetçilik ve ruminasyonun düzenleyici rollerinin incelenmesi amaçlanmaktadır (Şekil 1). Çalışmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkisel tarama modeli, iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişkinin belirlenmesine dayanmaktadır (Büyüköztürk ve ark., 2015).



Şekil 1. Araştırma Modeli

3.2 Evren ve Örneklem

Araştırmanın örneklemini 21-55 yaş aralığında yer alan sağlık çalışanı (doktor, diyetisyen, hemşire, fizyoterapist, diş hekimi) bireyler oluşturmaktadır. Bu bağlamda, Krejcie ve Morgan'nın (1970) formülasyonu baz alınarak en az 250 sağlık çalışanına ulaşılması hedeflenmiştir. Bu amaç doğrultusunda 242 gönüllü katılımcıya ulaşılmış, 18 katılımcı sağlık çalışanı olmaması sebebiyle araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmada

ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Katılımcılara kartopu örneklem yöntemi ile online olarak ulaşılmış ve veriler internet üzerinden (Instagram ve Facebook) iletilen anket yoluyla toplanmıştır.

3.3 Veriler ve Toplanması

Araştırmanın yürütülmesi amacıyla T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 2024/ 02-09 karar numarası ile gerekli izinlerin almasının ardından araştırma değişkenlerine ait veri toplama araçları, internet ortamına aktarılmasıyla katılımcıların erişimine sunulmuştur. Bu amaçla araştırmacının kişisel sosyal medya hesaplarından (Instagram ve Facebook) ve sağlık çalışanlarının yer aldığı sosyal medya hesaplarına (Instagram ve Facebook) çalışmanın duyurusu paylaşılmıştır. Araştırma verileri internet üzerinden oluşturulan anket sistemi ile online olarak toplanmıştır. Gönüllü katılımcıların Google Forms aracılığıyla kendilerine gönderilen Bilgilendirilmiş Onam Formunu doldurmalarının ardından veriler yine Google Forms aracılığıyla çevrimiçi toplanmıştır. Katılımcılar sırasıyla, Demografik Bilgi Formu, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Form), Orto-11, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği ve Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği'ni tamamlamışlardır. Anketin doldurulması yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmektedir.

3.3.1 Demografik bilgi formu

Form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu form ile katılımcılardan yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, meslek, psikiyatrik ve kronik bir rahatsızlığa sahip olup olmadığı bilgileri alınmıştır.

3.3.2 Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

2002 yılında Salkovskis, Rimes, Warwick ve Clark tarafından geliştirilen Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Health Anxiety Inventory) bireyin sağlıkla ilgili endişe düzeyini, düşük şiddet ile yüksek şiddet aralığında belirlemeye yardımcı olan bir öz bildirim anketidir. Ölçeğin kısa formu Likert tipinden oluşan 18 madde içermektdir. Sağlık anksiyetesi seviyesi yükseldikçe ölçek toplam puanı artmaktadır. Ölçeğin kısa versiyonu, Aydemir, Kırkpınar, Satı, Uykur ve Cengiz tarafından (2012) Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonu orijinal ölçekten farklı olarak alt boyut içermemektedir. Toplamda 18 maddeden oluşan ölçekte ilk 14 madde toplam puanı vermekte, son 4 madde ise ölçek toplam puanına eklenmemektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun iç tutarlılık

katsayısının .91 olduğu, test tekrar test güvenirliğinin .57 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Aydemir, Kırkpınar, Satı, Uykur ve Cengiz, 2012).

3.3.3 Orto-11

Donini, Marsili, Graziani, Imbriale ve Cannella tarafından 2005 yılında ortoreksiya nervozayı ölçümleme amacıyla geliştirilen Orto-15 ölçeği bir öz bildirim ölçeği olup Likert tipindedir. 15 maddeden oluşan ölçekte ortoreskiya nervoza derecesi yükseldikçe alınan toplam puan düşmektedir. Orto-15 Ölçeği'nin Arusoğlu ve arkadaşları tarafından 2008 yılında güvenirlik çalışmaları yapılmıştır ve Orto-11 şeklinde isimlendirilmiştir. Ölçeğin Türkçe versiyonu 11 maddeden oluşmakta olup ‘’hiçbir zaman’’ seçeneği 4 puan, ‘’her zaman’’ seçeneği 1 puan almaktadır. Arusoğlu ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin iç tutarlık katsayısı .62 olarak hesaplanırken Karadayı (2020) tarafından yapılan çalışmada iç tutarlık katsayısı .74 olarak hesaplanmıştır (Arusoğlu ve ark.,2008; Karadayı, 2020).

3.3.4 Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği

Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RBDÖ) bireylerin ruminasyon düzeyini ölçek üzere Brinker ve Dozois tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir. Alt boyutlar içermeyen ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması 2010 yılında Karatepe tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek 7'li Likert tipinde olup toplamda 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe versiyonunda iç güvenirlik katsayısı 0.91, test-tekrar test kat sayısı 0.84 olarak saptanmıştır (Karatepe, 2010).

3.3.5 APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği

APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği bireylerin mükemmeliyetçi tutumlarının belirlenmesi amacıyla Slaney ve Johnson (1992) tarafından geliştirilmiş olup Slaney ve arkadaşları (2001) tarafından revizyon çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonu için güvenirlik ve geçerlik çalışması ise Sapmaz (2006) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin orijinal formu 23 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; ‘’yüksek standartlar’’, ‘’düzen’’ ve ‘’çelişki’’ alt boyutlarıdır. Ölçeğin Türkçe versiyonunda ise dördüncü olarak ‘’tatminsizlik’’alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekteki ‘’yüksek standartlar’’ ve ‘’düzen’’ alt boyutlarının birleşimi ‘’uyumlu mükemmeliyetçiliği’’, ‘’tatminsizlik’’ ve ‘’çelişki’’ alt boyutlarının birleşimi ise ‘’uyumsuz mükemmeliyetçiliği’’ temsil etmektedir. Ölçek 7'li

Likert tipinde olup toplamda 23 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe versiyonununda yer alan alt boyutların Cronbach alfa katsayıları sırasıyla; ‘’yüksek stanrtlar’’ alt boyutu için .72, ‘’düzen’’ alt boyutu için .83, ‘’tatminsizlik’’ alt boyutu için .81 ve ‘’çelişki’’ alt boyutu için .72 olarak tespit edilmiştir; birleştirilmiş alt ölçekler için Cronbach alfa kat sayıları ise ‘’uyumsuz mükemmeliyetçilik’’ için .82, ‘’uyumlu mükemmeliyerçilik’’ için .79 olarak hesaplanmıştır (Sapmaz, 2006).

3.4 Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Sağlık çalışanlarında sağlık anksiyetesi ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide mükemmeliyetçilik ve ruminasyonun düzenleyici rollerinin incelenmesini amaçlayan bu çalışmadan elde edilecek verilerin analizi için IBM Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (SPSS) 25 kullanılmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerine yönelik verileri ortaya koymak için frekans, ortalama, standart sapma gibi betimleyici istatistik teknikleri kullanılmışktır. Katılımcıların demografik özelliklerine göre (yaş, cinsiyet, meslek) Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinden, Orto-11 Ölçeğinden, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeğinden ve Ruminatif Düşünce Biçimleri Ölçeğinden alacakları puanlarda anlamlı bir fark olup olmadığını incelemek amacıyla bağımsız örneklem için t-test ve ANOVA analizi; sağlık anksiyetesi, ortoreksiya nervoza, mükemmeliyetçilik ve ruminasyon arasındaki ilişkiye bakmak için Pearson korelasyon analizi; sağlık anksiyetesi, ortoreksiya nervoza, mükemmeliyetçilik ve ruminasyon arasındaki ilişkiyi ve yordanabilirliği saptamak amacı ile hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Son olarak mükemmeliyetçilik ve ruminasyonun düzenleyici etkisi SPSS Process (Model 1 ve 3) kullanılarak test edilmiştir.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1 Bulgular

Bu bölümde çalışmanın hipotezleri doğrultusunda toplanan verilerin tanımlayıcı ve istatistiksel analiz bulgularına yer verilmiştir.

4.1.1 Verilerin analizi

Çalışmada 242 katılımcıya ulaşılmış olup mesleğini "diğer" olarak belirten katılımcılar (18 kişi) analizlere dahil edilmemiş, 224 sağlık çalışanından alınan veriler ile analizlere devam edilmiştir. Buna ek olarak, eksik veri olmadığı için tüm yanıtlar hesaplamaya katılmıştır. Verilerin analizi için IBM SPSS 25 istatistik programı kullanılmıştır. Çalışmada, kullanılan ölçeklerden SAÖ, APSMÖ'nün alt boyutları ve RDBÖ'nün toplam puanları hesaplanmış olup herhangi bir ters madde içermemektedir. Orto-11 ölçeğinin 6. ve 10. maddeleri ters kodlanarak toplam puanları hesaplanmıştır. Son olarak, Orto-11 ölçeğinden elde edilen ortalama skor olan 27.49'un üstündeki katılımcılar düşük, 27.49 ve altındaki katılımcılar ise yüksek ortoreksiya nervoza eğilimli olarak değerlendirilmiştir.

Çarpıklık ve basıklık değerlerini incelemek için normallik varsayımı testi yapılmıştır, ardından eş varyanslılığı (homoscedasticity) kontrol etmek için scatterplotlar kontrol edilmiştir. Ayrıca, temel değişkenler arasındaki korelasyonlara bakılmış ve korelasyon değerlerinin .70 altında olması bağımsız olduklarını göstermiştir. En son, her bir ölçek ve alt boyutları için güvenirlik testleri yapılarak Cronbach alpha değerleri incelenmiştir.

Bu işlemlerin ardından, temel analizler için SPSS 25 kullanılmıştır. İlk olarak, sosyo-demografik özelliklerin betimsel analizleri yapılmıştır. Cinsiyet ile toplam dört ölçekten toplanan veriler arasındaki ilişkiyi incelemek için bağımsız örneklem t testi; yaş ve meslek değişkenleri için ise ayrı ayrı olacak şekilde tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Kullanılan ölçeklerin ve alt boyutları ile sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiye bakmak adına Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Ardından, çalışmanın başında sunulan hipotezleri test etmek amacıyla, ortoreksiya nervoza eğilimlerinin SAÖ, APSMÖ

alt boyutları değişkenleri ve RDBÖ tarafından ne kadar belirlendiğini test etmek üzere hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Ayrıca, yüksek ortoreksiya nervoza eğilimleri ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiye APSMÖ uyumsuz mükemmelliyetçiliğin düzenleyici etkisine SPSS Process (Model 1) analizi yapılarak bakılmıştır. Son olarak, yüksek ortoreksiya nervoza eğilimleri ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiye APSMÖ uyumsuz mükemmelliyetçiliğin düzenleyici etkisine RDBÖ'nün etkisini incelemek için SPSS Process (Model 3) analiz yapılmıştır.

4.1.2 Betimsel istatistikler

4.1.2.1 Sosyo-demografik özelliklerin betimsel değerlendirilmesi

Çalışmada, yaş ortalaması 28.48 (*Ort.* = 28.48; *SS* = 5.81; *Min* = 21; *Maks*. = 55), toplam 224 sağlık çalışanı katılımcı olarak yer almıştır. Katılımcılardan ebe ve sağlık teknikeri meslek gruplarında yer alan katılımcılar birleştirilerek ''diğer'' grubuna dahil edilmiştir. Tablo 1'de katılımcılara ilişkin demografik bilgilerin frekans ve yüzde değerlerine yer verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Bilgiler

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	*196*	*87.5*
Erkek	*28*	*12.5*
Yaş		
20-24	*26*	*11.6*
25-29	*140*	*62.5*
30-34	*35*	*15.6*
35 ve üzeri	*23*	*10.3*
Gelir Düzeyi		
İyi	*98*	*43.8*

Orta	*114*	*50.9*
Düşük	*12*	*5.4*
Eğitim		
Lisans ve altı	*136*	*60.7*
Yüksek Lisans	*71*	*31.7*
Doktora	*17*	*7.6*
Meslek		
Doktor	*48*	*21.4*
Diyetisyen	*56*	*25.0*
Fizyoterapist	*42*	*18.8*
Hemşire	*39*	*17.4*
Diş Hekimi	*24*	*10.7*
Diğer	*15*	*6.7*
Psikiyatrik Tanı		
Yok	*36*	*16.1*
Var	*188*	*83.9*
Kronik Hastalık Tanısı		
Yok	*175*	*16.1*
Var	*49*	*83.9*
TOPLAM	*224*	*100*

4.1.2.2 Kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının betimsel değerlendirilmesi

Tablo 2'de çalışmada kullanılan ölçekler ve alt boyutları ile ilgili betimsel istatistik bulgularına yer verilmiştir. George ve Mallery (2010), çarpıklık ve basıklık değerleri +2.0 ile -2.0 arasında olduğunda ölçeğin normal dağıldığını ve parametrik testlerin daha geçerli ve güvenilir sonuçlar vereceğini ileri sürmüşlerdir. Fidell ve Tabachnick (2023)'e göre ise bu aralık +1.5 ile -1.5 arasındadır. Çalışmada kullanılan, APSMÖ'nün alt boyutlarından olan uyumlu mükemmelliyetçilik puanları +1.5 ile -1.5 arasında olmadığı için uç değerlerler (outlier) çıkarılıp çarpıklık ve basıklık değerleri kabul edilen değerler arasına getirilmiştir (11 kişi). Buradan hareketle, bu çalışmada kullanılan ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerleri +1.5 ile -1.5 arasında olduğundan çalışmada parametrik testlerden tek yönlü varyans testi ve bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır.

Tablo 2. Çalışmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutları ile İlgili Betimleyici İstatistikler

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Gözlem Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	Min	Maks	Çarpıklık	Basıklık
SAÖ	*224*	*12.89*	*5.15*	*2.00*	*34.00*	*0.86*	*1.57*
ORTO-11	*224*	*27.49*	*3.85*	*17.00*	*38.00*	*.00*	*-.28*
APSMÖ Uyumlu Mükemmeliyetçilik	*213*	*53.46*	*8.33*	*35.00*	*70.00*	*-.25*	*-.47*
APSMÖ Uyumsuz Mükemmeliyetçilik	*224*	*45.01*	*16.87*	*13.00*	*83.00*	*.41*	*-.60*
RDBÖ	*224*	*94.70*	*22.94*	*22.00*	*140.00*	*-.44*	*-.27*

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ), Ortoreksiya Nervoza (Orto-11), APS Mükemmelliyetçilik Ölçeği (APSMÖ) ve Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ)

4.1.2.3 Kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının güvenirlik analizi

Tablo 3'te araştırmada kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının güvenirlik analizi sonuçları gösterilmiştir. Cronbach Alpha değeri, $0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise düşük; $0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça; $0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise yüksek derecede güvenilirdir (Kalaycı, 2008). Tablo incelendiğinde, araştırma örneklemine göre hesaplanan SAÖ, RDBÖ ve APSMÖ'nün alt boyutlarının Cronbach Alpha değerleri "yüksek derecede güvenilir" düzeyde olduğu görülmüştür. Orto-11 ölçeğinin "düşük güvenilir" düzeyde olduğu görülmüş olup analizlere devam etmekte bir sorun görülmemiştir (Özdamar, 2002).

Tablo 3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Güvenirlikleri

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
SAÖ	18	.838
ORTO 11	11	.535
APSMÖ Uyumlu Mükemmelliyetçilik	11	.998
APSMÖ Uyumsuz Mükemmeliyetçilik	*12*	*.999*
RDBÖ	*20*	*.943*

Ortoreksiya Nervoza (Orto-11), APS Mükemmelliyetçilik Ölçeği (APSMÖ), Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) ve Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ)

4.1.2.4 Cinsiyet değişkeninin bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılması

Tablo 4'te araştırmaya katılanların cinsiyetlerine göre SAÖ, Orto-11, APSMÖ Uyumlu ve Uyumsuz, RDBÖ'nün ortalamaları bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçları incelendiğinde, cinsiyet faktörü arasında *.05* düzeyinde ($p > .05$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p \geq .19$).

Tablo 4. Cinsiyet Değişkeni Açısından SAÖ, ORTO-11, APSMÖ ve Alt Boyutlarının, RDBÖ Puanlarına İlişkin Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları

	Cinsiyet	N	X̄	Ss	*t*	*p*
SAÖ					*1.06*	*0.43*
	Kadın	*196*	*13.03*	*5.22*		
	Erkek	*28*	*11.93*	*4.58*		
ORTO-11						*-0.28*
	Kadın	*196*	27.46	3.76		
	Erkek	*28*	27.68	4.51		
APSMÖ Uyumlu Mükemmeliyetçilik					*1.32*	*0.19*
	Kadın	*188*	*53.74*	*8.42*		
	Erkek	*25*	*51.40*	*7.49*		
APSMÖ Uyumsuz Mükemmeliyetçilik					*1.66*	*0.36*
	Kadın	*196*	*45.71*	*16.95*		
	Erkek	*28*	*40.07*	*15.72*		
RDBÖ					*2.09*	*0.48*
	Kadın	*196*	*95.90*	*22.23*		
	Erkek	*28*	*86.29*	*26.29*		

Not: p < .05
Ortoreksiya Nervoza (Orto-11), APS Mükemmelliyetçilik Ölçeği (APSMÖ), Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) ve Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ)

4.1.2.5 Kullanılan ölçekler ve alt boyutları ile yaş değişkeninin tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılması

Tablo 5'te araştırmaya katılanların yaşlarına göre SAÖ, Orto-11, APSMÖ Uyumlu ve Uyumsuz, RDBÖ'nün ortalamaları tek yönlü ANOVA testi ile ayrı ayrı karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçları incelendiğinde, APSMÖ Uyumlu ve RDBÖ puanlarının yaş değişkeni ile arasında *.05* düzeyinde (*p* < *.05*) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (sırasıyla, *p* = .01; *p* = .01). Bonferroni analizi sonuçlarına göre, APSMÖ uyumlu mükemmelliyetçilik puanları ile yaş kategorilerinin ikili karşılaştırmasında, 20-24 yaşlarındaki sağlık çalışanlarının 35 ve üzeri yaşta olanlara göre daha yüksek puanlara sahip oldukları görülmüştür (p = .03). Ayrıca, RDBÖ puanlarına ilişkin yaş kategorilerinin ikili karşılaştırmalarında, 35 ve üzeri yaşlardaki sağlık çalışanlarının 20-24 ve 25-29 yaşlarındaki sağlık çalışanlarına göre RDBÖ puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür (sırasıyla, *p* = .04; *p* = .01).

Tablo 5. Yaş Değişkeni Açısından SAÖ, ORTO-11, APSMÖ ve Alt Boyutlarının, RDBÖ Puanlarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	Yaş	N	X̄	Ss	*F*	*p*
SAÖ					*2.61*	*0.05*
	20-24	*26*	*14.81*	*5.86*		
	25-29	*140*	*12.97*	*4.73*		
	30-34	*35*	*12.54*	*5.15*		
	35 ve üzeri	*23*	*10.78*	*6.16*		
ORTO-11					*0.29*	*0.83*
	20-24	*26*	*27.23*	*3.80*		
	25-29	*140*	*27.40*	*3.77*		
	30-34	*35*	*28.03*	*4.17*		
	35 ve üzeri	*23*	*27.52*	*4.08*		
APSMÖ Uyumlu Mükemmeliyetçilik					*4.03*	*0.01*
	20-24	*25*	*56,04*	*6,57*		
	25-29	*135*	*54,22*	*8,06*		
	30-34	*31*	*51,03*	*8,47*		
	35 ve üzeri	*22*	*49.32*	*9.78*		
APSMÖ Uyumsuz Mükemmeliyetçilik					*0.41*	*0.75*
	20-24	*26*	*44.27*	*16.35*		
	25-29	*140*	*45.37*	*16.71*		

	30-34	*35*	*46.31*	*17.28*		
	35 ve üzeri	*23*	*41.65*	*18,45*		
RDBÖ					*4.02*	*0.01*
	20-24	*26*	*98.12*	*21.82*		
	25-29	*140*	*97.08*	*21.22*		
	30-34	*35*	*92.09*	*23.22*		
	35 ve üzeri	*23*	*80.30*	*28.89*		

Not: $p < .05$
Ortoreksiya Nervoza (Orto-11), APS Mükemmelliyetçilik Ölçeği (APSMÖ), Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) ve Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ)

4.1.2.6 Kullanılan ölçekler ve alt boyutları ile meslek değişkeninin tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılması

Tablo 6'da araştırmaya katılanların meslek gruplarına göre SAÖ, Orto-11, APSMÖ Uyumlu ve Uyumsuz, RDBÖ'nün ortalamaları tek yönlü ANOVA testi ile ayrı ayrı karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçları incelendiğinde, ölçek skorları bağlamında, meslek değişkenleri arasında *.05* düzeyinde ($p < .05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p \geq .48$).

Tablo 6. Meslek Değişkeni Açısından SAÖ, ORTO-11, APSMÖ ve Alt Boyutlarının, RDBÖ Puanlarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	Meslek	N	X̄	Ss	*F*	*p*
SAÖ					*0.65*	*0.66*
	Doktor	*48*	*12.65*	*5.68*		
	Diyetisyen	*56*	*13.02*	*4.08*		
	Fizyoterapist	*42*	*12.64*	*5.49*		
	Hemşire	*39*	*12.54*	*5.14*		
	Diş Hekimi	*24*	*12.71*	*4.53*		
	Diğer	*15*	*15.13*	*6.98*		
ORTO-11					*0.41*	*0.84*

	Doktor	*48*	*27.90*	*4.04*		
	Diyetisyen	*56*	*27.23*	*3.30*		
	Fizyoterapist	*42*	*27.69*	*3.92*		
	Hemşire	*39*	*27.74*	*3.93*		
	Diş Hekimi	*24*	*27.04*	*3.95*		
	Diğer	*15*	*26.67*	*4.85*		
APSMÖ Uyumlu Mükemmeliyetçilik					*0.56*	*0.73*
	Doktor	*43*	*53.93*	*7.91*		
	Diyetisyen	*55*	*53.11*	*8.07*		
	Fizyoterapist	*42*	*53.62*	*7.46*		
	Hemşire	*39*	*52.00*	*9.85*		
	Diş Hekimi	*21*	*55.57*	*9.72*		
	Diğer	*13*	*53.92*	*6.54*		
APSMÖ Uyumsuz Mükemmeliyetçilik					*0.91*	*0.48*
	Doktor	*48*	*46.19*	*19.59*		
	Diyetisyen	*56*	*41.98*	*15.00*		
	Fizyoterapist	*42*	*48.62*	*17.09*		
	Hemşire	*39*	*43.28*	*16.44*		
	Diş Hekimi	*24*	*46.46*	*16.89*		
	Diğer	*15*	*44.60*	*14.60*		
RDBÖ					*0.36*	*0.87*
	Doktor	*48*	*95.29*	*24.66*		
	Diyetisyen	*56*	*94.95*	*20.94*		
	Fizyoterapist	*42*	*97.07*	*20.84*		
	Hemşire	*39*	*90.49*	*24.23*		
	Diş Hekimi	*24*	*94.88*	*25.44*		
	Diğer	*15*	*95.87*	*24.84*		

Not: $p < .05$
Ortoreksiya Nervoza (Orto-11), APS Mükemmelliyetçilik Ölçeği (APSMÖ), Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) ve Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ)

4.1.2.7 Kullanılan ölçekler ve alt boyutları arası korelasyon analizi

Tablo 7'de, sosyo-demografik özellikler ile kullanılan ölçekler ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizi bulgularına yer verilmiştir.

Analiz sonuçları incelendiğinde, SAÖ puanları ile APSMÖ uyumsuz ve RDBÖ puanları arasında pozitif; yaş değişkeni ile negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır ($p < .01$). APSMÖ uyumlu mükemmeliyetçilik puanı ile APSMÖ uyumsuz, RDBÖ ve eğitim düzeyleri arasında pozitif; yaş değişkeniyle arasında ise negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır ($p < .05$). APSMÖ uyumsuz mükemmelliyetçilik puanı ile RDBÖ ve eğitim düzeyleri ile pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır ($p < .01$). RDBÖ puanı ile yaş değişkeni arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır ($p < .01$). Son olarak, eğitim düzeyleri ile yaş değişkeni arasında pozitif; gelir düzeyleri ile arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır ($p < .05$).

Sonuç olarak, sağlık çalışanlarında sağlık anksiyetesi arttıkça ruminatif düşünmenin ve uyumsuz mükemmelliyetçiliğin de arttığı görülmüştür ve H_4 ve H_5 hipotezi kabul edilmiştir. Ancak, sağlık anksiyetesi ile ortoreksiya nervoza eğilimi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ve H_6 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 7. Kullanılan Ölçekler Ve Alt Boyutları Arası Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Yaş	*1*							
2. Gelir düzeyi	*-.009*	*1*						
3. Eğitim Düzeyi	*.136**	*-.213***	*1*					
4. SAÖ	*-.175***	*.012*	*.021*	*1*				
5. ORTO-11	*.040*	*.000*	*-.001*	*-.087*	*1*			
6. APSMÖ Uyumlu Mükemmelliyetçilik	*-.231***	*.004*	*.166**	*.055*	*-.105*	*1*		
7. APSMÖ Uyumsuz Mükemmelliyetçilik	*-.030*	*.018*	*.169**	*.194***	*-.017*	*.387***	*1*	

8. RDBÖ	*-.208***	*-.057*	*.040*	*.343***	*-.053*	*.202***	*.508***	*1*

*Not: ***, p < 0.001; **, p < 0.01; *, p < 0.05.*
Ortoreksiya Nervoza (Orto-11), APS Mükemmelliyetçilik Ölçeği (APSMÖ), Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) ve Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ)

4.1.2.8 Sağlık anksiyetesi, ruminatif düşünce biçimi ve uyumsuz mükemmelliyetçiliğin ortoreksiya nervoza eğilimleri üzerinde yordayıcılık etkisinin hiyerarşik regresyon analizi ile incelenmesi

Ortoreksiya nervoza eğiliminin; araştırma değişkenleri tarafından ne kadar belirlendiğini test etmek üzere hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Sonuçlara göre; ilk basamak olarak yaş, ardından eğitim düzeyi ile birlikte, üçüncü basamakta SAÖ puanları, dördüncü aşamada APSMÖ uyumsuz puanları, son aşamada ise RDBÖ puanları analize dahil edilmiştir. Hiyerarşik regresyon sonuçları Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. Sağlık Çalışanlarında Yaş, Eğitim Düzeyi, Sağlık Anksiyetesi, Uyumsuz Mükemmeliyetçilik Ruminatif Düşünme Biçimi Değişkenlerinin Ortoreksiya Nervoza Eğilimi Faktörü Üzerindeki Yordayıcılığı

Adımlar	Değişkenler	R	R^2	Uyarlanmış R^2	R^2 değişimi	β	*t*	*F*
Model		*.04*	*.00*	*-.00*	*.01*			*.352*
1. Aşama	Yaş					*.04*	*.59*	
Model		*.04*	*.00*	*-.01*	*.00*			*.180*
2. Aşama	Yaş					*.04*	*.60*	
	Eğitim					*-.01*	*-.10*	
Model		*.09*	*.01*	*-.01*	*.01*			*.611*
3. Aşama						*.03*	*.37*	
	Yaş					*-.00*	*-.04*	
	Eğitim					*-.08*	*-1.21*	
	SAÖ							
Model		*.09*	*.01*	*-.01*	*.00*			*.456*
4. Aşama	Yaş					*.03*	*.37*	
	Eğitim					*-.00*	*-.04*	
	SAÖ					*-.08*	*-1.19*	
	APSMÖ Uyumsuz					*.00*	*.00*	
Model		*.09*	*.01*	*-.01*	*.00*			*.389*
5. Aşama	Yaş					*.02*	*.30*	
	Eğitim					*-.00*	*-.05*	
	SAÖ					*-.08*	*-1.05*	
	APSMÖ Uyumsuz					*.01*	*.17*	
	RDBÖ					*-.03*	*-.36*	

*Not: *, p < 0.5; **, p < .01; ***, p < .001*

Sonuçlara bakıldığında; ilk basamakta yaş değişkeninin regresyon modeline anlamlı bir katkıda bulunmadığı ve tek başına toplam varyansın %0.2'sini açıkladığı görülmektedir (p = .55). İkinci basamakta eğitim düzeyi modele eklendiğinde, toplam varyansı değiştirmemiştir (p = .84). Üçüncü basamakta SAÖ değişkeni modele eklendiğinde; ortoreksiya nervoza eğilimini açıklamada toplam varyansı %0.8'e yükseltmiştir (p = .61). Dördüncü basamakta, APSMÖ uyumsuz değişkeninin modele eklenmesiyle toplam varyans değişmemiştir (p = .77). Son aşamada, RDBÖ değişkeni modele eklendiğinde toplam varyans %0.1 artış göstererek %0.9 olmuştur (p = .86). Bütün bağımsız değişkenler modele girdiği zaman, yaş değişkeninin (β = .02), eğitim düzeyi değişkeninin (β = -.00), SAÖ'nün (β = -.08), APSMÖ uyumsuz değişkeninin (β = .01) ve RDBÖ'nün (β = -.03) ortoreksiya nervoza eğilimi üzerinde anlamlı etkisi olmadığı görülmüştür ($p \geq$ .29).

Sonuç olarak, sağlık çalışanlarında sağlık anksiyetesinin ruminatif düşünme düzeyinin ve uyumsuz mükemmelliyetçiliğin ortoreksiya nervoza eğilimlerini yordamadığı bulunmuş olup H_1, H_2 ve H_3 hipotezleri reddedilmiştir.

4.1.2.9 Sağlık anksiyetesi ile yüksek ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide uyumsuz mükemmelliyetçiliğin düzenleyici rolüne ilişkin moderatör analizi

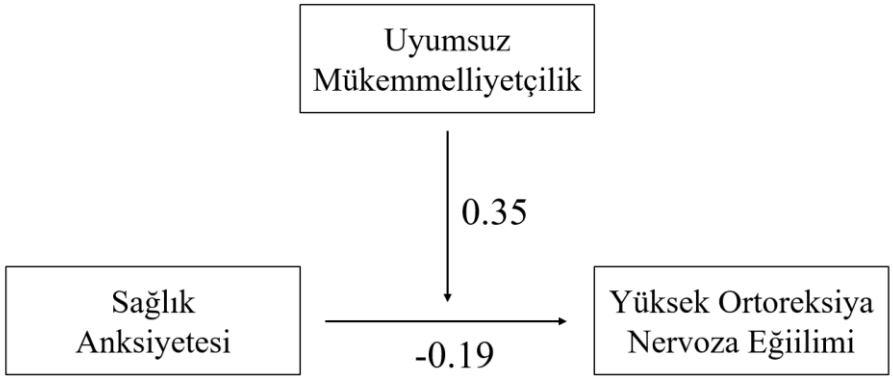
Sağlık anksiyetesi ile yüksek ortoreksiya nervoza eğiliminin ilişkisinde uyumsuz mükemmelliyetçiliğin düzenleyici rolüne ilişkin Andrew Hayes'in geliştirdiği PROCESS isimli SPSS paket programı (Model 1) kullanılmıştır. Tablo 9'da analiz sonuçlarına ilişkin tablo sunulmuştur.

Tablo 9. Sağlık Anksiyetesinin Yüksek Ortoreksiya Nervoza Eğilimi Üzerindeki Etkisine Uyumsuz Mükemmelliyetçiliğin Düzenleyici Rolünün Değerlendirilmesi için SPSS Process (Model 1) Analizi Sonuçları

	R	R^2	*F*	*p*	ß
	.144	*.021*	*0.78*		
Doğrudan Etki					
SAÖ (A)				*0.40*	*0.35*
APSMÖ Uyumsuz (B)				*0.63*	*-0.19*
Toplam Etki					
A x B				*-0.43*	*0.25*

*Not: *, p < 0.5; **, p < .01; ***, p < .001*
APS Mükemmelliyetçilik Ölçeği (APSMÖ), Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)

Tablo 9 incelendiğinde, etkileşim değişkeninin istatiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür [$F(3,111) = 0.785$, $p = .50$]. Uyumsuz mükemmelliyetçilik arttıkça, sağlık anksiyetesinin ortoreksiya nervoza eğilimi üzerindeki etkisinin azaldığı anlaşılmaktadır ($\beta = -0.43$); ancak bu etkinin istatiksel olarak anlamsız olduğu görülmüştür ($p = -.43$). Buradan hareketle, sağlık çalışanlarında sağlık anksiyetesi ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide uyumsuz mükemmelliyetçiliğin düzenleyici rolü olmadığı görülmüş olup H_7 hipotezi reddedilmiştir.



Şekil 2. Sağlık Anksiyetesi ile Yüksek Ortoreksiya Nervoza Arasındaki İlişkide Uyumsuz Mükemmelliyetçiliğin Düzenleyici Rolüne İlişkin Moderatör Analizini Gösteren Diyagram

4.1.2.10 Sağlık anksiyetesi ile yüksek ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide uyumsuz mükemmelliyetçiliğin düzenleyici rolüne ruminatif düşünme biçiminin etkisinin incelenmesi

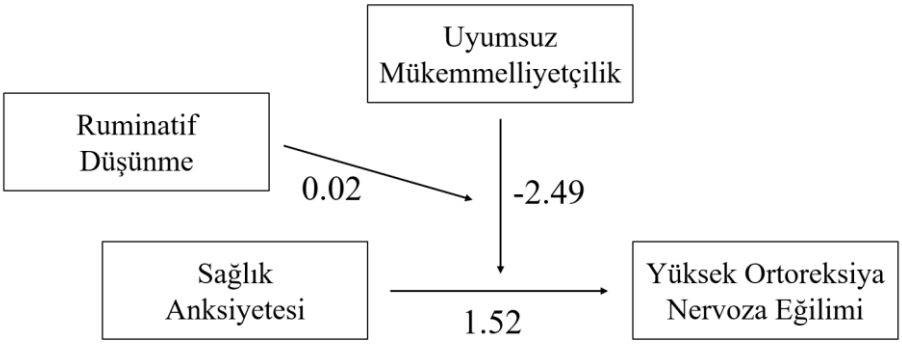
Sağlık anksiyetesi ile yüksek ortoreksiya nervoza eğilimi ilişkisinde uyumsuz mükemmelliyetçiliğin düzenleyici rolüne ruminatif düşünme biçiminin etkisini incelemek için Andrew Hayes'in geliştirdiği PROCESS isimli SPSS paket programı (model 3) kullanılmıştır. Tablo 10'da analiz sonuçlarına ilişkin tablo verilmiştir.

Tablo 10. Sağlık Anksiyetesinin Yüksek Ortoreksiya Nervoza Eğilimi Üzerindeki Etkisine Uyumsuz Mükemmelliyetçiliğin Düzenleyici Rolüne Ruminasyon Düşünme Biçiminin Etkisinin Değerlendirilmesi için SPSS Process (Model 3) Analizi Sonuçları

	R	R^2	*F*	ß	*p*
	.202	*.041*	*0.71*		
Doğrudan Etki					
SAÖ (A)				*1.52*	*0.45*
APSMÖ Uyumsuz (B)				*-2.49*	*0.18*
RDBÖ (C)				*0.02*	*0.39*
Dolaylı Etki					
A x B				*1.06*	*0.55*
A x C				*-0.01*	*0.56*
B x C				*0.01*	*0.22*
Toplam Etki					
A x B x C				*-0.02*	*0.40*

*Not: *, p < 0.5; **, p < .01; ***, p < .001*
APS Mükemmelliyetçilik Ölçeği (APSMÖ), Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ); Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ)

Tablo 10 incelendiğinde, sağlık anksiyetesi ile yüksek ortoreksiya nervoza eğilimi ilişkisinde uyumsuz mükemmelliyetçiliğin düzenleyici rolüne ruminatif düşünme biçiminin etkisinin istatiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (p = .40). Buna göre, sağlık çalışanlarında sağlık anksiyetesi ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide uyumsuz mükemmelliyetçiliğin düzenleyici rolüne ruminatif düşünmenin etki etmediği bulunmuş olup H_8 hipotezi reddedilmiştir.



Şekil 3. Sağlık Anksiyetesi ile Yüksek Ortoreksiya Nervoza Arasındaki İlişkide Uyumsuz Mükemmelliyetçiliğin Düzenleyici Rolüne Ruminatif Düşünme Biçiminin Düzenleyici Rolüne İlişkin Moderatör Analizini Gösteren Diyagram

4.2 Tartışma

Bu bölümde çalışmanın amaçları doğrultusunda ilk olarak sağlık anksiyetesi, ortoreksiya nervoza, uyumlu/uyumsuz mükemmeliyetçilik ve ruminasyon değişkenlerinin cinsiyet, yaş ve meslek grubuna göre farklılaşma durumu tartışılmıştır. Ardından sağlık anksiyetesi, ortoreksiya nervoza, mükemmeliyetçilik ve ruminasyon arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan korelasyon analizinin sonuçları tartışılmıştır. Daha sonrasında ortoreksiya nervoza eğiliminin demografik değişkenler, sağlık anksiyetesi, uyumlu/uyumsuz mükemmeliyetçilik ve ruminasyon tarafından yordanabilirliğini test edebilmek adına yapılan hiyerarşik regresyon analizi sonuçları tartışılmıştır. Son olarak sağlık anksiyetesi ve ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide mükemmeliyetçiliğin ve ruminasyonun düzenleyici etkisini test edebilmek adına yapılan SPSS Process (Model 1 ve Model 3) analizleri tartışılmıştır.

4.2.1 Araştırma değişkenleri ve demografik özellikler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi

Çalışmada sağlık anksiyetesi, ortoreksiya nervoza, uyumlu/uyumsuz mükemmeliyetçilik ve ruminasyonun, katılımcılara ait cinsiyet, yaş ve meslek gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir.

Araştırma değişkenlerinin (sağlık anksiyetesi, ortoreksiya nervoza, uyumlu/uyumsuz mükemmeliyeçilik ve ruminasyon) cinsiyete göre farklılık göstermediği görülmüştür. Sonuçlarda ilk olarak sağlık anksiyetesinin cinsiyete göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Çalışma bulguları ile tutarlı olacak şekilde Can (2023) tarafından 233 hekim ile yürütülen çalışmada da katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyi cinsiyet açısından farklılaşmamaktadır. Benzer şekilde Arslan ve Özçelik (2020) tarafından tıp fakültesi öğrencileri ile yürütülen çalışmada katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyi cinsiyete göre bir farklılık göstermemektedir. Karaoğlu ve arkadaşlarının (2020) tıp fakültesi öğrencileri ile yürüttükleri bir çalışmadan elde edilen bulgulara göre sağlık anksiyetesi cinsiyete göre farklılık göstermemektedir. Özgül ve Saatçi tarafından (2021) 1886 tıp fakültesi öğrencisi ile yürütülen başka bir çalışmada da benzer şekilde sağlık anksiyetesinin cinsiyete göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Zahid ve arkadaşları (2015) 513 tıp fakültesi öğrencisi ile yürütülen çalışmada da sağlık anksiyetesi düzeyinin cinsiyetler açısından anlamlı şekilde farklılaşmadığı bulgusu elde edilmiştir. Sonuç olarak, mevcut çalışma sonuçlarının literatür tarafından desteklendiği söylenebilir (Kara, 2021).

Öte yandan literatürde kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek düzeylerde sağlık anksiyetesine sahip olduğuna sonucuna işaret eden çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, Chen ve arkadaşları (2014) tarafından Çin'de 1702 sağlık çalışanı ile yürütülen bir araştırmada sağlık anksiyetesinin kadın katılımcılarda daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Ekiz ve arkadaşları (2020) tarafından 18-70 yaş aralığında yer alan 1050 katılımcı ile yürütülen çalışmada sağlık anksiyetesi düzeyi kadın katılımcılarda daha yüksek saptanmıştır. Benzer şekilde, Kızılkurt ve arkadaşları (2020) tarafından Türkiye geneli baz alınarak 18-65 yaş aralığında yer alan 1046 katılımcı ile yürütülen çalışmada sağlık anksiyetesi düzeylerinin kadınlarda daha fazla saptandığı rapor edilmiştir. Waterman ve Weinman (2014) tarafından farklı bölümlerde okuyan öğrenciler ile

yürütülen çalışmada kadın katılımcıların daha yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi bildirdikleri görülmüştür. Avçin ve Erkoç (2021) tarafından toplum genelinde 18-64 yaş aralığında yer alan 405 katılımcı ile yürütülen araştırma bulguları, sağlık anksiyetesinin kadın katılımcılarda daha yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde, bulguların tutarsız olduğu, sağlık anksiyetesinin, sağlık çalışanı ya da tıp fakültesi öğrencisi örneklemi dışındaki örneklemde, kadın katılımcılarda daha yüksek düzeyde sağlık anksiyetesinin olduğunu işaret eden çalışmaların mevcut olduğu görülmektedir.

İkinci olarak ortoreksiya nervozanın da cinsiyet bakımından farklılaşmadığı saptanmıştır. Mevcut çalışma ile tutarlı olacak şekilde Karadayı (2020) tarafından gerçekleştirilen araştırma bulguları da ortoreksiya nervozanın cinsiyete göre farklılaşmadığını ileri sürmektedir. Aynı doğrultuda Aksoydan ve Camcı'nın (2009) gerçekleştirdiği çalışmaya göre katılımcıların ortoreksiya nervoza düzeylerinde cinsiyet açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Can (2023) tarafından gerçekleştirilen araştırma bulguları da benzer sonuçlara işaret etmektedir. Buna göre sonuçlar, ortoreksiya nervozanın cinsiyet bakımından farklılaşmadığını belirtmektedir. Duran'ın (2016) 505 Sağlık Yüksekokulu öğrencisi ile gerçekleştirdiği araştırma bulguları katılımcıların ortoreksiya nervoza düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşmadığı yönündedir. Hayes ve arkadaşları (2017) tarafından 404 üniversite öğrencisi ile yürütülen çalışmada cinsiyetler arasında ortoreksiya nervoza eğilimlerinde anlamlı fark bulunmamıştır. Sonuç itibariyle, mevcut çalışma bulgularının söz konusu literatür tarafından desteklendiği görülmektedir (Bağcı Bosi ve ark., 2007; Bilekli Bilger, 2022; Brytek-Matera ve ark., 2017 McComb ve Mills, 2019;; Ramacciotti ve ark., 2011).

Öte yandan Arusoğlu (2008) tarafından yürütülen ve 994 katılımcının yer aldığı çalışmada kadınların erkeklerden daha fazla ortorektik eğilime sahip olduğu saptanmıştır. Yeşil ve arkadaşları (2018) tarafından 618 yetişkin birey ile gerçekleştirilen araştırma bulguları kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde ortoreksiya nervoza eğilimi gösterdiği şeklindedir. Öcal ve arkadaşlarının (2020) tıp fakültesinde görev yapmakta olan araştırma görevlileri ile yürüttükleri bir araştırma sonuçları, kadınların daha yüksek düzeyde ortorektik eğilim gösterdiklerini rapor etmektedir. Bu bağlamda literatürde kadınların ortoreksiya nervoza düzeyi bakımından erkeklerden daha riskli olduğunu öne

süren çalışmaların da olduğu söylenebilir (Dell'Osso ve ark., 2017; Missbach ve ark., 2015; Şanlıer ve ark., 2016)

Öte yandan, bu çalışmaların aksine Fidan ve arkadaşları (2010) tarafından 878 tıp öğrencisi ile gerçekleştirilen araştırma verileri, erkek öğrencilerde daha fazla seviyedeki ortorektik eğilime yönelik araştırma bulgusunu rapor etmektedir. Benzer şekilde Bulut ve Yiğitbaş (2020) tarafından yürütülen bir çalışmada sonuçlar, erkeklerin ortoreksiya nervoza eğilimlerinin daha yüksek seviyede olduğunu belirtmektedir. Literatürde erkeklerin kadınlara göre daha fazla ortoreksiya nervoza belirtisi gösterdiğine dair diğer çalışmalar mevcuttur (Abdullah ve ark., 2020; Oberle ve ark., 2017; Özkan ve ark., 2015; Stutts, 2020; Tatlıses, 2016). Mevcut çalışmada ortoreksiya nervozanın cinsiyet bakımından farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmış olup literatür incelendiğinde cinsiyet faktörünün ortoreksiya nervoza üzerindeki etkisinde fikir birliğinin olmadığı ve farklı örneklemlerde bu bağlamdaki cinsiyet farklılıklarına dair yapılan karşılaştırmaların farklı sonuçlara işaret ettiği görülmektedir (Dell'Osso ve ark., 2018; Karakuş ve ark., 2017).

Çalışmada üçüncü olarak uyumlu/uyumsuz mükemmeliyetçiliğin cinsiyet açısından farklılaşmadığı saptanmıştır. Literatürde mevcut çalışmanın sonuçlarını destekleyen çalışmalarla birlikte, (Bekil, 2021; Büyükbayraktar, 2011 İşler, 2018; Leana Taşçılar ve ark., 2014; Sapmaz, 2006) mevcut çalışma sonuçlarının aksi yönündeki bulgulara sahip çalışmalar da mevcuttur. Örneğin Dobos ve arkadaşları (2024) tarafından yürütülen çalışmada erkeklerin uyumlu mükemmeliyetçilik puanlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Sonuç itibariyle, literatürde farklı araştırma bulgularına işaret eden çalışmalar mevcut olsa da, mevcut araştırma sonuçlarının literatürde yer alan çalışmaların büyük çoğunluğu tarafından desteklediği söylenebilir.

Mevcut çalışmada ruminasyon düzeyinin cinsiyet açısından farklılaşmadığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde mevcut araştırma bulgularının desteklendiği görülmektedir (Anayurt, 2017; Armutlu,2019; Efe, 2018). Öte yandan, kadınların erkeklere kıyasla daha fazla ruminasyon yaptığına dair çalışmalar da mevcuttur (Bugay ve Erdur- Baker, 2011; Elma, 2018; Yılmaz, 2014; Zümbül, 2022). Dolayısıyla, ruminasyon ve cinsiyet farklılıkları doğrultusunda yapılan çalışmaların farklı sonuçlara işaret ettiği söylenebilir.

Bu çalışmada katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyi yaş gruplarına göre anlamlı biçimde farklılaşmamaktadır. Literatür incelendiğinde mevcut çalışma sonuçlarının diğer çalışmalar tarafından desteklendiği görülmektedir (Gerolimatos ve Edelstein, 2012; Şimşekoğlu ve Mayda, 2016, Uyanık, 2024; Yalçın, 2021;). Öte yandan Karapıçak ve arkadaşları (2012) tarafından psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar ile gerçekleştirilen araştırma verileri ise katılımcılardan 36-45 yaş aralığında yer alan katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerinin daha yüksek seviyelerde yer aldığını rapor etmektedir. Bu durum, belirtilen yaş grubunda yer alan bireylerde fiziksel bir hastalığa yakalanma oranının fazlalığı ile açıklanmaktadır (Karapıçak ve ark., 2012). Mevcut çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun (%62.5) 25-29 yaş grubunda yer aldığı ve yalnızca % 10.3'lük kesimin 35 ve üzeri yaş grubu içerisinde yer aldığı görülmektedir. Dolayısıyla katılımcıların yaş grupları bakımından eşit bir dağılım göstermemesinin ve 35 yaş ve üzeri grupta yer alan katılımcı sayısının düşük olmasının bu sonuca sebebiyet vermiş olabileceği düşünülebilir.

Mevcut araştırma sonucunda raporlanan bir diğer bulgu ortoreksiya nervozanın yaş gruplarına göre farklılaşmadığı yönündedir. Literatürde çalışma sonuçlarının büyük oranda desteklendiği görülmektedir (Arusoğlu ve ark., 2008; Bartel ve ark., 2020; Can, 2023; Depa ve ark., 2017; Grammatikopoulou ve ark., 2018; Hayles ve ark., 2017; Karadayı, 2020; Turner ve Lefevre, 2017; Yelekin, 2022) Elde edilen bulguların aksine Bilekli Bilger (2022) tarafından yürütülen çalışma sonuçlarına göre ortoreksiya nervoza eğilimi yaş ile beraber düşük düzeyde artmaktadır. Bu çalışma ile benzer şekilde Yazkan (2019) tarafından yürütülen çalışma sonucuna göre yaş grupları ile ortoreksiya arasında anlamlı farklılıklar saptanmış olup 51 yaş ve üzerindeki katılımcılarda ortoreksiya nervoza eğilimlerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunun aksine Fidan ve arkadaşları (2010) tarafından yürütülen çalışmaya göre ise 21 yaş altında yer alan katılımcılarda daha fazla ortoreksiya nervoza görüldüğü bulgulanmıştır. Aynı doğrultuda Öcal ve arkadaşları (2020) tarafından gerçekleştirilen araştırma verileri ise 28 yaşın altında yer alan katılımcıların ortoreksiya nervoza düzeyinin anlamlı şekilde daha yüksek çıktığı sonucunu göstermektedir. Literatürde ortoreksiya nervozanın genç yetişkinlerde daha yaygın olduğu yönündeki bulgular mevcuttur (Segura-Garcia ve ark.,2012). Mevcut çalışmada ortoreksiya nervoza düzeyinin en yüksek olduğu yaş grubu 20-24 olmakla beraber bu sonucun anlamlı bir farka sebep olmadığı görülmektedir. Sonuçlar birlikte

değerlendirildiğinde yaş faktörünün ortoreksiya nervoza üzerindeki etkisinde fikir birliği olmadığı görülmektedir (Donini ve ark., 2004; Reynolds, 2018).

Bu çalışmanın amaçları doğrultusunda katılımcıların uyumlu/uyumsuz mükemmeliyetçiliklerinin yaş gruplarına göre farklılıkları incelenmiştir. Analiz verilerine göre katılımcıların uyumsuz mükemmeliyetçilikleri yaşa göre farklılaşmamaktadır. Öte yandan katılımcıların uyumlu mükemmeliyetçilikleri yaş gruplarına göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Analiz sonuçlarına göre, 20-24 yaş aralığındaki katılımcıların 35 yaş ve üzerindeki katılımcılara kıyasla daha yüksek mükemmeliyetçilik puanlarına sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum genç yetişkinlik döneminde yer alan bireylerin maruz kaldığı çeşitli yaşam olayları ile açıklanabilir. Örneğin bu yaş grubunda yer alan bireylerin maruz kaldığı akademik baskı ve ebeveynler tarafından konulan yüksek standartların mükemmeliyetçilik ile ilişkilendirilebileceği öne sürülmektedir (Eccles ve Migdley, 1989; Wentzel, 1997). Literatürde mükemmeliyetçilik kavramının uyumlu ve uyumsuz olacak şekilde ele alan araştırmaların oldukça sınırlı sayıda oluşu dikkat çekmektedir. Uyumsuz mükemmeliyetçiliğin yaş gruplarına göre farklılaşmaması ise literatürde yer alan sınırlı sayıda çalışma ile kısmen benzer sonuçlara işaret etmektedir. Örneğin, İşler (2018) tarafından gerçekleştirilen araştırma verileri uyumlu ve uyumsuz mükemmeliyetçilik özelliklerinin katılımcıların yaş gruplarına göre farklılaşmadığını rapor etmektedir.

Ruminasyonun yaş gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde analiz sonuçlarına göre ruminasyon ile yaş grupları arasında anlamlı farklılık saptanmış olup 35 yaş ve üzerindeki katılımcıların ruminasyon düzeyinin 20-24 ve 25-29 yaş gruplarındakilere kıyasla daha düşük seviyede olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda genç yaşta yer alan yetişkinlerin daha fazla ruminasyon yaptığı söylenebilir. Mevcut çalışma sonuçlarıyla tutarlı olacak şekilde Işık (2023) tarafından yürütülen çalışmaya göre 18-23 yaş grubunda yer alan katılımcıların 30-35 yaş grubundakilere kıyasla daha yüksek düzeyde ruminasyon bildirdikleri saptanmıştır. Ancak diğer taraftan Bugay ve Erdur-Baker (2011) , Elma (2018) ve Yiğit (2018) tarafından yapılan çalışma sonuçlarına göre ruminasyon düzeyi yaşa göre farklılaşmamaktadır.

Araştırma değişkenlerinin (sağlık anksiyetesi, ortoreksiya nervoza, uyumlu/uyumsuz mükemmeliyeçilik ve ruminasyon) katılımcıların meslek gruplarına göre farklılık göstermediği görülmüştür. Çalışmaya dahil olan katılımcıların mesleklerinin (doktor, diyetisyen, fizyoterapist, hemşire, diş hekimi, ebe ve sağlık teknikeri) sağlık çalışanı grubunda yer aldığı düşünüldüğünde katılımcıların meslek grubu açısından homojen dağıldığı söylenebilir. Mevcut araştırma ile aynı doğrultuda olacak şekilde ilgili literatürde benzer sonuçların elde edildiği çalışmaların mevcut olduğu görülmektedir (Ergin, 2014; Yeşil ve ark., 2018). Bu sonuçlar değerlendirildiğinde meslek grubunun araştırma değişkenleri bağlamında anlamlı bir farklılığa sebep olmadığı söylenebilir. İlgili literatürde ortoreksiya nervoza bakımından sağlık çalışanlarının karşılaştırıldığı çalışmalar mevcuttur. Bu noktada sağlık çalışanlarının meslek farklılıklarına (doktor, diyestisyen, fizyoterapist, hemşire, ebe, yardımcı sağlık personeli, sağlık memuru) yönelik yapılan karşılaştırmalar, farklı meslek grubunda yer alan sağlık çalışanlarının ortoreksiya nervoza düzeylerinin farklılaşmadığı sonucunu desteklemektedir (Acar Tek ve Karaçil Ermumcu, 2016; Tatlı, 2022). Benzer şekilde Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde eğitim görmekte olan öğrencilerin ortoreksiya nervoza düzeylerinin, öğrenim görmekte oldukları bölümlere göre (hemşirelik, beslenme ve diyetetik, fizyoterapi ve rehabilitasyon) farklılık göstermediğina yönelik kanıtlar mevcuttur (Avcı ve ark., 2024). Bu bağlamda mevcut araştırmada ortoreksiya nervoza düzeyinin sağlık çalışanlarının farklı meslek gruplarına göre yapılan karşılaştırmaların ilgili literatür tarafından desteklendiği söylenebilir. Öte yandan sağlık çalışanlarındaki sağlık anksiyetesi düzeylerinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmanın sonuçları, meslek açısından sağlık anksiyetesi puanlarının farklılaştığı bulgusunu rapor etmektedir (Mirzabeigi ve ark., 2021). Buna göre hemşirelerin sağlık anksiyetesi puanlarının, radyoloji, servis ve laboratuvar alanında çalışan sağlık personellerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde sağlık çalışanlarında mevcut araştırma değişkenlerinin ele aldındığı çalışma sayısının oldukça sınırlı olduğu görülmekle birlikte mevcut araştırmanın bulgularının sağlık çalışanları arasındaki meslek farklılıkları ve araştırma değişkenlerine yönelik yapılan karşılaştırmaların çoğunluğu tarafından desteklendiği anlaşılmaktadır.

4.2.2 Araştırma değişkenleri arasındaki korelasyon analizi sonuçlarının değerlendirilmesi

Değişkenler arasında yapılan korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde; sağlık anksiyetesi ile uyumsuz mükemmeliyetçilik ve ruminasyon arasında pozitif, yaş ile negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Literatürde mevcut çalışmada yer alan değişkenlerin birlikte ele alındığı çalışmaların oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Bu çalışmalar incelendiğinde Karadayı (2020) tarafından yürütülen çalışmada sağlık anksiyetesi ile mükemmeliyetçilik arasında yapılan korelasyon analizi sonucuna göre iki değişkenin pozitif yönlü anlamlı ilişkiye sahip olduğu saptanmıştır. Wolfradt ve arkadaşları (2014) tarafından yürütülen çalışma sonuçlarına göre sağlık anksiyetesi ve ruminasyon pozitif yönde anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Yüksek sağlık anksiyetesinin daha fazla ruminatif düşünce kullanımıyla ilişkilendirildiği (Marcus ve ark., 2008) ve ruminasyonun sağlık anksiyetesinin ana semptomlarından biri olduğu (Wolfradt, 2014) düşünüldüğünde bu sonucun tutarlı olduğu düşünülmektedir. Benzer şekilde Can (2023) tarafından yürütülen çalışma sonuçlarına göre sağlık anksiyetesi ve yaş arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Sonuç itibariyle literatürde araştırma sonuçlarını destekleyen çalışmaların mevcut olduğu görülmektedir (Fergus, 2013).

Uyumlu mükemmeliyetçilik ile uyumsuz mükemmeliyetçilik ve ruminasyon arasında pozitif, yaş ile negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bununla tutarlı olacak şekilde Dobos ve arkadaşları (2024) tarafından yürütülen çalışma sonuçları da uyumlu mükemmeliyetçilik ile uyumsuz mükemmeliyetçilik arasında pozitif anlamlı ilişkiler olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde İşler (2018) ve Manav (2023) tarafından yürütülen çalışma sonuçları da uyumlu mükemmeliyetçilik ile uyumsuz mükemmeliyetçilik ve ruminasyon arasında pozitif korelasyon olduğunu göstermektedir. Kahya (2023) tarafından yürütülen çalışma sonuçları da mükemmeliyetçilik ile yaş arasında negatif anlamlı ilişkiler olduğunu göstermektedir. Literatürde mükemmeliyetçiliğin yaşla birlikte azaldığını destekleyen çalışmalar mevcuttur (Gilman ve Ashby, 2003; Asarkaya, 2019).Özellikle genç yetişkinlik döneminde maruz kalınan akademik baskının, karşılaştırmaya dayalı akran ilişkilerinin ve ebeveynlerin yüksek standartlarının mükemmeliyetçilik üzerinde etkili olabildiği ifade edilmektedir (Eccles ve Migdley, 1989; Wentzel, 1997).

Uyumsuz mükemmeliyetçilik ile ruminasyon arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulgulanmıştır. Bu bulgular ile tutarlı olacak şekilde Manav (2023) tarafından yürütülen çalışmadan elde edilen bulgular uyumsuz mükemmeliyetçilik ile ruminasyon arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler olduğunu göstermektedir. Yayın ve Ergun (2023) tarafından yürütülen çalışmadan elde edilen bulgular mevcut çalışma sonuçlarını destekler şekildedir. Literatürde mükemmeliyetçilik ile ruminasyon arasına pozitif anlamlı ilişkiler olduğu çalışmalar tarafından desteklenmektedir (Çapar Salık, 2022; Çelik, 2022; Harris ve ark., 2008; Rukmini ve ark., 2014; Zengin, 2019).

Ruminasyon ile yaş arasında negatif ve anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda ruminasyon düzeyinin yaş ile beraber azaldığı söylenebilir. Nitekim literatürde yaşlı bireylerde daha az ruminatif düşünme görüldüğü rapor edilmektedir (Sütterlin ve ark., 2012). Genç bireylerin yaşlı bireylere göre daha fazla ruminasyon yapması otobiyografik bellek işlevlerinin yaş farklılıkları ile açıklanabilmektedir (Ebner ve ark., 2006). Otobiyografik bellek, bireyin kişisel yaşam olaylarını ve deneyimler doğrultusunda elde etmiş olduğu bilgileri ve bu bilgileri hatırlamayı içeren kişisel bellek sistemi olarak tanımlanmaktadır (Er ve Uçar, 2004; Er ve Yaşın, 2016). İlgili literatürde yapılan araştırmalara göre 10-30 yaş aralığında yer alan bireylerde otobiyografik anılar yoğunlaşmakta ve bu dönemde yer alan bireyler anılarını daha kolay hatırlamaktadırlar (Er ve Uçar, 2004; Er ve Yaşın, 2016; Rubin ve Schulkind, 1997; Schrauf ve Rubin, 1998). Bu doğrultuda ilerleyen yaş dönemlerinde bireylerin daha az ruminasyon yapmalarının anılarını daha az hatırlamalarıyla açıklanabileceği düşünülebilir. Bunun yanı sıra genç yetişkinlerin gelecekleri ile ilgili daha fazla karar almaları gerektiği ancak yaşlı bireylere göre daha az yaşam tecrübesine sahip olmalarının da bu sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülmektedir (Ebner ve ark., 2006). Nitekim bu sonucun alan yazında desteklendiği görülmektedir (Ayyıldız, 2023; Eren, 2023; Ricarte ve ark., 2020).

Elde edilen bulgular incelendiğinde araştırma değişkenlerinden sağlık anksiyetesi, uyumlu mükemmeliyetçilik ve ruminasyonun yaş ile negatif anlamlı ilişkili oluşu dikkat çekmektedir. Bu noktada daha genç yetişkinlerin daha ileri yaş grubunda yer alan yetişkinlere kıyasla daha yüksek sağlık anksiyetesi ve uyumlu mükemmeliyetçiliğe sahip olduğu, bununla birlikte daha fazla ruminasyon yaptıkları söylenebilir. Daha önce de bahsedildiği üzere bu sonuçların ilgili literatürde yapılan çalışmalar tarafından

desteklendiğini görmekteyiz (Can, 2023; Eren, 2023; Kahya, 2023; Sütterlin ve ark., 2012).

4.2.3 Araştırma değişkenleri ile yapılan hiyerarşik regresyon ve moderatör analizi sonuçlarının değerlendirilmesi

Ortoreksiya nervoza eğiliminin araştırma değişkenleri tarafından yordanabilirliğini test etmek amacıyla yapılan hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarına göre sağlık anksiyetesi, uyumsuz mükemmeliyetçilik ve ruminasyonun ortoreksiya nervozayı yordamadığı saptanmıştır. Elde edilen bu sonucun çeşitli sebeplerinin olabileceği düşünülmektedir. Bunlardan ilki mevcut araştırmada kullanılmış olan Orto-11 Ölçeği'nin güvenirlik analizi sonuçlarına göre ''düşük düzeyde güvenilir'' olmasıdır. Kullanılan ölçeğin ''düşük güvenilir'' düzeyde olması, analizlere devam etme noktasında bir sorun oluşturmamakla birlikte (Özdamar, 2002) katılımcıların ortoreksiya nervoza düzeylerinin doğru ve hassas biçimde ölçümlenmemesine sebep olarak analiz sonuçlarını etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Öte yandan mevcut araştırmada katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerinin 12,89±5,15 ortalama ile düşük düzeyde olduğu söylenebilir. Literatürde sağlık anksiyetesinin en yüksek olduğu yaş grubunun 36-45 olduğu, bunun sebebinin ise bu yaş grubunda yer alan bireylerin hastalıklara yakalanma oranın daha yüksek olması sebebiyle olabileceği ifade edilmektedir (Karapıçak ve ark., 2012). Mevcut çalışmada yaş ortalamasının 28.48 olduğu göz önünde bulundurulduğunda katılımcıların sağlık anksiyetesinin düşük düzeyde saptanması anlaşılır görünmektedir. Literatür incelendiğinde benzer şekilde Can (2023) tarafından 233 hekim ile gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların sağlık anksiyetesi puan ortalamaları 14,6±6,7, Afşar ve Çatal (2024) tarafından 183 yoğun bakım hemşiresi ile yürütülen çalışmada 16.74±6.22, Mutlu ve Yılmaz (2022) tarafından cerrahi alanda çalışan 201 hemşire ile yürütülen çalışmada 18,02±8,58, Nayır (2023) tarafından 241 hemşire ile yürütülen çalışmada 17,50±7,08, Karaoğlu ve arkadaşları (2020) tarafından yürütülen çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinde 17,59±5,78, Özgül ve Saatçi (2021) tarafından yapılan araştırmada ise tıp fakültesi öğrencilerinde 17,6±6,2 olarak rapor edilmiştir. Sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde hem mevcut çalışmada hem de literatürde yer alan diğer çalışmalarda genel itibariyle sağlık anksiyetesi düzeylerinin düşük ve orta düzeyde olduğu görülmektedir. Mevcut çalışmada sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi

düzeylerinin düşük düzeyde saptanması, sağlık çalışanı olan bireylerin sağlık ya da hastalık ile ilgili doğru bilgiye daha hızlı ve kolayca ulaşmaları ile ilgili olabileceği öne sürülebilir. İleride yapılacak araştırmalarda bu faktörün de denkleme dahil edilmesinin sağlık anksiyetesi bağlamında çeşitli meslek gruplarının karşılaştırılmasında işlevsel olacağı düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerinin düşük seviyede olmasının sağlık anksiyetesi ile diğer değişkenler arasındaki ilişkinin zayıflamasına sebep olabileceği düşünülmektedir. Nitekim yüksek sağlık anksiyetesine sahip bireylerin sağlık koruyucu davranışları daha çok gerçekleştirdikleri bilinmektedir (Abramowitz ve Deacon, 2004). Mevcut çalışmada yer alan değişkenlerden ortoreksiya nervozanın sağlıklı beslenme davranışı olduğu düşünüldüğünde bunun bir sağlık koruyucu davranış olduğundan söz edilebileceği düşünülmektedir. Bu noktada mevcut çalışmada sağlık anksiyetesi düzeyinin düşük seviyede olmasının söz konusu değişkenler arasındaki ilişkileri zayıflatmış olabileceği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada yüksek ortoreksiya nervoza oranı % 51.3 olarak hesaplanmıştır. Bu noktada literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde yüksek ortoreksiya nervoza oranı doktor, diyetisyen, fizyoterapist, hemşire, ebe ve sağlık memurlarını kapsayan sağlık çalışanlarında %75.8 (Acar Tek ve Karaçil Ermumcu, 2016), doktor ve yardımcı sağlık çalışanlarında % 58.4 (Tatlı, 2022), diyetisyenlerde %41.9 (Asil ve Sürücüoğlu, 2015),asistan doktorlarda %45.5 (Bağcı Bosi ve ark., 2007), tıp öğrencilerinde %43.6 (Fidan ve ark., 2010) olarak rapor edilmektedir. Sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde sağlık çalışanlarındaki ortoreksiya nervoza yaygınlığının farklı ancak birbirine yakın sonuçlara işaret ettiği görülmektedir. Bahsi geçen çalışmalarda daha geniş örneklemlerde yüksek ortoreksiya nervoza oranının daha fazla olduğu dikkat çekmektedir. Bu bağlamda mevcut araştırmada yüksek ortoreksiya nervoza oranı, örneklem grubunun (doktor, diyetsiyen, fizyoterapist, diş hekimi, hemşire ve ebe) genişliği ile açıklanabilir. Elde edilen bulgular doğrultusunda mevcut çalışmada sağlık çalışanlarının çoğunluğunun yüksek ortoreksiya nervoza düzeyinde oldukları söylenebilir. Bu doğrultuda ortoreksiya nervozanın sağlık anksiyetesi tarafından yordanmaması, sağlık anksiyetesinin ortoreksiya nervoza ile doğrudan ilişkilendirilmemesi ile açıklanabilir. Bu noktada iki değişkenin birbirinden farklı motivasyonlar ile karakterize olduğu söylenebilir. Nitekim sağlık

anksiyetesinin daha sağlıklı bir vücuda sahip olmaktan ziyade hastalıklar hakkında duyulan endişe ile karakterize olduğu (Deale, 2007; Doğan ve ark., 2021), öte yandan ortoreksiya nervozanın ise sağlıklı beslenme ile karakterize olduğu bilinmektedir (Bartrina, 2007; Bratman, 1997;). Bu noktada bireyin bu motivasyon ile ortaya koyduğu bilişsel ve davranışsal çabanın sağlık anksiyetesinden ziyade obsesyon ve kompulsiyonlar ile daha kapsamlı bir şekilde açıklanabileceği düşünülebilir. Nitekim literatürde ortoreksiya nervozanın obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar mevcuttur (Arusoğlu ve ark., 2008; Barnes ve Caltabiano, 2017). Bu sebeplerle mevcut çalışmada sağlık anksiyetesi ile ortoreksiya nervozanın doğrudan ilişkinlendirilememiş olabileceği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada sağlık anksiyetesinin ortoreksiya nervozayı yordamamasının bir diğer sebebinin çalışmanın örneklemi ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Katılımcıların branşları göz önünde bulundurulduğunda branş grupları içerisinde en yüksek katılımcı sayısına sahip olanların ‘’diyetisyen’’ grubu olduğu görülmektedir. Bu noktada diyetisyenlerin diğer sağlık çalışanlarına kıyasla beslenme konusunda daha yüksek bilince sahip olmaları çalışma sonuçlarını etkilemiş olabileceği öne sürülebilir. Diyetisyenlerin beslenme konusunda bilinçli olmaları, sağlık hakkında duyulan endişenin obsesif bir şekilde değerlendirilmemesine ve buna bağlı olarak yaşam stilleri ve beslenmelerinin buna göre şekillenmemesine neden olmuş olabilir. Nitekim, Güngör ve arkadaşları (2022) tarafından yakın zamanda yapılan bir çalışma bunu destekler niteliktedir. Buna göre yüksek düzeyde sağlık anksiyetesine sahip diyetisyenlerin ortoreksiya nervoza düzeylerinin yüksek düzeyde olmadığı rapor edilmiştir. Bu bağlamda bu sonucun mevcut çalışma sonucunu desteklediği söylenebilir.

Ortoreksiya nervoza kavramının mükemmeliyetçilik ve ruminasyon ile doğrudan ilişkilendirilmemesi ise ortoreksiya nervozadaki sağlıklı besin tüketimine ilişkin katı kural ve kontrollerin bu iki kavram ile açıklanmasının yetersiz oluşu ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Bu noktada ortoreksiya nervozanın obsesif kompulsif bozuklukla ilişkili olduğunu destekleyen çalışmalar (Arusoğlu ve ark., 2008; Barnes ve Caltabiano, 2017) bize bununla ilgili ipucu vermektedir. Spesifik olarak, obsesif kompulsif bozuklukta görülen yıkama, sıralama, kontrol etme ve obsesif düşünme gibi bileşenlerin ortoreksiya nervoza ile ilişkili olduğunu kanıtlayan çalışmalar mevcuttur (Bilekli Bilger,

2022). Benzer şekilde obsesif belirtilerdeki artışın ortoreksiya nervoza eğilimindeki artış ile ilişkili olduğunu raporlayan çalışmalar da bulunmaktadır (Çiçekoğlu ve Tunçay, 2018). Aynı doğrultuda literatürde ortoreksiya nervozanın kökeninin obsesyonlar olduğu öne sürülmektedir (Moroze ve ark., 2015). Bu noktada ortoreksiya nervozadaki katı kural ve kontrollerin (Oberle ve ark., 2017a) yalnızca mükemmeliyetçilik ve ruminasyondan ziyade daha farklı bileşenler ile birlikte ele alınmasının daha gerçekçi sonuçlara işaret edeceği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada OKB'ye özgü bileşenlerin yanı sıra sosyal medya kullanımının etkisini ele almanın önemli olabileceği düşünülmektedir. Sosyal medyada sağlıkla ilgili pek çok içeriğin yer aldığı bilinmektedir (Gül ve Akyüz, 2019). Bu noktada sosyal medya platformlarına olan erişimin kolay olduğunu ve pek çok kişinin sağlık ve hastalık ile ilgili bilgi paylaşımında bulunduğu söylenebilir. Ancak bu bilgiler zaman zaman yanıltıcı olabilmektedir. Bu noktada sosyal medya aracılığı ile sıklıkla bu bilgilere maruz kalmanın sağlık anksiyetesi ve ortoreksiya nervozada etkisinin olabileceği düşünülmektedir. Nitekim ilgili literatürde sosyal medya kullanımımın ve sosyal medya bağımlılığının ortoreksiya nervoza eğiliminin yordayıcısı olduğuna yönelik kanıtlar mevcuttur (Hamurcu, 2023). Buna ek olarak sosyal medya kullanımının hem sağlık anksiyetesi hem de ortoreksiya nervoza ile ilişkisi literatür tarafından desteklenmektedir (Kardaş, 2021). Bu sebeplerle mevcut araştırma değişkenlerine ek olarak sosyal medya kullanımının da ele alınmasının önemli olacağı düşünülmektedir.

Mevcut çalışmanın sonuçlarının literatürde sağlık anksiyetesi ve ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkileri inceleyen az sayıda çalışma sonuçlarından farklılık gösterdiği görülmektedir. Örneğin çeşitli çalışma sonuçları sağlık anksiyetesinin ortoreksiya nevozayı yordadığını göstermektedir. (Bilekli Bilger, 2022; Karadayı, 2020; Kiss Lesier ve ark.,2019; Valente ve ark., 2020). Bu çalışmaların yanı sıra mükemmeliyetçiliğin ve ruminasyonun ortoreksiya nervozayı yordadığına yönelik çalışmaların mevcut olduğu görülmektedir (Yayın ve Ergun, 2023).

Araştırma hipotezleri doğrultusunda sağlık anksiyetesi ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide uyumsuz mükemmeliyetçilik ve ruminasyonun düzenleyici rolüne ilişkin yapılan moderatör analizi sonuçları bu ilişkinin anlamlı olmadığını göstermiştir. Mevcut

çalışmada regresyon ve moderatör analizlerinin anlamlı sonuçlara işaret etmemesinin çeşitli sebepleri olabileceği düşünülmektedir. Bu sebeplerin, yukarıda söz edildiği üzere, çalışmada kullanılmış olan Orto-11 Ölçeği'nin ''düşük güvenilir'' seviyede olması ve katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerinin düşük seviyede olması ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra, bu çalışmada gerek katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerinin düşük seviyede olması gerek regresyon ve moderatör analizlerinin anlamlı sonuçlara işaret etmemesi örneklem büyüklüğü ile açıklanabilir. Buradan hareketle bu çalışma örnekleminden daha büyük bir örneklemin daha gerçekçi sonuçları yansıtabileceği öngörülebilir. Örneklem büyüklüğünün yanı sıra katılımcılardan kadın oranının erkek oranına kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Mevcut çalışmada yer alan katılımcıların cinsiyet bakımından homojen bir şekilde dağılmamasının araştırma sonuçlarını etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Buna ek olarak çalışmada yer alan katılımcıların yaş gruplarının dağılımına bakıldığında örneklemin %62.5'inin 25-29 yaş aralığında yer aldığı görülmektedir. İlgili literatürde sağlık anksiyetesi düzeyinin 36-45 yaş grubunda anlamlı şekilde daha yüksek olduğu sonucu rapor edildiği (Karapıçak ve ark., 2012) göz önünde bulundurulduğunda mevcut çalışmada 35 yaş ve üzeri yaş grubunda yer alan katılımcıların örneklemin %10.3'lük kesimini oluşturmuş olmasının mevcut araştırmadaki sağlık anksiyetesi düzeyinin düşük seviyede kalmasına sebep olabileceği dolayısıyla da sağlık anksiyetesi ile diğer değişkenlerin ilişkisini etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Bu sebeplerle katılımcıların yaş gruplarının homojen şekilde dağılım göstermemesinin araştırma sonuçlarını etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Bu noktada mevcut çalışmanın yaş grupları bağlamında daha geniş bir skalada yürütülmesinin daha gerçekçi sonuçlara işaret edeceği düşünülmektedir.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Mevcut çalışmada sağlık çalışanlarındaki sağlık anksiyetesi ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide mükemmeliyetçiliğin ve ruminasyonun düzenleyici rolü incelenmiştir. Sağlık anksiyetesi ile ortoreksiya nervoza ilişkisini inceleyen çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda hem ulusal hem de uluslararası literatür incelendiğinde mevcut çalışma değişkenlerinin bir arada ele alındığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu noktada çalışmadan elde edilen bulguların hem sağlık anksiyetesi hem de henüz DSM-5'te tanımlanmamış olan ortoreksiya nervoza kavramlarının temel özelliklerini kavrama noktasında önemli olduğu düşünülmektedir. Sağlık anksiyetesi ile uyumsuz mükemmeliyetçilik ve ruminasyonun pozitif yönlü anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu göz önünde bulundurulduğunda, sağlıkla ilgili duyulan yüksek kaygılar sebebiyle terapiye başvuran danışanların terapi süreçlerinde özellikle bu iki kavramın ele alınmasının sağlık anksiyetesinin tedavisi noktasında önemli olduğu düşünülmektedir. Bunun yanı sıra ortoreksiya nervozadaki sağlıklı beslenmeye yönelik takıntının açıklanmasında sağlık hakkında duyulan kaygının, mükemmeliyetçiliğin ve ruminasyonun yetersiz olduğu görülmüş olup gelecek çalışmalarda daha farklı bileşenler (örneğin: OKB belirtileri, sosyal medya kullanımı) aracılığıyla daha geniş çaplı şekilde ele alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Sonuç itibariyle bu tez çalışmasının mevcut araştırma değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkilerinin açıklanması bağlamında ilgili literatüre katkı yapacağı ve daha sonra yapılacak çalışmalara yol göstereceği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmanın birtakım sınırlılıkları mevcuttur. Bunlardan ilki çalışmada kullanılan anketlerin öz bildirime dayalı olması sebebiyle verilen cevapların objektifliğinin bilinememesidir. Bununla birlikte kullanılmış olan Orto-11 Ölçeğinin Cronbach Alpha değerinin ‘’düşük güvenilir’’ düzeyde olmasıdır. Bir diğer sınırlılık ise çalışmada yer alan katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarındaki dengesiz dağılımının söz konusu olmasıdır. Mevcut çalışma örnekleminde dengesiz dağılımın, araştırma bulgularının evrene genellebilirliği açısından sınırlılığa sebep olabileceği düşünülmektedir. Son olarak bu çalışmanın sınırlılıklardan biri çalışmanın çevrimiçi platformda yapılmış olmasıdır.

Dolayısıyla, katılımcılardan toplanan veriler eksik ya da hatalı bilgiler içerebilir. Bu durumun, verilerin geçerlik ve güvenirliğini olumsuz yönde etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Gelecekte yürütülecek araştırmaların mevcut araştırma değişkenleri arasındaki ilişkileri anlayabilmek adına mevcut değişkenler ile etkileşimde olabilecek farklı değişkenlerin de araştırmaya dahil edilmesi önerilebilir. Böylelikle değişkenler arasındaki ilişkilerin daha gerçekçi şekilde ele alınabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Abdullah, M. A., Al Hourani, H. M. ve Alkhatib, B. (2020). Prevalence of orthorexia nervosa among nutrition students and nutritionists: Pilot study. *Clinical nutrition ESPEN*, *40*, 144-148.

Abramowitz, J. S., Deacon, B. J. ve Valentiner, D. P. (2007). The short health anxiety inventory: psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample, *Cogn Ther Res, 31*, 871- 883.

Abramowitz, J. S. ve Deacon, B. J. (2004). Severe health anxiety: Why it persists and how to treat it, *Comp Ther, 30*(1), 44-49.

Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O. ve Deacon, B. J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders, *Behavior Therapy, 38* (2007). 86-94.

Acar Tek, N. ve Karaçil Ermumcu, M.Ş. (2016). Sağlık profesyonellerinde sağlıklı beslenme kaygısı: Ortoreksiya Nervoza (ON). *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi. 1* (2): 59-71

Afşar, H. ve Çatal, E. (2022). COVID-19 Pandemi Sürecinde Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sağlık Anksiyetesi, Koronavirüs Anksiyete Durumları ve Görüşlerinin İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *11*(1), 19-27.

Aksoydan, E. ve Camci, N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders, 14*(1), 33–73. doi: 10.1007/BF0332779

Alberts, N. M. ve Hadjistavropoulos, H. D. (2014). Parental illness, attachment dimensions, and health beliefs: testing the cognitive-behavioural and interpersonal models of health anxiety. *Anxiety, stress, and coping, 27*(2), 216–228. https://doi.org/10.1080/10615806.2013.835401

Almeida, C., Vieira Borba, V. ve Santos, L. (2018). Orthorexia nervosa in a sample of Portuguese fitness participants. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 23*, 443-451.

Altun, H. K., Keser, I. ve Bozkurt, S. (2020). Comparison of eating attitudes and the susceptibility to orthorexia nervosa of students in health-related fields and those in other fields. *Iranian Journal of Public Health, 49*(3),495-502.

Alvarenga, M. S., Scagliusi, F. B. ve Philippi, S. T. (2010). Development and validity of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS). *Perceptual and Motor Skills, 110*(2), 379-395.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mentaln disorders (5th ed.).15.02.2023 tarihinde https://psycnet.apa.org/record/2013-14907-000 adresinden alındı.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı,* Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan çev. Köroğlu, E., Ankara:Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.

Anayurt, A. (2017). *Duygu düzenleme ile erken dönem uyumsuz şemalar, bilişsel esneklik ve ruminasyon arasındaki ilişkilerin incelenmesi*(Yayın no. 468230) [Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V. ve Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour research and therapy, 36*(12), 1143-1154.

Armutlu, İ. (2019). *Belirsizliğe tahammülsüzlük, dürtüsellik, ruminasyon ve genel erteleme eğiliminin psikolojik belirtiler ile ilişkisi*. (Yayın no. 558631) [Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Arslan, B. ve Özçelik S. (2020). Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlık Anksiyetesi ve Hipokondri. Tıp Eğitimini Geliştirme Derneği Kongresi(TEGED), İstanbul, Türkiye, 2020. Kongre Bildiri Kitabı

Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G. ve Merdol, T. K. (2008). Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 in Turkish. *Türk Psikiyatri Derg*isi, *19*(3), 1-9.

Ashby, J. S. ve Rice, K. G. (2002). Perfectionism, dysfunctional attitudes, and self-esteem: A structural equations analysis. *Journal of Counseling & Development*, *80*(2), 197-203.

Ashby, J. S., Kottman, T. ve Schoen, E. (1998). Perfectionism and eating disorders reconsidered. *Journal of Mental Health Counseling*, *20*(3), 261.

Asil, E. ve Sürücüoğlu, M. S. (2015). Orthorexia nervosa in Turkish dietitians. *Ecology of Food and Nutrition, 54*(4), 303–313. doi:10.1080/03670244.2014.987920

Asmundson, G. J., Abramowitz, J. S., Richter, A. A. ve Whedon, M. (2010). Health anxiety: current perspectives and future directions. Current psychiatry reports, 12(4), 306–312. https://doi.org/10.1007/s11920-010-0123-9

Avcı, S., Çiğdem, Z., Güler, S., Işıl, Ö. ve Ortabağ, T. (2024). Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza Eğilimi ve Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, *14*(1), 115-125.

Avçin, E. ve Erkoç, B. (2021). Covid-19 Pandemi Sürecinde Sağlik Anksiyetesi, Yaşam Doyumu Ve Ilişkili Değişkenler. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (17), 1-13.

Aydemir, Ö., Kırpınar, İ., Satı, T., Uykur, B. ve Cengisiz, C. (2013). Sağlık anksiyetesi ölçeği'nin türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, *Nöropsikiyatri Arşivi, 50,* 325-331.

Ayyıldız, A. S. (2023). *Yetişkinlerde bağlanma stilleri, öz şefkat, endişe ve ruminasyon arasındaki ilişkiler.(*Yayın no. 789962) [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Kent Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Bağcı Bosi, A.T., Çamur, D. ve Güler, Ç, (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite, 49*, 661-666.

Bailey, R. ve Wells, A. (2015c). The contribution of metacognitive beliefs and dysfunctional illness beliefs in predicting health anxiety: An evaluation of the metacognitive versus the cognitive models. *Clinical Psychologist, 20* (3), 1-9.

Barbek, R. M., Makowski, A. C. ve von dem Knesebeck, O. (2022). Social inequalities in health anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *153*, 110706.

Barnes, M. A. ve Caltabiano, M. L. (2017). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *22*, 177-184.

Barrada, J. R. ve Roncero, M. (2018). Bidimensional structure of the orthorexia: development and initial validation of a new instrument. *Anales De Psicología/Annals of Psychology*, *34*(2), 283-291.

Barsky, A. J. ve Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification, *The British Journal of Psychiatry,157,* 404- 409.

Barsky, A. J., Wyshak, G. ve Klerman, G. L. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis, *J. psychiot. Res.,24*(4). 323- 334.

Bartel, S. J., Sherry, S. B., Farthing, G. R. ve Stewart, S. H. (2020). Classification of Orthorexia Nervosa: Further evidence for placement within the eating disorders spectrum. *Eating behaviors, 38*, 101406.

Barthels, F., Horn, S. ve Pietrowsky, R. (2021). Orthorexic eating behaviour, illness anxiety and dysfunctional cognitions characteristic of somatic symptom disorders in a non-clinical sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 26*, 2387-2391.

Barthels, F., Meyer, F. ve Pietrowsky, R. (2015). Orthorexic eating behavior: A new type of disordered eating. *Ernahrungs Umschau, 62*(10), 156–161. doi:10.4455/eu.2015.029

Bartrina, J. A. (2007). Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición, 57*(4), 313-315.

Bass, C., Peveler, R. ve House, A. (2001). Somatoform disorders: Severe psychiatric illnesses neglected by psychiatricts, *British Journal of Psychiatry*, *179*, 11-14.

Bati, A. H., Mandiracioglu, A., Govsa, F. veÇam, O. (2018). Health anxiety and cyberchondria among Ege University health science students, *Nurse Education Today 71*(2018), 169-173.

Bekil, F. (2021). *Üniversite öğrencilerinde aile işlevselliği ile uyumsuz mükemmeliyetçilik ilişkisinde ayrışma-bireyleşmenin aracı rolü* . (Yayın no.673752) [Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Bieling, P. J., Israeli, A. L. ve Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and individual differences*, *36*(6), 1373-1385.

Bilali, A., Galanis, P., Velokanis, E. ve Katostaras, T. (2010). Factors associated with abnormal eating attitudes among Greek adolescents. *Journal of Nutrition Education and Behavior, 42*(5), 292-298. doi: 10.1016/j.jneb.2009.06.005

Bilekli Bilger, İ. (2022). Ortoreksiya nervoza ölçeklerinin uyarlanması ve ortoreksiyanın OKB, yeme bozukluğu, depresyon, kaygı ve stres, genel psikolojik belirti düzeyi, sağlık kaygısı, beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkilerinin nicel ve nitel yöntemlerle incelenmesi. *Bilimler Dergisi,20*(1), 16-24.

Bozkurt Zincir, S., Sunbul, M., Aydin Sunbul, E., Dalkilic, B., Cengiz, F., Kivrak, T., vd. (2014). Evaluation of alexithymia, somatosensory sensitivity, and health anxiety levels in patients with noncardiac chest pain. *BioMed Research International.*

Bratman, S. (1997, Eylül- Ekim). Health food junkie. *Yoga Journal, 136,* 10.05.2023 tarihinde https://books.google.com.tr/books?id=AOoDAAAAMBAJ&pg=PA44&lpg adresinden erişilmiştir.

Bratman, S. (2014). *What is orthorexia?.* 11.05.2023 tarihinde http://www.orthorexia.com/what-is-orthorexia/ adresinden erişilmiştir.

Bratman, S. (2017a). *Healthy eating vs. orthorexia.* 11.05.2023 http://www.orthorexia.com/healthy-eating-vs-orthorexia/ adresinden erişilmiştir.

Bratman, S. (2017b). Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eating and Weight Disorders, 22,* 381-385.

Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa–an eating disorder, obsessive compulsive disorder or disturbed eating habit. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, *1*(1), 55-60.

Brytek-Matera, A., Donini, L. M., Krupa, M., Poggiogalle, E. ve Hay, P. (2015). Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *Journal of Eating Disorders, 3*(2), 2-8.

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. doi: 10.1007/s40519-017-0427-4

Brytek-Matera, A. vd. (2022). Orthorexia Nervosa and its association with obsessive–compulsive disorder symptoms: initial cross-cultural comparison between Polish and Italian university students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *27*(3), 913-927.

Bugay, A. ve Erdur-Baker, Ö. (2011). Ruminasyon düzeyinin toplumsal cinsiyet ve yaşa göre incelenmesi. *Turkish psychological counseling and guidance journal*, *4*(36), 191-199.

Bulut, A. ve Yiğitbaş, Ç. (2022). Prevalence of orthorexia nervosa in academicians and the influencing factors. *Clinical and Experimental Health Sciences, 12*(2), 346-351.

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.

Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology today*, *14*(6), 34-52.

Butt, F. M. (2010). The role of perfectionism in psychological health: A study of adolescents in Pakistan. *Europe's Journal of Psychology*, *6*(4), 125-147.

Büyükbayraktar, Ç. (2011). *Üniversite öğrencilerinde mükemmeliyetçilik ve öfke ilişkisi*. . (Yayın no.278657) [Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Chace, S. ve Kluck, A. S. (2022). Validation of the Teruel Orthorexia Scale and relationship to health anxiety in a US sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *27*(4), 1437-1447.

Chaki, B., Pal, S. ve Bandyopadhyay, A. (2013). Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: a newly emerging eating disorder. *Journal of Human Sport & Exercise, 8*(4), 1045–1053.

Chandarana, P., Helmes, E. ve Benson, N. (1988). Eating attitudes as related to demographic and personality characteristics: A high school survey. *The Canadian Journal of Psychiatry, 33*(9), 834–837. doi:10.1177/070674378803300910

Chen, Q. vd. (2019). Health anxiety in medical employees: A multicentre study. *Journal of International Medical Research, 47*(10), 4854-4861.

Conway, M., Csank, P. A., Holm, S. L. ve Blake, C. K. (2000). On assessing individual differences in rumination on sadness. *Journal of personality assessment, 75*(3), 404-425. doi: 10.1207/S15327752JPA7503_04

Costa, C. B. ve Hardan-Khalil, K. (2017, Temmuz). Orthorexia nervosa and its relationship toobsessive compulsive behaviors among university students in Southern California. 28 th International Nursing Research Congress, Dublin.

Costarelli, V., Demerzi, M. ve Stamou, D. (2009). Disordered eating attitudes in relation to body image and emotional intelligence in young women. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 22*(3), 239–245. doi:10.1111/j.1365-277x.2009.00949.x

Cowdrey, F. A. ve Park, R. J. (2012). The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. *Eating behaviors, 13*(2), 100-105.

Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story M. ve Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health, 31*(2), 166-175. doi: 10.1016/S1054-139X(02)00368-3

Çelik, B. A. (2022). *Obsesif belirtilerin yordayıcıları olarak sosyal kaygı, mükemmeliyetçilik, narsisizm ve ruminasyon*. (Yayın no. 743249) [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sabahattin ZaimÜniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Çiçekoğlu, P. ve Tunçay, G. Y. (2018). A comparison of eating attitudes between vegans/vegetarians and nonvegans/nonvegetarians in terms of orthorexia nervosa. *Archives of Psychiatric Nursing, 32*, 200-205.

Deacon, B. ve Abramowitz, J. S. (2008). Is hypochondriasis related to obsessive-compulsive disorder, panic disorder, or both? An empirical evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 22*(2), 115-127.

Deale, A. (2007). Psychopathology and treatment of severe health anxiety. *Psychiatry, 6*(6), 240-246.

Dell'Osso, L., Carpita, B., Muti, D., Cremone, I. M., Massimetti, G., Diadema, E. vd. (2018). Prevalence and characteristics of orthorexia nervosa in a sample of university students in Italy. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 23*, 55-65.

Demirel Bozkurt, Ö., Hazar, S., Can, M. ve Paker,S. (2021). Kadınlarda sağlık anksiyetesi ve meme kanseri korkusunun erken tanı davranışlarına etkisi, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 10*(3), 348-355.

Depa, J., Schweizer, J., Bekers, S. K., Hilzendegen, C. ve Stroebele-Benschop, N. (2017). Prevalence and predictors of orthorexia nervosa among German students using the 21-item-DOS. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *22*, 193-199.

Dobos, B., Mellor, D. ve Piko, B. F. (2024). Exploring fear of happiness among university students: The role of perfectionism, academic burnout, loneliness, and hopelessness. *Scandinavian journal of psychology*, *65*(3), 559-567.

Doğan, S., Acar, F. ve Baynal Doğan, T. G. (2021). İnternet bağımlılığı ve sağlık anksiyetesinin siberkondria davranışları üzerine etkisi, *Erciyes Akademi, 35*(1), 281-298.

Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M. ve Canella, 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, 9*, 151-157.

Drobnjak, S., Atsız, S., Ditzen, B., Tuschen-Caffier, B. ve Ehlert, U. (2014). Restrained eating and self-esteem in premenopausal and postmenopausal women. *Journal of Eating Disorders, 2*(23), 2-10.

Duran, S. (2016). Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) riski ve etkileyen faktörler. *Pamukkale Tıp Dergisi, 9*(3):220-226.

Ebner N. C., Freund A. M. ve Baltes P. B. (2006). Developmental changes in personal goal orientation from young to late adulthood: From striving for gains to maintenance and prevention of losses. Psychology and Aging, 21, 664–678. https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.4.664 PMID: 17201488

Eccles, J. S. ve Midgley, C. (1989). Stage-environment fit: Developmentally appropriate classrooms for young adolescents. *Research on motivation in education*, *3*(1), 139-186

Efe, İ. A. (2018). Olumsuz yaşam olayları, psikolojik danışma hizmeti alma, ruminasyon ve stres arasındaki ilişki. *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES)*, *51*(2), 95-119.

Ekiz, T., Ilıman, E. ve Dönmez, E. (2020). Bireylerin sağlik anksiyetesi düzeyleri ile covid-19 salgini kontrol algisinin karşilaştirilmasi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, *6*(1), 139-154.

Elma, Ö. (2018). *Ergenlerde ruminasyon ile yeme tutumları arasındaki ilişkinin bir takım değişkenlere göre incelenmesi* (Yayın no.529106) [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Eren, B. (2023). *Romantik İlişkilerde Kıskançlığın Klinik Spektrumda Kişilik Eğilimleri, Ruminasyon ve Psikodinamik Kişilik Organizasyonları ile İlişkisi* (Yayın no.824208) [Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Ergin, G. (2015). *Sağlık personeli olan ve olmayan bireylerde ortoreksiya nervoza sıklığı araştırması* [Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Ergüney-Okumuş, F. E. ve Sertel-Berk, H. Ö. (2019). Yeme Tutum Testi kısa formunun (YTT-26) Üniversite örnekleminde Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Psikoloji Çalışmaları, 40*(1), 57-78.

Er, N. ve Uçar, F. (2004). Yoğun duygu yüklü yaşam olaylarında, kişisel anı aktarımları ve referans noktaları aracılığıyla otobiyografik bellek örüntülerinin incelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi, 19*(53), 1-18.

Er, N. ve Yaşın, F. (2016). Otobiyografik bellek işlevleri ölçeği'nin (OBİÖ) geliştirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, *19*(37), 60-72.

Farchakh, Y., Hallit, S. ve Soufia, M. (2019). Association between orthorexia nervosa, eating attitudes and anxiety among medical students in Lebanese universities: results of a cross-sectional study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *24*, 683-691.

Fergus, T. A. (2013). Repetitive thought and health anxiety: Tests of specificity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *35*, 366-374.

Ferguson, E. (2009). A taxometric analysis of health anxiety, *Psychological Medicine 39*, 277-285.

Fidan, T., Ertekin, V., Işıkay, S. ve Kırpınar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry, 51*(1), 49–54.

Flett, G. L. ve Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. *Amerikan Psikoloji Derneği.* https://doi.org/10.1037/10458-001

Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I. ve Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and individual differences*, *14*(1), 119-126.

Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. ve Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, *14*, 449-468.

Garipoğlu, G., Arslan, M. ve Öztürk, S. A. (2019). Beslenme ve diyetetik bölümü'nde okuyan kız öğrencilerin ortoreksiya nervoza eğilimlerinin belirlenmesi. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 1*(3), 23-27.

Gerolimatos, L. A. ve Edelstein, B. A. (2012). Anxiety-related constructs mediate the relation between age and health anxiety. Aging & Mental Health, 16(8), 975–982. https://doi.org/10.1080/13607863.2012.688192

Gilman R. ve Ashby J. S. (2003). A First Study of Perfectionism and Multidimensional Life. *Journal of Early Adolescence, 23*(2),218-235

Gochman, D.S. (1997). Handbook of Health Behavior Research. New York, Vols. 1–4: *Plenum.*

Gonidakis, F., Lemonoudi, M., Charila, D. ve Varsou, E. (2018). A study on the interplay between emerging adulthood and eating disorder symptomatology in young adults. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 23*,797–805. doi:10.1007/s40519-018-0552-8

Grammatikopoulou, M. G. vd. (2018). Food addiction, orthorexia, and food-related stress among dietetics students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *23*, 459-467.

Grassia, M. ve Gibb, B. E. (2008). Rumination and prospective changes in depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology, 27*(9), 931-948.

Gül, A. ve Akyüz, E. Y. (2019). Sosyal Medya Kullanımı: Yeme Bozukluğu Nedeni Olabilir Mi?. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi, 1*(1), 28-32.

Gül, İ. A., Özdemir, T. ve Börekçi, E. (2014). Health Anxiety levels in patients admitted to internal medicine outpatient clinic for several times. *Journal of Clinical and Analytical Medicine, 7*(4), 437-439.

Güngör, A. E., Dağ, B., Süzen, B. ve Dağ, A. (2022). COVID-19 Döneminde Diyetisyenlerdeki Sağlık Anksiyetesi, Koronavirüs Anksiyetesi ve Sağlıklı

Beslenme Kaygısı Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, *50*(1), 53-62.

Hadjistavropoulos, H. D., Craig, K. D. ve Hadjistavropoulos, T. (1998). Cognitive and behavioral responses to illness information: The role of health anxiety, *Behavior Research And Therapy 36*(1998), 149- 164.

Hadjistavropoulos, H. D., Hadjistavropoulos, T. ve Quine, A. (2000). Health anxiety moderates the effects of distraction versus attention to pain. *Behaviour Research and Therapy*, *38*(5), 425–438. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00044-3

Hadjistavropoulos, H. D. vd. (2012). Core cognitions related to health anxiety in self reported medical and non-medical samples. *Journal of Behavioral Medicine, 35*(2), 167–178.

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. doi:10.1016/j.paid.2006.11.021

Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A journal of human behavior*.

Hamurcu, P. (2023). Yeme Davranışı, Yeme Bozukluğu ve Ortoreksiya Nervoza Yordayıcıları Olarak Sosyal Medya Bağımlılığı ve Kullanım Amaçları: Genç Yetişkinler Üzerine Bir Çalışma. *Bağımlılık Dergisi*, *24*(2), 133-145.

Harris, P. W., Pepper, C. M., & Maack, D. (2008). The relationship between maladaptive perfectionism and depressive symptoms: The mediating role of rumination. Personality and Individual Differences, 44(1): 150-160. doi:10.1016/j.paid.2007.07.011

Hayes, O., Wu, M. S., De Nadai, A. S., & Storch, E. A. (2017). Orthorexia nervosa: an examination of the prevalence, correlates, and associated impairment in a university sample. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 31*(2), 124-135.

Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of personality and social psychology, 60*(3), 456.

Işık, H. (2023). *Yetişkin bireylerde deneyimsel kaçınma, ruminasyon ve öz kontrolün çevrimiçi oyun bağımlılığına etkisinin incelenmesi.* (Yayın no. 820755) [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

İkinci, Ö. (2010). Sağlıklı beslenme saplantı olursa. *Bilim ve Teknik Dergisi, TÜBİTAK, 516*, 38-41.

İşler, S. D. (2018). *Uyumlu ve uyumsuz mükemmeliyetçilik özellikleri ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile depresyon arasındaki ilişkiler* .(Yayın no. 495596) [Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Jones, S. L., Hadjistavropoulos, H. D. veGullickson, K. (2014). Understanding health anxiety following breast cancer diagnosis. *Psychology, Health and Medicine, 19*(5), 525-535.

Jones, S. M. W., Andersen, M. R. ve Litwin, P. (2020). Avoidance and reassurance seeking in response to health anxiety are differentially related to use of healthcare, *Journal of Public Health: From Theory to Practice.*

Just, N. ve Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: tests and an extension of the theory. *Journal of abnormal psychology, 106*(2), 221.

Kahya, H. (2023). Kompulsif satın almanın yordayıcıları: Benlik saygısı, sosyal karşılaştırma, mükemmeliyetçilik ve psikolojik belirtiler. [Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Kalaycı, Ş. (Ed.) (2006). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.

Kara, O. K. (2021). *Üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık düzeyinin algılanan stres ve sağlık anksiyetesi ile ilişkisinin incelenmesi*. (Yayın no.684603) [Yüksek Lisans Tezi, Gelişim Üniversitesi]. *https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp*

Karadayı, Ö. (2020). *Ortoreksiya ve bozuk yeme tutumlarının beden imgesi, sağlık kaygısı ve obsesif inançlarla ilişkisinin incelenmesi* (Yayın no.630141) [Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi]. *https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp*

Karakus, B., Hidiroglu, S., Keskin, N. ve Karavus, M. (2017). Orthorexia nervosa tendency among students of the department of nutrition and dietetics at a university in Istanbul. *Northern Clinics of Istanbul, 4*(2), 117-123. doi: 10.14744/nci.2017.20082

Karaoğlu, N., Karaoğlu, K. B. ve Yardımcı, H. (2020). Comparison of health perception and health anxiety levels of sociology and medical students. *Ankara Medical Journal, 20*(3), 615-628.

Karapıçak, Ö.K., Aslan, S. ve Utku, Ç. (2012). Panik bozukuluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriaziste sağlık kaygısı, *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar, 1*(1), 43-51.

Karatepe, H. T. (2010). *Ruminatif Düşünme Ölçeğinin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması* (271757) [Tıpta uzmanlık tezi]. İstanbul Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastanesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=HOvk92nAuNkbAEzeXZjX6w&no=ZvH3BZ8LH4NB2S08qBUeyQ

Kardaş, İ. (2021). *İstanbul gelişim üniversitesi öğrencileri arasında sosyal medya kullanımının beden algısı ve olası ortoreksiya nervoza ile ilişkisi*. (Yayın no. 669911) [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Kazkondu, İ.(2010). *Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) belirtilerinin incelenmesi.* (Yayın no.279659) [Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Kıran, S. (2020). *Sağlık anksiyetesini yordayan bilişsel ve üstbilişsel faktörler.* (Yayın no.635981) [Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Kızılkurt, O. K., Yılmaz, A., Noyan, C. O. ve Dilbaz, N. (2021). Health anxiety during the early phases of COVID-19 pandemic in Turkey and its relationship with postpandemic attitudes, hopelessness, and psychological resilience. *Perspect. Psychiatr. Care, 57*, 399-407.

Korinth, A., Schiess, S. ve Westenhoefer, J. (2010). Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public health nutrition*, *13*(1), 32-37.

Kotler, L., A., Cohen, P., Davies, M., Pine, D. S. ve Walsh, B. T. (2001). Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(12), 1434-1440.

Koven, N. S. ve Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11*, 385-394.

Koven, N. S. ve Senbonmatsu, R. (2013). A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open Journal of Psychiatry*, *3*(2), 214-222. doi: 10.4236/ojpsych.2013.32019

Kulu, M. ve Özsoy, F. (2021). Sağlık çalışanları dışı toplumsal örneklemde covid-19 anksiyete ve sağlık anksiyetesi düzeyleri. *Kocaeli Med, 10*(1), 112-117.

Leana-Taşçılar, M., Taşcılar, M. Z. L., Özyaprak, M., Güçyeter, Ş., Kanlı, E. ve Erdoğan, S. C. (2014). Üstün zekâli ve yetenekli çocuklarda mükemmeliyetçiliğin değerlendirilmesi. *HAYEF Journal of Education*, *11*(1), 31-45.

Lipowski, Z.J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application, *Am J Psychiatry 145*(11), 1358- 1368.

Looper, K. J. veKirmayer, L. J. (2001). Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological Medicine*, *31*(4), 577-584.

LoSavio, S. T., Cohen, L. H., Laurenceau, J. P., Dasch, K. B., Parrish, B. P. ve Park, C. L. (2011). Reports of stress-related growth from daily negative events. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *30*(7), 760-785.

Lyubomirsky, S., Tucker, K. L., Caldwell, N. D. ve Berg, K. (1999). Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal Of Personality And Social Psychology*, *77*(5), 1041-1060.

MacEvilly, C. (2001). The price of perfection. *Nutrition Bulletin, 26*(4), 275–276. doi:10.1046/j.1467-3010.2001.00182.x

Maghetti, A., Cicero, A. F. G., D'Ignazio, E., Vincenzi, M., Paolini, B., Lucchin, L. vd. (2015). Orthorexia prevalence among health care professionals involved in nutrition education: The ADI-O Study. *Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism*, *8*(2), 199-204.

Manav, A. N. (2023). *Yetişkinlerde Kendini Sabotaj: Mükemmelliyetçilik, Öz Eleştirel Ruminasyon ve Metakognitif İnançlarla İlişkisinin İncelenmesi*. (Yayın no.824153) [Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Marcus, D. K., Gurley, J. R., Marchi, M. M. ve Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: a systematic review. *Clinical psychology review, 27*(2), 127–139. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.003

Marcus, D. K., Hughes, K. T. ve Arnau, R. C. (2008). Health anxiety, rumination, and negative affect: A mediational analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*(5), 495-501.

Martin, L. L ve Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. In: R.S. Wyer (Eds.), *Advances in social cognition*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates

Martin, L. L., Shrira ve Startup, H. M. (2004). Rumination as a function of goal progress, stop rules, and cerebral lateralization. *Depressive rumination: nature, theory and treatment*, *1*, 3-19.

Martins, M. C. T., Alvarenga, M. D. S., Vargas, S. V. A., Sato, K. S. C. D. J. ve Scagliusi, F. B. (2011). Orthorexia nervosa: reflections about a new concept. *Revista de Nutrição*, *24*(2), 345-357.

Mathieu, J. (2005). What is orthorexia?. *Journal of the American Dietetic Association*, *105*(10), 1510-1512.

Matthews, G. ve Wells, A. (2003). Rumination, depression, and metacognition: The S-REF model. *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*, 125-151.

Melli, G. vd. (2014). Il ruolo della responsabilità ipertrofica nel disturbo d'ansia per la salute: un'indagine esplorativa. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, *20*(3).

Merriam-Webster. (t.y.). Ruminate. In *Merriam-Webster.com dictionary*. 11.05.2023 tarihinde https://www.merriam-webster.com/dictionary/ruminate adresinden erişilmiştir.

Mirzabeigi, A. R., Agha Mohammad Hasani, P., Sayadi, A. R., Safarian, M. ve Parand Afshar, S. (2021). Assessing health anxiety among healthcare providers of COVID-19 patients from March to May 2020, Rafsanjan County, Iran. *Journal of Occupational Health and Epidemiology*, *10*(1), 24-30.

Missbach, B. vd. (2015). When eating right, is measured wrong! A validation and critical examination of the ORTO-15 questionnaire in German. *PloS one*, *10*(8), e0135772.

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.

Muno, D. A. (2020). *Orthorexia nervosa as a distinct eating disorder category: Similarities in alexithymia, attachment, perfectionism, body dissatisfaction, & eating attitudes* (Doctoral dissertation, Alliant International University). 05.05.2023 tarihinde https://www.proquest.com/docview/2415734274 adresinden alındı.

Musaiger, A. O., Al-Mannai, M., Tayyem, R., Al-Lalla, O., Ali E., Kalam F, vd. (2012). Risk of disordered eating attitudes among adolescents in seven Arab countries by gender and obesity: A cross-cultural study. *Appetite, 60*, 162-167.

Muse, K., McManus, F., Hackmann, A., Williams, M. ve Williams, M. (2010). Intrusive imagery in severe health anxiety: Prevalence, nature and links with memories and maintenance cycles. *Behaviour research and therapy*, *48*(8), 792-798.

Mutlu, S. ve Yılmaz, E. (2023). COVID-19 Pandemisinde Cerrahi Alanda Çalışan Hemşirelerin Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri ile Aşı Olma Durumlarının Belirlenmesi. *TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, *3*(3), 306-318.

Nayır, D. (2023). *COVİD-19 pandemi döneminde hemşirelerde sağlık anksiyetesi ve siberkondri ilişkisinin incelenmesi*. (Yayın no.805635) [Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, M. I., Eisenberg, M. E. ve Loth, K. (2011). Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Journal of The American Dietetic Association*, *111*(7), 1004–1011.

Nolen-Hoeksema, S. veMorrow, J. (1991). A prospective study of depression and post-traumatic stress symptoms following a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(3), 115-121. doi:10.1037/0022-3514.61.1.115

Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychological bulletin, 101*(2), 259-282. doi:10.1037/0033-2909.101.2.259

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100(4), 569 582.* doi:10.1037/0021-843x.100.4.569

Nolen-Hoeksema, S. ve Davis, C. G. (1999). "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology, 77(4), 801–814.* doi:10.1037/0022-3514.77.4.801

Nolen-Hoeksema, S. ve Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition & emotion, 7*(6), 561-570.

Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E. ve Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of personality and social psychology*, *67*(1), 92. doi:10.1037/0022-3514.67.1.92

Novara, C., Pardini, S., Maggio, E., Mattioli, S. ve Piasentin, S. (2021). Orthorexia Nervosa: over concern or obsession about healthy food?. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-12.

Novara, C., Pardini, S., Visioli, F. ve Meda, N. (2022). Orthorexia nervosa and dieting in a non-clinical sample: a prospective study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-13.

Noyes, R. (1999). The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry 21,* 8–17.

Noyes, R., Stuart, S., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S. L., ve Yagla, S. J. (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics, 43*(4), 282–289. https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.4.282

Oberle, C. D., Watkins, R. S. ve Burkot, A. J. (2017a). Orthorexic eating behaviors related to exercise addiction and internal motivations in a sample of university students.

Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 23(1), 67–74. doi:10.1007/s40519-017-0470-1

Odacı Ş. (2021). *Sağlık personellerinde ortoreksiya nervoza sıklığı araştırması*. (Yayın no. 558631) [Yüksek Lisans Tezi, Dicle Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Orhan Özgül, Ö. ve Saatci, E. (2021). Health anxiety levels and healthy lifestyle behaviors of Cukurova University Medical Faculty Students. *Turkish Journal of Family Practice, 25*(3), 84-90.

Öcal, E. E., Ünsal, A., Demirtaş, Z., Emiral, G. Ö. ve Arslantas, D. (2020). Araştırma Görevlilerinde ortoreksiya nervoza ve sosyal görünüş kaygısının değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *5*(2), 49-59.

Özbaşaran, F., Çetinkaya, A. ve Güngör, N. (2004). Celal bayar üniversitesi sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlık davranışları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7*(3).

Özcan, M. (2021). *Obsesif inançlar, Üstbiliş ve yeme tutumlarının ortoreksiya nervoza eğilimi üzerindeki yordayıcı etkileri*. (Yayın no. 678635) [Yüksek Lisans Tezi, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Özdamar K. (2002). Paket Programlarla İstatistiksel Veri Analizi-1. 4. Baskı. Eskişehir: Kaan Kitabevi.

Özdin, S. ve Bayrak Özdin, Ş. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International journal of social psychiatry*, *66*(5), 504-511.

Özkan, A. N. vd. (2015). Evaluating orthorexia tendency among Trakya University medical school students. *Turkish Medical Student Journal*, *2*(1), 1-4.

Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American psychologist*, *39*(4), 386.

Palmieri, S. vd. (2021). Repetitive negative thinking and eating disorders: a meta-analysis of the role of worry and rumination. *Journal of clinical medicine*, *10*(11), 2448.

Peltzer, K., ve Pengpid, S. (2013). Subjective happiness and health behavior among a sample of university students in india. *Social Behavior and Personality, 41*(6), 869-880. https://doi.org/10.2224/sbp.2013.41.6.1045

Pengpid, S. ve Peltzer, K. (2018). Risk of disordered eating attitudes and its relation to mental health among university students in ASEAN. *Eating and Weight Disorders- Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23, 349-355. doi: 10.1007/s40519-018-0507-0

Pirinççi, L. N. (2009). *Lise öğrencilerinin mükemmeliyetçilik düzeyleri ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi.*(Yayın no.250421) [Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Poyraz, C. A. vd.(2015). Relationship between orthorexia and obsessive-compulsive symptoms in patients with generalised anxiety disorder, panic disorder, and obsessive compulsive disorder. *Yeni Symposium, 53,* 22 –26. doi:10.5455/NYS. 20156102321402652054 90

Quick, V. M. ve Byrd-Bredbenner, C. (2013). Disturbed eating behaviours and associated psychographic characteristics of college students. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 26*(Suppl. 1), 53–63.

Quick, V. M., McWilliams, R. veByrd-Bredbenner, C. (2012). Case–control study of disturbed eating behaviors and related psychographic characteristics in young adults with and without diet-related chronic health conditions. *Eating behaviors*, *13*(3), 207-213.

Rachman S. (2012). Health anxiety disorders: a cognitive construal. *Behaviour research and therapy, 50*(7-8), 502–512. https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.001

Ramacciotti, C. E. vd. (2011). Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-

15). *Eating and weight disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *16*, e127-e130.

Rask, C. U., Elberling, H., Skovgaard, A. M., Thomsen, P. H.ve Fink, P. (2012). Parental-reported health anxiety symptoms in 5-to 7-year-old children: the Copenhagen Child Cohort CCC 2000. *Psychosomatics*, *53*(1), 58-67.

Reiser, S. J., McMillan, K. A., Wright, K. D. ve Asmundson, G. J. (2014). Adverse childhood experiences and health anxiety in adulthood. *Child abuse & neglect*, *38*(3), 407–413. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.08.007

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. doi: 10.1007/s40519-018 0535-9

Ricarte, J. J., Ros, L., Latorre, J. M., ve Barry, T. J. (2020). Ruminative and mood associations for age differences in social and directive reasons to think and talk about life experiences. *PLoS ONE*, *15*(7 July). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235378

Rice, K. G. ve Dellwo, J. P. (2002). Perfectionism and self-development: Implications for college adjustment. *Journal of counseling & development*, *80*(2), 188-196.

Rice, K. G. ve Stuart, J. (2010). Differentiating adaptive and maladaptive perfectionism on the MMPI–2 and MIPS Revised. *Journal of personality assessment*, *92*(2), 158-167.

Rief, W., Hessel, A. ve Braehler, E. (2001). Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosomatic medicine*, *63*(4), 595-602.

Robinson, M. S. ve Alloy, L. B. (2003). Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study. *Cognitive Therapy and research*, *27*, 275-291.

Rubin, D. C. ve Schulkind, M. D. (1997). Distribution of important and word-cued autobiographical memories in 20-, 35-, and 70- year old adults. Psychology and Aging, 12(3), 524-535. doi: 10.1037/0882-7974.12.3.524

Rukmini, S., Sudhir, P. M. ve Math, S. B. (2014). Perfectionism, emotion regulation and their relationship to negative affect in patients with social phobia. *Indian journal of psychological medicine*, *36*(3), 239-245.

Salık, B. Ç. Ç. (2022). *Üniversite öğrencilerinde belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçiliğin ruminasyon düzeyleri ile ilişkisinin incelenmesi.* (Yayın no. 736423) [Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Salkovskis, P. M. ve Clark, D. M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, *15*(1), 23-48.

Salkovskis, P. M. ve Warwick, H. M. C. (1986). Case histories and shorter communications, *Behav. Res. Ther. 24*(5), 597-602.

Sapmaz, F. (2006). *Üniversite öğrencilerinin uyumlu ve uyumsuz mükemmeliyetçilik özelliklerinin psikolojik belirti düzeyleri açısından incelenmesi* . (Yayın no.186635) [Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Schrauf, R. W. ve Rubin, D. C. (1998). Bilingual autobiographical memory in older adult immigrants: A test of cognitive explanations of the reminiscence bump and the linguistic encoding of memories. *Journal of Memory and Language,* 39(3), 437-457. doi: 10.1006/jmla.1998.2585

Scott, C. I., Haycraft, E. ve Plateau. C. R. (2019). Team mate influences on the eating attitudes and behaviours of athletes: A systematic review. *Psychology of Sport & Exercise, 43*, 183- 194.

Segura-García, C., Papaianni, M. C., Caglioti, F., Procopio, L., Nisticò, C. G., Bombardiere, L. vd. (2012). Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered

behavior in athletes. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *17*, e226-e233.

Segura-Garcia, C., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloi, M., Caroleo, M., Bruni, A. vd. (2015). The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *20*, 161-166.

Slaney, R. B. ve Johnson, D. G. (1992). The almost perfect scale. *Unpublished manuscript, Pennsylvania State University*, 16802-3110.

Slaney, R. B., Mobley, M., Trippi, J., Ashby, J. S. ve Johnson, D. (1996). Almost Perfect Scale—Revised. *Assessment*.

Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J. ve Ashby, J. S. (2001). The revised almost perfect scale. *Measurement and evaluation in counseling and development*, *34*(3), 130-145.

Smith, J. M. ve Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: A Review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct, *Clinical Psychology Review*, 29(2), 116-128.

Smith, K. E., Mason, T. B. ve Lavender, J. M. (2018). Rumination and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 61*, 9-23. doi:10.1016/j.cpr.2018.03.004

Spasojević, J., Alloy, L. B., Abramson, L.Y., Maccoon, D. ve Robinson, M. S. (2004). *Reactive rumination: Outcomes, mechanisms, and developmental antecedents,* C. Papageorgiou, A. Wells (Ed.), Depressive rumination: Nature, theory and treatment içinde (s. 43-58). Chichester: Wiley.

Stoeber, J. ve Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and social psychology review*, *10*(4), 295-319.

Stutts, L. A. (2020). It's complicated: The relationship between orthorexia and weight/shape concerns, eating behaviors, and mood. *Eating Behaviors*, *39*, 101444.

Sunderland, M., Newby, J. M. ve Andrews, G. (2013). Health anxiety in australia: Prevalence, comorbidity, disability and service use, *The British Journal of Psychiatry, 202,* 56-61.

Sütterlin, S., Paap, M. C. S., Babic, S., Kübler, A., ve Vögele, C. (2012). Rumination and age: Some things get better. *Journal of Aging Research, 2012*. https://doi.org/10.1155/2012/267327

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. doi: 10.1080/03670244.2016.1150276

Şenormancı, Ö., Konkan, R., Güçlü, O., Şenormancı, G. ve Sungur, M. Z. (2013). Ruminatif yanıt biçimi ve fonksiyonel olmayan tutumların majör depresyonla ilişkisi. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, *26*(2), 239-247.

Şimşekoğlu, N. ve Mayda, A. S. (2016). Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *6*(1), 19-29.

Tanrıverdi, E. Ç. ve Nas, M. A. (2022). The role of obsessive-compulsive symptoms and gender in the frequency of orthorexia nervosa in medical students: A web-based, cross-sectional study.

Tatlı, M. (2022). *Birinci basamak sağlık çalışanlarında ortoreksiya nevroza prevalansi, risk faktörleri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki illişki*. (Yayın no. 558631) [Yüksek Lisans Tezi, Hitit Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/

Tatlıses, M. (2016). *Spor salonunda düzenli spor yapan kişilerin ortoreksiya nervoza belirtileri ile beden algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yayın no.441309) [Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Taylor, S. ve Asmundson, G.J.G. (2004). *Treating Health Anxiety A Cognitive-Behavioral Approach.* London The Guilford Press.

Treynor, W., Gonzalez, R. ve Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: a psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research, 27*(3), 247-259. doi:10.1023/A:1023910315561

Turner, P. G. ve Lefevre, C. E. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders, 22*, 277–284. doi:10. 1007/s40519-017- 0364-2.

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.

Tyrer, P., Cooper, S., Tyrer, H., Wang, D. ve Bassett, P. (2019). Increase in the prevalence of health anxiety in medical clinics: Possible cyberchondria. *International Journal of Social Psychiatry, 65*, 566–569.

Uçar, M., Sarp, Ü., Karaaslan, Ö., Gül, A. I., Tanik, N. ve Arik, H. O. (2015). Health anxiety and depression in patients with fibromyalgia syndrome. *Journal of International Medical Research, 43*(5), 679-685.

Uyanık, K. (2024). *Uterin fibroidi olan kadınlarda sağlık anksiyetesi ve yaşam kalitesi düzeylerinin incelenmesi.*(Yayın no. 862620) [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Valente, M., Syurina, E. V., Muftugil-Yalcin, S. ve Cesuroglu, T. (2020). "Keep yourself alive": From healthy eating to progression to orthorexia nervosa A mixed

methods study among young women in The Netherlands. *Ecology of Food and Nutrition, 59*(6), 578-597.

Warwick, H. M. ve Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour research and therapy, 28*(2), 105–117.

Waterman, L. Z. ve Weinman, J. A. (2014). Medical student syndrome: fact or fiction? A cross-sectional study. *JRSM open, 5*(2), 2042533313512480.

Watkins, E. R. ve Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy*, *127*, 103573.

Watkins. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin, 134*(2), 163-206. doi:10.1037/0033-2909.134.2.163

Wells, A. ve Hackmann, A. (1993). Imagery and core beliefs in health anxiety: Content and origins. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 21*(3), 265-273.

Wells, A. ve Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour research and therapy, 34*(11-12), 881-888.

Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Riemann, B. C. ve Hale, L. R. (2010a). The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, *48*(10), 949-954.

Wheaton, M. G., Berman, N. C., Franklin, J. C. ve Abramowitz, J. S. (2010b). Health anxiety: Latent structure and associations with anxiety-related psychological processes in a student sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32*, 565-574.

Wolfradt, U., Oemler, M., Braun, K. ve Klement, A. (2014). Health anxiety and habitual rumination: The mediating effect of serenity. *Personality and Individual Differences*, *71*, 130-134.

Yağmur, B. (2018). *Üniversite öğrencilerinde bağlanma stilleri, ruminasyon ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi*.(Yayın no. 558631) [Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Yalçın, E. (2021). *Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve covid-19 korkusu ilişkisinde sağlık anksiyetesi ve siberkondrinin aracı rolü*. (Yayın no. 558631) [Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Yannakoulia, M., Matalas, A. L., Yiannakouris, N., Papoutsakis, C., Passos, M. ve Klimis-Zacas, D. (2004). Disordered eating attitudes: an emerging health problem among Mediterranean adolescents. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 9*, 126-133.

Yayın, B. K. ve Ergun, C. C. (2023). Mediator Roles of Perfectionism and Self-Critical Rumination in the Relationship Between Perceived Maternal Rejection and Orthorexia: A Model Testing in a Female Sample. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *15*(Ek 1), 34-45.

Yazıcı, H. ve Ak, İ. (2008). Üniversite öğrencilerinden depresif belirtiler, kişisel sağlık davranışları ve sigara içme. *Anatolian Journal of Psychiatry, 9*, 224-231.

Yazkan, G. (2019). *Sağlık personellerinin ortoreksiya nevroza eğilimleri ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki pozitif prediktif değerin ilişkisi* . (Yayın no. 609506) [Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Yelekin, B. (2022). *Ortoreksiya nervoza ile ilişkili faktörlerin incelenmesi.* (Yayın no.781893) [Yüksek Lisans Tezi, Antalya Bilim Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Yeşil, E., Turhan, B., Tatan, D., Şarahman, C. ve Saka, M. (2018). Yetişkin bireylerde cinsiyetin ortoreksiya nervoza eğilimine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, *7*(1), 1-9.

Yıldırım, P. (2018). *Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza'nın obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkisi* . (Yayın no.529191) [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Yılmaz, Ö. ve Dirik, G. (2020). Yetişkinlerde sağlık kaygısı ile ilişkili değişkenlerin bilişsel davranışçı model kapsamında incelemesi, *Türk Psikoloji Dergisi, 35*(85), 21-36.

Yılmaz, P. A. E. (2015). Endişe ve ruminasyonun kaygı ve depresyon belirtileri üzerindeki rolü, *Türk Psikiyatri Dergisi, 26(*2), 107-115.

Zahid, M. F., Haque, A., Aslam, M., Aleem, N. A., Hussain, S., Fahad, H. vd (2016). Health-related anxiety and hypochondriacal concerns in medical students: a cross-sectional study from Pakistan. *Teaching and learning in medicine*, *28*(3), 252-259.

Zamora, M. L. C., Bonaechea, B. B., Sanchez, G. F. ve Rial, R. (2005). Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas Espanolas de Psiquiatria, 33*(1), 66-68.

Zengin, M. (2019). *Üniversite öğrencilerinde mükemmeliyetçilik, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve kaygı arasındaki ilişkiler.* (Yayın no.585412) [Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Zetsche, U., Ehring, T. ve Ehlers, A. (2009). The effects of rumination on mood and intrusive memories after exposure to traumatic material: An experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40*(4), 499-514. doi:10.1016/j.jbtep.2009.07.001

EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

‘’Sağlık çalışanlarındaki sağlık anksiyetesi ve ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkide mükemmeliyetçiliğin ve ruminasyonun düzenleyici rolü’’ adlı çalışma Kübra Kartal tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma sağlık anksiyetesi ve ortoreksiya nervoza ile ilgili bireysel farklılıkları inceleme amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra veri toplama formunu doldurmaya başlamış olsanız bile istemediğiniz takdirde çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Formu eksiksiz doldurup araştırmacıya vermiş olmanız/göndermeniz çalışmaya katılma konusunda gönüllü olduğunuz anlamına gelmektedir.

Sizden elde edilen tüm bu bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Araştırma sonuçları kimlik belirtecek herhangi bir isim ya da işaret içermeyecektir. Bu araştırmada sizinle ilgili tutulan tüm kayıtlar gizli kalacaktır.

Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıda iletişim bilgileri yer alan sorumlu araştırmacı Kübra Kartal ile çekinmeden iletişime geçebilirsiniz.

Çalışmamız için zaman ayırarak bilim dünyasına verdiğiniz katkı için teşekkürler...

Araştırma yürütücüsünün
Unvanı, Adı Soyadı: Kübra Kartal
E-posta adresi: ..

Çalışmaya Katılım Onayı:

- Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım.
- Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama bu yukarıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım.
- Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.
- Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

- Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.
- Aşağıda uygun yere katılımcının kendi el yazısı ile imzası atılacaktır.

Katılımcının imzası:	
Katılımcının adı ve soyadı:	
Tarih:	

(İsteğe Bağlı Doldurulacaktır)

Ek 2. Demografik Bilgi Formu

Bu tez çalışması kapsamında, sizinle ilgili bazı bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır. Lütfen aşağıdaki soruları cevaplandırınız.

Yaş: ____

Cinsiyet: □ Kadın □ Erkek □Belirtmek istemiyorum

Kendinizin (veya ailenizin) gelir düzeyi nedir?

□ Çok iyi □ İyi □ Orta □ Düşük □ Çok düşük

Eğitim:

□ İlkokul/Ortaokul □ Lise □ Lisans □ Yüksek Lisans □ Doktora**:**

Meslek:

Sağlık çalışanı iseniz branşınızı/çalıştığınız birimi belirtiniz:

Tanısı konmuş herhangi bir psikolojik\psikiyatrik rahatsızlığınız var mı? (Bir sonraki soruda ne olduğunu açıklayınız)

□ Hayır □ Evet

Tanıyı belirtiniz:____

Tanısı konmuş herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı? (Bir sonraki soruda ne olduğunu açıklayınız)

□ Hayır □ Evet

Tanıyı belirtiniz:___

Ek 3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

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) Sağlığımla ilgili endişelenmem.

(b) Sağlığımla ilgili nadiren endişelenirim.

(c) Sağlığımla ilgili çok sık endişelenirim.

(d) Sağlığımla 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 hiç bir 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 hissedersem nadiren ne olduğunu merak

ederim.

(b) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersem çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.

(c) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersem her zaman ne olduğunu merak ederim.

(d) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersem 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 düşünmekte çoğunlukla zorlanırım.

(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte 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 4. ORTO-11

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
1- Son üç ay içerisinde tükettiğiniz besinleri düşünmek endişelenmenize neden oldu mu?				
2- Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?				
3- Yiyeceklerinizin sağlıklı olması sizin için lezzetinden daha mı önemlidir?				
4- Daha sağlıklı besinlere daha fazla para harcar mısınız?				
5- Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?				
6- Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?				
7- Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?				
8- Sağlıklı beslenmek yaşam tarzınızı değiştirir mi? (dışarıda yeme, arkadaşlarla yemek gibi)				
9- Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?				
10- Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hisseder misiniz?				
11- Süpermarketlerde sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?				

Ek.5. APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği

YÖNERGE: Aşağıdaki maddeler insanların kendilerine, performanslarına ve diğer insanlara karşı tutumlarını ölçmek için hazırlanmıştır. Doğru ya da yanlış cevap diye bir şey yoktur. Lütfen tüm maddeleri yanıtlayınız. Maddeler üzerinde çok fazla zaman kaybetmeden, aklınıza ilk gelen ve sizin içindoğru cevabı veriniz. Hermaddeyle ilgili düşüncelerinizi ve her maddeye ne kadar oranda katıldığınızı yandaki ifadelerden yararlanarak rakamların bulunduğu ilgili bölüme işaretleyiniz. Lütfen her madde için tek seçenek kullanınız. **TEŞEKKÜRLER**	Tamamen **Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	Kısmen **Katılmıyorum**	Bir Fikrim Yok	Kısmen Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum

1	İşyerindeki yada okuldaki performansıma ilişkin standartlarım yüksektir.	1	2	3	4	5	6	7
2	**Düzenli bir insanım.**	1	2	3	4	5	6	7
3	Hedeflerime ulaşamadığım için çoğu kez hayal kırıklığı yaşarım.	1	2	3	4	5	6	7
4	**Tertip(düzen) benim için önemlidir.**	1	2	3	4	5	6	7
5	Eğer kendinizden daha fazlasını beklemezseniz asla başarılı olamazsınız.	1	2	3	4	5	6	7
6	**En iyi yaptığım şeyler bile hiçbir zaman bana yeterli görünmez.**	1	2	3	4	5	6	7
7	Her eşya yerli yerine konmalıdır.	1	2	3	4	5	6	7
8	**Kendimden beklentilerim yüksektir.**	1	2	3	4	5	6	7
9	Yüksek standartlarıma nadiren ulaşırım.	1	2	3	4	5	6	7
10	**Her zaman düzenli ve disiplinli olmayı isterim.**	1	2	3	4	5	6	7
11	Elimden gelenin en iyisini yapmam benim için asla yeterli değildir.	1	2	3	4	5	6	7
12	**Kendim için çok yüksek standartlar koyarım.**	1	2	3	4	5	6	7
13	Başarılarımdan asla tatmin olmam.	1	2	3	4	5	6	7
14	**Kendimden en iyisini beklerim.**	1	2	3	4	5	6	7

15	Beklentilerimi karşılayamama düşüncesi çoğu kez beni endişelendirir.	1	2	3	4	5	6	7
16	**Gösterdiğim performansla nadiren standartlarıma ulaşırım.**	1	2	3	4	5	6	7
17	Yapabildiğimin en iyisini yaptığımı bilsem bile tatmin olmam.	1	2	3	4	5	6	7
18	**Yaptığım her şeyin en iyisini yapmaya çalışırım.**	1	2	3	4	5	6	7
19	Performansım için koyduğum yüksek standartları nadiren karşılayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
20	**Performansımdan neredeyse hiç tatmin olmam**	1	2	3	4	5	6	7
21	Yaptığım şeyin yeterince iyi olduğunu nadiren düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
22	**Mükemmeliyeti (mükemmeli) elde etmek için çok fazla çabalama ihtiyacı hissederim.**	1	2	3	4	5	6	7
23	Bir işi tamamladığımda genellikle hayal kırıklığı duyarım,çünkü daha iyisini yapabileceğimi bilirim.	1	2	3	4	5	6	7

Ek 6. Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği

Aşağıdaki her bir madde için, ifadelerin sizi ne kadar tarif ettiğini cümlelerin başındaki boşluğa yazınız.

1 2 3 4 5 6 7
(Hiç) (çok iyi)

1. ____Zihnimin sürekli bazı şeyleri tekrar tekrar gözden geçirdiğini fark ederim.

2. ____Bir sorunum olduğunda bu durum uzun süre zihnimi kemirir.

3. ____Gün boyu bazı düşüncelerin tekrar tekrar zihnime üşüştüğünü fark ederim.

4. ____Bazı şeyleri sürekli düşünmekten kendimi alamam.

5. ____Birileriyle karşılaşma öncesinde olabilecek bütün senaryoları ve konuşmaları zihnimde canlandırırım.

6. ____Önceden yaşadığım hoşuma giden olayları hayalimde tekrar canlandırmaya yatkınımdır.

7. ____Kendimi, gün içerisinde "Keşke yapsaydım" dediğim şeyleri hayal ederken bulurum.

8. ____Kötü geçtiğini düşündüğüm bir görüşme sonrasında, "keşke şöyle davransaydım" dediğim farklı senaryolar hayal

ederim.

9. ____Karmaşık bir problemi çözmeye çalışırken çözüme ulaşmak yerine problemin başına döndüğümü fark ederim.

10. ____Yaklaşan önemli bir olay varsa, bu durumu o kadar çok düşünürüm ki sonunda sinirli ve mutsuz bir hale gelirim.

11. ____İstenmeyen düşünceleri zihnimden bir türlü atamam.

12. ____Bir problem hakkında saatlerce düşünsem de sorunu açıkça anlamak için biraz daha zamana ihtiyaç duyarım.

13. ____Hakkında ne kadar düşünürsem düşüneyim, bazı sorunlarla ilgili net bir çözüme ulaşmam benim için çok zordur.

14. ____Bazen bir şeyler hakkında saatlerce oturup düşündüğüm olur.

15. ____Bir meseleyi çözmeye çalışırken, zihnimde farklı noktalara dağılan uzun bir tartışma yaşar gibi olurum.

16. ____Oturup geçmişteki güzel olayları hatırlamak hoşuma gider.

17. ____Heyecan verici bir olayı beklerken, bu olay ile alakalı düşünceler, o anda yaptığım işi engeller.

18. ____Bazen, bir konuşma sırasında bile, alâkasız düşüncelerin zihnime hücum ettiği olur.

19. ____Yakın zamanda önemli bir görüşme yapacaksam, zihnimde sürekli olarak bunu tekrar etme eğilimim vardır.

20. ____Önemli bir olay yaklaşıyorsa bununla ilgili düşünmekten kendimi alamam.

Ek 7. Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Kararı

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ÖZ GEÇMİŞ

Kübra KARTAL

Eğitim

Derece	Yıl	Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı
Yüksek Lisans Klinik Psikoloji	2021-2024	Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü,
Lisans	2016-2020	İstanbul Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji

Staj

Yıl	Görev
2022-2023	Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Psikoloji Stajyeri