

**T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**ÖLÜM ANKSİYETESİ İLE ORTOREKSİYA NERVOZA EĞİLİMİ
ARASINDAKİ İLİŞKİDE MÜKEMMELİYETÇİLİĞİN VE BENLİK
SAYGISININ ARACI DEĞİŞKEN ROLÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Orkun KARABATAK

**Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji**

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Kader BAHAYİ

İSTANBUL - 2022

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**ÖLÜM ANKSİYETESİ İLE ORTOREKSİYA NERVOZA EĞİLİMİ
ARASINDAKİ İLİŞKİDE MÜKEMMELİYETÇİLİĞİN VE BENLİK
SAYGISININ ARACI DEĞİŞKEN ROLÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Orkun KARABATAK

Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji

“Bu tez ___/___/20___ tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Orkun KARABATAK

31.08.2022



İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ	ii
ŞEKİL LİSTESİ	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: KURAMSAL ÇERÇEVE VE TERİMLERİN TANIMI	7
1.1. Yeme Bozukluklarının Tanımı ve Tarihçesi	7
1.2. Yeme Bozuklukları	7
1.2.1. Anoreksiya Nervosa	7
1.2.2. Bulimia Nervosa	8
1.2.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	8
1.2.4. Pika	9
1.2.5. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu	9
1.2.6. Kaçınan -Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu	10
1.3. Yeme Bozukluklarının Kuramsal Arka Planı	10
1.3.1. Psikanalitik Teori	10
1.3.2. Bağlanma Teorisi	12
1.3.3. Bilişsel Davranışçı Teori (BDT)	13
1.3.4. Öz Şefkat Yaklaşımı	15
1.3.5. Evrimsel Teoriler	16
BÖLÜM 2: ORTOREKSİYA NERVOZA	17
2.1. Ortoreksiya Nervosa'nın Tanımı ve Tarihçesi	17
2.2. Ortoreksiya Nervosa ve Diğer Psikopatolojilerle İlişkisi	18
2.3. Ortoreksiya Nervosa'yı Etkileyen Faktörler	20
2.3.1. Kişilik Özellikleri	20
2.3.2. Sosyo-Kültürel Faktörler	20
2.3.3. Psikolojik Faktörler	21
2.4. Sosyo-Demografik Özellikler	22
2.5. Ölüm Anksiyetesi	22

2.5.1. Ölüm Anksiyetesi ve Benlik Saygısı Teorileri	22
2.5.2. Psikanalitik Yaklaşım	22
2.5.3. Hümanist Yaklaşımlar	23
2.5.3.1. Tam İşlevsel İnsan Teorisi	24
2.5.4. Victor Emil Frankl'ın Anlam Arayışı Modeli	24
2.5.5. Yaşam Şeması Modeli	25
2.5.6. Kişisel Yapı Teorisi	26
2.5.7. Eklektik Model	27
2.6. Ölüm Anksiyetesi ve Pozitiflik Yanılsamasıyla İlgili Teoriler	27
2.7. Ölüm Anksiyetesinin İki Faktör Modeli	28
2.8. Dehşet Yönetimi Kuramı.....	28
2.9. Dehşet Yönetimi Kuramı ve Psikopatoloji.....	30
2.10. Ortoreksiya'nın Tedavisine Yönelik Yaklaşımlar.....	34
2.10.1. Psikofarmakoloji Yaklaşımı	34
2.10.2. Bilişsel Davranışçı Terapi Yaklaşımları	34
BÖLÜM 3: YÖNTEM	36
3.1. Araştırmanın Aracı Değişken Modeli	36
3.2. Evren ve Örneklem.....	37
3.3. Veri toplama araçları	37
3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	38
3.3.2. Türkçe Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (TDAS)	38
3.3.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RSES)	39
3.3.4. Neredeyse Mükemmel Ölçeği (APS-R)	39
3.3.5. ORTO-11	40
3.4. İşlemler	41
3.5. Verilerin Analizi.....	41
BÖLÜM 4: BULGULAR.....	43
4.1. Demografik Değişkenlere Göre Dağılım	43
4.2. Katılımcıların Yaşlarına Ait Tanımlayıcı Değerler	43
4.3. Katılımcıların Boy ve Kilolarına Ait Tanımlayıcı Değerler	44
4.4. Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Tanımlayıcı Değerleri	44

4.5. Psikolojik Yardım Alma Durumuna Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması.....	45
4.6. Sağlık Durumuna Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği,Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması	46
4.7. Eğitim Durumuna Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması.....	46
4.8. Medeni Duruma Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması.....	50
4.9. Düzenli İlaç Kullanma Durumuna Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması.....	53
4.10. Cinsiyete Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması	54
4.11. Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin İlişkileri	55
4.12. Ölüm Kaygısı Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Yaş ile İlişkisine Ait Bulgular	57
4.13. Ölüm anksiyetesi ölçeği'nin Orto-11 Ölçeğini Yordamasına İlişkin Sonuçlar..	57
4.14. Rosenberg Benlik Saygısının Orto-11 ölçeğini Yordamasına İlişkin Sonuçlar .	58
4.15. Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Orto-11 Ölçeği'ni Yordamasında Uyuşmazlığın Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar	58
4.16. Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Orto-11 Ölçeği'ni Yordamasında Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar	59
4.17. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Orto-11 Ölçeği'ni Yordamasında Uyuşmazlığın Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar	60
BÖLÜM 5: TARTIŞMA.....	61
5.1. Psikolojik Yardım Alma ve Almama Durumuna Göre Ölüm Anksiyetesi, Benlik Saygısı, Mükemmeliyetçilik ve ON Eğilimi ile İlişkili Bulguların Tartışılması	61
5.2. Kişilerin Tıbbi Sorunlarına Yönelik Tedavi Alıp Almama Durumlarına Göre Ölüm Anksiyetesi, Benlik Saygısı, Mükemmeliyetçilik ve ON Eğilimi ile İlişkili Bulguların Tartışılması.....	63

5.3. Eğitim Durumu, Medeni Durum, İlaç Kullanım Durumu ve Cinsiyete Göre Ölüm Anksiyetesi, Benlik Saygısı, Mükemmeliyetçilik İle ON Eğilimi İle İlişkili Bulguların Tartışılması	65
5.4. Ölüm Anksiyetesi, Benlik Saygısı, Mükemmeliyetçilik ve ON Eğilimi Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulguların Tartışılması	65
5.5. Ölüm Anksiyetesi, Benlik Saygısı, Mükemmeliyetçilik ve ON Eğilimi İle Yaş Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulguların Tartışılması	66
5.6. Ölüm Anksiyetesinin ON Eğilimini Yordaması İle İlgili Bulguların Tartışılması	66
5.7. Benlik Saygısının ON Eğilimini Yordaması İle İlgili Bulguların Tartışılması	68
5.8. Ölüm Anksiyetesi ile ON Arasındaki İlişkide Mükemmeliyetçiliğin Uyumsuzluk Alt Boyutunun Aracı Değişken Rolünün Tartışılması	69
5.9. Ölüm Anksiyetesi ile ON Eğilimi Arasındaki İlişkide Benlik Saygısının Aracı Değişken Rolünün Tartışılması	70
5.9.1. Benlik Saygısı ile ON Eğilimi Arasındaki İlişkide Mükemmeliyetçiliğin Uyumsuzluk Alt Boyutunun Aracı Değişken Rolünün Tartışılması	71
5.10. Gelecek Araştırmalar İçin Öneriler	72
SONUÇ	74
KAYNAKÇA	76
EKLER	98
ÖZ GEÇMİŞ	104

KISALTMALAR

AN	: Anoreksiya Nervoza
APA	: Amerikan Psikoloji Birliği
APS-R	: Neredeyse Mükemmel Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BN	: Bulimia Nervoza
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
ON	: Ortoreksiya Nervoza
RSES	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
TDAS	: Türkçe Ölüm Anksiyetesi Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'ne İlişkin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	41
Tablo 2: Korelasyon Katsayısı İçin Değer Aralıkları (BüyüközTürkçe, 2011)	42
Tablo 3: Demografik Değişkenlere Göre Dağılım	43
Tablo 4: Katılımcıların Yaşlarına Ait Tanımlayıcı Değerler	43
Tablo 5: Katılımcıların Boy ve Kilolarına Ait Tanımlayıcı Değerler	44
Tablo 6: Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Tanımlayıcı Değerleri	44
Tablo 7: Psikolojik Yardım Alma Durumuna Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması	45
Tablo 8: Sağlık Durumuna Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması	46
Tablo 9: Eğitim Durumuna Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması	48
Tablo 10 : Eğitim Durumuna Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'e İlişkin Tukey Testi Bulguları	49
Tablo 11: Medeni Duruma Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması	52
Tablo 12 : Medeni Duruma Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'e İlişkin Tukey ve Games-Howell Testi Bulguları	52
Tablo 13: Düzenli İlaç Kullanma Durumuna Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması	54
Tablo 14: Cinsiyete Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması	55

Tablo 15: Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin İlişkileri.....	57
Tablo 16: Ölüm Kaygısı Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Yaş ile İlişkisine Ait Bulgular.....	57
Tablo 17 : Ölüm anksiyetesi ölçeği'nin Orto-11 Ölçeğini Yordamasına İlişkin Sonuçlar Tablo . Ölüm Kaygısının Ortoreksiyayı Yordamasına İlişkin Bulgular.....	58
Tablo 18: Rosenberg Benlik Saygısının Orto-11 ölçeğini Yordamasına İlişkin Sonuçlar.....	58
Tablo 19: Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Orto-11 Ölçeği'ni Yordamasında Uyuşmazlığın Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar.....	59
Tablo 20 : Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Orto-11 Ölçeği'ni Yordamasında Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar	60
Tablo 21: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Orto-11 Ölçeği'ni Yordamasında Uyuşmazlığın Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar.....	60

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 1:** Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Orto-11 Ölçeği'ni Yordamasında Uyuşmazlığın Aracı Rolüne İlişkin Model.36
- Şekil 2:** Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Orto-11 Ölçeği'ni Yordamasında Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Aracı Rolüne İlişkin Model.36
- Şekil 3:** Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Orto-11 Ölçeği'ni Yordamasında Uyuşmazlığın Aracı Rolüne İlişkin Model.37



ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü- Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: Ölüm Anksiyetesi ve Ortoreksiya Nervoza Eğilimi Arasındaki İlişkide Mükemmeliyetçiliğin ve Benlik Saygısının Aracı Değişken Rolü	
Tezin Yazarı: Orkun KARABATAK	Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Kader BAHAYİ
Kabul Tarihi: 31.08.2022	Sayfa Sayısı: vi (ön kısım) 97 (tez) 6 (ek)
Ana Bilim Dalı: Psikoloji	Bilim Dalı: Klinik Psikoloji
Bu araştırmanın amacı, ölüm anksiyetesi, ortoreksiya nervoza eğilimi, mükemmeliyetçilik ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu çalışmada kolayda örnekleme yöntemiyle 716 kişiye(443 Kadın 273 Erkek) ulaşılmıştır.Araştırma niceliksel yöntemle yapılmıştır.Araştırma konusu ile ilgili değişkenleri ölçmek için Sosyodemografik Bilgi Formu, Türkçe Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (TDAS), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RSES), Neredeyse Mükemmel Ölçeği-R (APS-R) ve Orto-11 Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda ölüm anksiyetesi, benlik saygısı, mükemmeliyetçiliğin uyumsuzluk alt boyutu ile ortoreksiya nervoza eğilimi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu çalışmada ölüm anksiyetesi ile ortoreksiya nervoza eğilimi arasındaki ilişkide benlik saygısının aracı değişken rolü, ölüm anksiyetesi ile ortoreksiya nervoza eğilimi arasındaki ilişkide mükemmeliyetçiliğin uyumsuzluk alt boyutunun aracı değişken rolü ve benlik saygısı ile ortoreksiya nervoza eğilimi arasındaki ilişkide mükemmeliyetçiliğin uyumsuzluk alt boyutunun aracı değişken rolü olmak üzere üç aracılık ilişkisi PROCESS 3.5 Makros analizi ile test edilmiştir. Üç aracı değişken analizi de istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Araştırmanın sonucuna göre üç aracılık ilişkisi toplamda varyans değişimin sırasıyla %4'ünü, %5'ini ve %4'ünü açıklamaktadır. Bu çalışmada elde edilen bulgular literatürdeki diğer araştırmalar ışığında tutarlılıkları ve sınırlılıkları ile birlikte tartışılmış ve gelecek araştırmalar için önerilerde bulunulmuştur.	
Anahtar Kelimeler: Ölüm Anksiyetesi, Ortoreksiya Nervoza Eğilimi, Mükemmeliyetçilik, Benlik Saygısı	

ABSTRACT

İstanbul Kent University, Institute of Graduate Education - Abstract of Master's Thesis

Title of the Thesis: The Mediation Variable Role of Perfectionism and Self-Esteem in The Relationship Between Death Anxiety and Orthorexia Nervosa Tendency	
Author: Orkun KARABATAK	Supervisor: Assist. Prof. Kader BAHAYI
Date: 31.08.2022	Nu. of pages: vi (pretext) 97 (main body) 6 (App.)
Department: Psychology	Subfield: Clinical Psychology
The purpose of recent study targeted to research is the relationship between Perfectionism, death anxiety, orthorexia nervosa tendency and self-esteem. The study sample react 716 adults(443 Women 273 Man) by using convenience sampling method. Quantitative method was used during the research. To assess all the aforementioned variables; a Sociodemographic Information Form, Turkish Death Anxiety Scale (TDAS), Rosenberg Self-esteem Scale, Almost Perfect Scale-Revised (APS-R) and ORTO-11 Scale utilized as data collection tools. The research findings illustrated significant correlational relationships between self-esteem, death anxiety, orthorexia nervosa tendency and discrepancy subtype of perfectionism. In this present study three mediation relationships including the mediation variable role of self-esteem in the relationship between death anxiety and orthorexia nervosa tendency, the mediation variable role of the discrepancy subtype in the relationship between death anxiety and orthorexia nervosa tendency and the mediation variable role of discrepancy subtype in the relationship between self-esteem and orthorexia nervosa tendency, were investigated by using PROCESS 3.5 Makro analysis. All three of the mediation analysis were found statistically significant. The result of the present study showed that three mediation relationship explained %4, %5 and %4 of movement in the variation respectively. The results which were consistent with the other studies in literature, suggestions for future research and limitations of the study were discussed thoroughly.	
Keywords: Perfectionism,Self-esteem,Death Anxiety ,Orthorexia Nervosa Tendency	

GİRİŞ

Araştırmanın Sorunsalı

Ölüm anksiyetesinin ilk tanımının Tolstoy'un İvan İlyiç'in Ölümü adlı kitabındaki gibi kişinin kendi ölümünün kaçınılmaz olduğunun farkında olduğu durumda yaşanan dehşet olarak görülmektedir (Lehto, 2009). Ölümün kaçınılmazlığının farkındalığından duyulan ölüm anksiyetesi ise psikoloji alanında Abdel-Khalek'in ölüm anksiyetesi ölçeği ile ölçülebilir hâle getirilmiştir. Ölüm anksiyetesinin yukarıdaki tanımıyla ilgili olarak da deneysel araştırmalarda Dehşet Yönetimi Kuramı çerçevesinde "ölüm kesiti" görevleri verilerek katılımcıların çeşitli yollarla kendi ölümlerini düşünmelerinin sağlanması şeklinde kendini göstermektedir (Yetzer, 2018). Ölüm anksiyetesi kavramı zamanla farklı kuramsal yaklaşımlarla ele alınmaya devam edilmiştir. Bilişsel açıdan ise kendilik inşası teorisi, ölüm anksiyetesini kişinin dünya ve kendi ile ilgili merkezî özelliklerdeki bilişsel yapılarındaki radikal değişim anlamına geldiğini ifade eder (Kelly, 1963). Ölüm anksiyetesi, psikososyal gelişim açısından ise kişinin hayatının son aşamasında geriye dönüp baktığında kendi hayatını anlamlı bir şekilde yaşayamadığı sonucuna vardığı andaki duygusudur (Erikson, 1997, s. 70). Kişinin geçmiş hayatıyla barışması, logo terapide de ölüm anksiyetesine karşı vurgulanan bir baş etme yöntemidir (Frankl, 2019, s. 132). Yukarıdaki yaklaşımlar ölüm anksiyetesinin bilişsel, psikososyal, bilinç düzeyinde olma veya bilinç düzeyinde olmama şeklinde birçok birleşeni olduğunu göstermektedir. Ölüm anksiyetesi tek bir boyuttan oluşmak yerine kişinin sevdiklerinin ve kendisinin ölümü, ölümün belirsizliği, ölümün yalnızlığı veya ölümle karşı karşıya gelme gibi birçok alt boyuttan oluşur. Bu açıdan ölümün belirsizliği alt boyutu, özellikle ölümün kaçınılmazlığının farkında olmak anlamındaki ölüm anksiyetesi tanımı çerçevesinde bu araştırmada kullanılmıştır.

Benlik saygısı, kişinin kendi hakkında yaptığı değerlendirme ve takındığı tutumudur (James, 1890, s. 193). Durumsal benlik saygısı ve kişilik özelliği olarak benlik saygısı şeklinde iki farklı yaklaşım bulunmaktadır. Durumsal benlik saygısı, kişinin belirli bir zaman aralığında kendisi hakkındaki hisleriyken kişilik özelliği şeklindeki benlik saygısı ise kişinin genel olarak kendi hakkındaki hisleridir (Tangney, 2012). Benlik saygısının ölçülmesinde kullanılan benlik saygısı ölçekleri ise genellikle kişilik

özelliği olarak benlik saygısını ölçmektedir. Benlik saygısı bu anlamda duygu, düşünce ve davranış boyutlarıyla ölçülmektedir. Bunun yanı sıra işlevsellik yaklaşımıyla da değerlendirilmektedir. Bir takım evrimsel yaklaşım için işlevsel bir araçken (Pyszczynski, 2004) .Öz-şefkat yaklaşımına göre benlik saygısı, kişinin kendi hayatındaki belli standartların karşılanmasına bağlı olduğu için kişinin ileride bu standartları karşılayamadığı durumda psikolojik bir baskı hissetmesi anlamına geleceğinden her zaman işlevsel değildir (Neff, 2011). Benlik saygısının işlevsel olduğu düşüncesi ise sosyal psikolojide kişinin benlik saygısını artırmaya yönelik bir motivasyonu olduğu varsayımına dayanmaktadır. Bu açıdan benlik saygısı teorisi, kişinin kendisi hakkındaki bilgilerin tutarlılığının önemini savunan benlik doğrulama teorilerinden farklıdır (Jones, 1973). Benlik saygısını sadece birey düzeyinde değil kültürel bir inşa olarak gören Dehşet Yönetimi Teorisi de bulunmaktadır (Greenberg, 1997). Benlik saygısı, bireysel bir durum olmanın yanı sıra sosyal etkenleri de kapsayan bir boyuta da sahiptir. Benlik saygısı sosyal açıdan kabul edilme veya reddedilmeden etkilenebilir. Bu araştırmada kullanılan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ise kişilik özelliği olarak benlik saygısını değerlendirmektedir. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, benlik saygısını tek boyutlu ve belirli alanlara özgü değil küresel bir kavram olarak görmektedir.

Mükemmeliyetçilik kavramı, ilk başta kişinin kendisine yönelik gerçekçi olmayan ve çok yüksek standartlar koyup bunlara ulaşmaya yönelik çaba göstermesi olarak tanımlanmıştır (Frost, Marten, Lahart ve Rosenblate, 1990). Yukarıdaki tanımdan da anlaşılabilceği gibi mükemmeliyetçilik başta tek boyutlu ve patolojik olarak görülmüştür. Mükemmeliyetçilik kavramının çok boyutlu olduğu ve patolojik olmak zorunda olmadığı da daha sonradan ileri sürülmüştür. Bu açıdan mükemmeliyetçilik kavramı nevrotik mükemmeliyetçilik ve normal mükemmeliyetçilik olarak iki boyuta ayrılmıştır (Hamachek , 1978). Mükemmeliyetçiliğin patolojik olmadığı, bazı durumlarda işlevsel olduğu da ileri sürülmüştür (Sirois, 2015). İşlevsellik boyutunda ise mükemmeliyetçiliğin aynı kişi için zamanla işlevsel ve işlevsel olmayan arasında bir süreklilik gösterdiği hipotezi ortaya atılmıştır (Trumpeter, 2006). Bu çalışmada kullanılan mükemmeliyetçilik testinde ise üç faktörü temel alarak mükemmeliyetçilik ölçülmektedir. Bu faktörler ise yüksek standartlar, düzen ve uyumsuzluktur. Bu araştırmada kullanılan mükemmeliyetçilik ölçeği, işlevsel ve işlevsel olmayan mükemmeliyetçilik olarak iki boyuta ayrılmıştır. Yüksek standartlar ve düzen faktörleri

işlevsel mükemmeliyetçilik boyutunun altında değerlendirilirken uyumsuzluk faktörü işlevsel olmayan mükemmeliyetçilik alt boyutunda değerlendirilmektedir(Saney, 2002).

ON(Ortoreksiya Nervosa) tanımı Steven Bratman tarafından ortaya konulmuştur. ON Yunancadaki ortho (doğru) ve orexi (beslenme) kelimelerinin birleşiminden oluşmaktadır. ON, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında (DSM-5) yer alan bir psikopatoloji değildir. ON, sağlıklı beslenme takıntısı anlamına gelmektedir. ON kavramı zamanla Sağlıklı ON ve Psikopatolojik ON olmak üzere iki boyutlu bir kavram hâline gelmiştir. Sağlıklı ON kişinin kimliğinin bir parçası olarak sağlıklı beslenmeye yönelik duyduğu bir ilgidir (Barthels, 2019). Bu çalışmada ON yalnızca psikopatoloji boyutuyla ele alınmıştır.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın ana amacı, ölüm anksiyesi ile ON arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu iki değişken arasındaki ilişki ise mükemmeliyetçilik ve benlik saygısı değişkenleri üzerinden incelenmektedir. Bununla beraber benlik saygısı ve mükemmeliyetçilik kavramlarının ölüm anksiyesi ile ilişkilerine yönelik de bilgi sağlanması amaçlanmıştır.

Araştırmanın Katkısı

İngilizce ve Türkçe literatürün taranması sonucunda görüldüğü üzere ölüm anksiyesinin yeme bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ile ilişkisini araştıran çalışmalar mevcuttur. Bu araştırma ise ON ile ölüm anksiyesi arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmadır. Bu araştırmanın diğer bir özelliği ise mükemmeliyetçilik ve ölüm anksiyesi ile ilgili bu tarz araştırmalar genellikle bireyci kültüre sahip örneklemde yapılmıştır bu araştırma ise daha çok toplulukçu kültüre sahip bir örneklem üzerinde yapılmıştır.

ON'nın tedavisine yönelik Bilişsel Davranışçı Terapi Ekolü'nün yüzleştirme ve tepki önleme gibi yöntemlerinin işe yaradığını gösteren bir vaka çalışması bulunmak ile birlikte bu değişimin bilişsel açıdan nasıl olduğunu açıklayabilecek çok az çalışma bulunmaktadır. Bu açıdan bilişsel ve duygusal değişkenler ile ON arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların klinik uygulamalar için önemli bilgiler sağlayabileceği de

düşünülmektedir. Özellikle de Bilişsel Davranışçı Terapi alan, yeme bozukluğu hastalarında BDT sonrası ON eğiliminin arttığını gösteren bir prevalans çalışması ile bu araştırma ve benzerlerinin ileride Ortoreksiya'ya özgü tedavi protokollerinin geliştirilmesi için önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırma Soruları

Bu araştırma için cevabı aranan sorular aşağıda belirtilmiştir:

1. Psikolojik yardım alma ve almama durumuna göre ölüm anksiyetesi, benlik saygısı, mükemmeliyetçilik ve ON eğilimi arasında fark var mıdır?
2. Kişilerin tıbbi sorunlarına yönelik tedavi alıp almama durumlarına göre ölüm anksiyetesi, benlik saygısı, mükemmeliyetçilik ile ON eğilimi arasında fark var mıdır?
3. Eğitim durumu, medeni durum, ilaç kullanım durumu ve cinsiyete göre ölüm anksiyetesi, benlik saygısı, mükemmeliyetçilik ile ON eğilimi arasında fark var mıdır?
4. Ölüm anksiyetesi, benlik saygısı, mükemmeliyetçilik ve ON eğilimi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
5. Ölüm anksiyetesi, benlik saygısı, mükemmeliyetçilik ve ON eğilimi ile yaş arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
6. Ölüm anksiyetesi ON eğilimini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordama tamıdır?
7. Benlik saygısı ON eğilimini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordama tamıdır?
8. Ölüm anksiyetesi ile ON arasındaki ilişkide mükemmeliyetçiliğin uyumsuzluk alt boyutunun aracı değişken rolü var mıdır?
9. Ölüm anksiyetesi ile ON eğilimi arasındaki ilişkide benlik saygısının aracı değişken rolü var mıdır?
10. Benlik saygısı ile ON eğilimi arasındaki ilişkide mükemmeliyetçiliğin uyumsuzluk alt boyutunun aracı değişken rolü var mıdır?

Araştırmanın Olası Cevapları

H1) Psikolojik yardım alma ve almama durumuna göre ölüm anksiyetesi, benlik saygısı, mükemmeliyetçilik ve ON eğilimi arasında fark vardır.

H2) Kişilerin tıbbi sorunlarına yönelik tedavi alıp almama durumlarına göre ölüm anksiyetesi, benlik saygısı, mükemmeliyetçilik ile ON eğilimi arasında fark vardır.

H3) Eğitim durumu, medeni durum, ilaç kullanım durumu ve cinsiyete göre ölüm anksiyetesi, benlik saygısı, mükemmeliyetçilik ile ON eğilimi arasında fark vardır.

H4) Ölüm anksiyetesi, benlik saygısı, mükemmeliyetçilik ve ON eğilimi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H5) Ölüm anksiyetesi, benlik saygısı, mükemmeliyetçilik ve ON eğilimi ile yaş arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H6) Ölüm anksiyetesinin ON eğilimini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordamaktadır.

H7) Benlik saygısı ON eğilimini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordamaktadır.

H8) Ölüm anksiyetesi ile ON arasındaki ilişkide mükemmeliyetçiliğin uyumsuzluk alt boyutunun aracı değişken rolü vardır.

H9) Ölüm anksiyetesi ile ON eğilimi arasındaki ilişkide benlik saygısının aracı değişken rolü vardır.

H10) Benlik saygısı ile ON eğilimi arasındaki ilişkide mükemmeliyetçiliğin uyumsuzluk alt boyutunun aracı değişken rolü vardır.

Araştırma Metodu

Bu araştırmada kolayda örnekleme yöntemine başvurulmuştur. Bu anlamda internet üzerinden gönüllülük esasına dayalı bir şekilde katılımcıların verileri toplanmıştır. Katılımcıların yaş aralığı 18-71 arasında olup bu araştırmaya 716 kişi katılmıştır. Bu araştırmada katılımcılara sırasıyla Bilgilendirilmiş Onam Formu, demografik bilgi formu, Türkçe Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (TDAS), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RSES), Neredeyse Mükemmel Ölçeği (APS-R) ve ORTO-11 Ölçeği verilmiştir. Yukarıdaki veri toplama araçlarından elde edilen veriler, sonradan basit doğrusal regresyon ve hiyerarşik regresyon analizi için kullanılmıştır. Araştırmanın yöntemi hakkındaki daha detaylı bilgiler tezin yöntemler bölümünde bulunmaktadır.

Araştırma Varsayımları

Bu araştırmada bulunulan sonuçların aşağıdaki sayıtlar doğrultusunda bilimsel bir değeri olduğu kabul edilmiştir.

Bu araştırmada kullanılan örneklem, evrenin yeterli bir temsili olduğu varsayılmıştır.

Bu araştırmada kullanılan ölçme araçları, araştırma değişkenlerini güvenilir ve geçerli bir şekilde ölçmektedir.

Katılımcılar ölçek sorularına güvenilir bir şekilde yanıt vermişlerdir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmadan çıkan sonuçlar 18-71 yaş arası kişiler için sınırlıdır.

Bu çalışmada toplanan veriler, COVID-19 salgınının ölümcüllüğünün azalmasına rağmen devam ettiği bir dönemde toplanmıştır. Bu durum, araştırmanın sonuçları üzerinde etkili olabilir.

Bu araştırmada veriler internet üzerinden ölçekler aracılığıyla toplandığı için sadece okuma yazması ve internete ulaşımı olan kişilerin verilerine ulaşılabilmiştir.

Bu araştırmada öz bildirim dayalı ölçekler kullanıldığı için katılımcıların sosyal açıdan iyi gözükmek adına ölçeklere verdiği cevaplarda yanlılık görülebilir.

BÖLÜM 1: KURAMSAL ÇERÇEVE VE TERİMLERİN TANIMI

1.1. Yeme Bozukluklarının Tanımı ve Tarihçesi

DSM (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) ile psikopatolojinin sınıflandırılması ve gidişatının yordanması ihtiyacının ortaya çıktığı 19. yüzyılda Emil Kraepelin tarafından temelleri atılmıştır (Shorter, 2013). Günümüzde ise DSM-5 kullanılmaktadır. DSM-5'e göre yeme bozukluğu, kişide fiziksel ve psikolojik problemlere sebep olan yeme davranışındaki kalıcı bozulmalardır (APA, 2013). Yeme bozuklukları DSM sınıflandırmasının öncesinde de tarihte bulunmaktadır. Orta Çağ döneminde dinî inançlar çerçevesinde yemek yemenin aşırı kısıtlandığı ve bu durumun ölüme yol açtığı kaydedilmiştir (Dell'Osso, 2016). Yeme bozuklukları psikanalitik yaklaşımla Sigmund Freud ve Josef Breuer tarafından klinik açıdan yeniden ele alınmıştır (Freud, 2004). Yeme bozuklukları tanı sistemlerinde ise ilk olarak Anoreksiya Nervoza'nın DSM-3'e girmesiyle başlamıştır. Bulimia Nervoza DSM-3-R'ye girmiştir. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu ise DSM-4'e girmiştir (Wilfley, 2007). ON'ya yönelik tutumların incelendiği bir araştırmada ise ON DSM-5'te bulunan diğer yeme bozukluğu tanılarına göre daha hafif şiddetli ve daha çok arzulan bir yaşam tarzı olduğu görülmüştür (Simpson, 2017).

1.2. Yeme Bozuklukları

1.2.1. Anoreksiya Nervoza

Bu hasta grubundaki kişilerin, neredeyse iskelet gibi görünecek kadar az yemelerine karşın şişman oldukları gibi çarpık bir benlik algısına sahip oldukları belirtilmiştir (Morrison, 2016). Bazı hastalar aşırı kilo almakla ilgili korkularını kabul etmezler ama kilo almaktan kaçınma yönünde hareket ederler. İki alt türü vardır:

Birinci tipi tıkınırcasına yeme/çıkarma türü. Hasta tıkınırcasına yer, sürekli yediklerini çıkarır veya idrar söktürücü kullanır.

İkinci tipi olan kısıtlayıcı türde ise hasta o anda tıkınırcasına yemez veya çıkarmaz. Bu hastalıkta işlev bozukluğunun derecesine göre beden kitle indeksinde düşmeler görülür. Bunların BKİ'leri (Beden Kitle İndeksi) 15-17 arasındadır (Morrison,

2016). DSM-5 tanı kriterlerine göre anoreksiyanın tanı kriterleri arasında gereksinimlerine göre enerji alımını kısıtlama durumuna belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığının eşlik etmesi, kilo almaktan ve şişmanlamaktan çok korkma ve kişinin vücut ağırlığının ve biçiminin nasıl algılandığıyla ilgili bir bozukluk vardır. Anoreksiya Nervosa'nın 1 yıllık yaygınlığının ise %4 olduğu belirtilmiştir. Klinik gözlemlerde Anoreksiya Nervosa oranının kadınlarda erkeklere göre 10 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (APA, 2013, s. 341). Bir çalışmada ise Anoreksiya Nervosa'nın yaşam boyu yaygınlığının kadınlarda %4, erkeklerde ise %0,3 olduğu bulunmuştur (Eeden, 2021). Aynı çalışmada 15 yaş altında anoreksiya tanısının arttığı da vurgulanmıştır. Bir çalışmada ise Anoreksiya Nervosa hastalarının ölüm oranının yataklı tedavi altında olsalar bile 5 kat daha fazla olduğu rapor edilmiştir (Hoeken, 2020).

1.2.2. Bulimia Nervosa

Kişi yemek yeme üzerindeki kontrolünü kaybetmiştir. Bu semptom kendini, aynı zaman dilimi içinde çok daha fazla yemeği tıknırcasına yiyerek göstermektedir. Bu hastalığın ağırlığı ise telafi edici davranış sayısına bakılarak belirlenebilir (Morrison, 2016). DSM-5 tanı kriterlerine göre Bulimia Nervosa'nın tanımı ise tekrarlayan tıknırcasına yeme krizleridir. Bu kriz dönemleri şu özellikleri içermektedir: Birinci olarak, aynı sürede, aynı zamanda çoğu kişinin yiyebileceğinden açık ara daha fazla besini yeme ve bu dönemler sırasında yemek yemeyle ilgili kontrol yokluğu. İkinci olarak, kilo almaktan kaçınmak için ilaç alma, aşırı egzersiz yapma ya da kusma gibi yöntemler kullanma. Bu davranışlar 3 ay içinde en az haftada 1 kez olmuştur. Kendilik saygısı, vücut biçiminden ve ağırlığından olumsuz etkilenir. Bulimia Nervosa yalnızca anoreksiya dönemlerinde çıkmaz. Bulimia Nervosa'nın 1 yıllık yaygınlığı ise genç yetişkin kadın grubunda %1-1,5 olarak bulunmuştur. Genç yetişkin erkek grubunda ise Bulimia Nervosa'nın genç yetişkin kadın grubundan 10 kat daha az olduğu belirlenmiştir (APA, s. 347). Bir çalışmada ise Bulimia Nervosa hastalarının ölüm oranının %3,9 olduğu tespit edilmiştir (Crow, 2009).

1.2.3. Tıknırcasına Yeme Bozukluğu

Hasta kontrolü kaybeder ve bir seferde normalden çok daha fazla yemeği tıknırcasına tüketir. Bu yeme dönemi sırasında hasta gerçek bir açlık hissi olmadan çok

fazla ve çok hızlı yer. Bu durum suçluluk hissine yol açabilir ama telafi etme davranışına yol açmaz (Morrison, 2016).

DSM-5 tanı kriterlerine göre tıknırcasına yeme bozukluğunun kriterleri ise yineleyici tıknırcasına yeme atakları, çoğu kişinin benzer bir zaman aralığında yiyebileceği yemek miktarından daha fazlasını açık ara farkla yeme, bu ataklar sırasında yemekle ilgili denetimin kalktığı duygusunun gelmesi olarak belirtilmiştir. Tıknırcasına yeme atakları şu belirtileri kapsamaktadır: Olağandan çok hızlı yeme, rahatsızlık verici bir tokluk hissine ulaşmaya kadar yeme, açlık duygusunun eşlik etmediği aşırı ölçüde yemek yeme, utanç duygusundan dolayı kendi başına yeme, yemekten sonra çökkünlük ve suçluluk hissi. Tıknırcasına yemeyle ilgili belirgin bir sıkıntı hissedilir. Bu davranış 3 ay içinde en az haftada bir kez olur. Tıknırcasına yeme davranışına Bulimia Nervosa'daki telafi etme davranışları eşlik etmez ve bu tıknırcasına yeme davranışı sadece Anoreksiya Nervosa ve Bulimia Nervosa dönemlerinde görülmez. Tıknırcasına yeme bozukluğunun yaygınlığı kadınlar için %1,6 ve erkekler için %0,8'dir (APA, 2013, s. 351) .Bir araştırmada ise tıknırcasına yeme bozukluğunun yaygınlığı %6,6 olarak tespit edilmiştir (Grucza, 2007).

1.2.4. Pika

Pika, kişinin en az 1 ay boyunca toprak veya yemek için uygun olmayan şeyleri yeme durumudur. Kişinin Pika tanısı alabilmesi için en az 2 yaşında olması gerekir (Morrison, 2016). Pika'nın yaygınlığı kesin olarak bilinmemekle birlikte zekâ geriliğinin şiddetinin artmasıyla birlikte Pika'nın görülme sıklığının arttığı belirtilmiştir (APA, 2013, s. 330). Bir metanaliz çalışmasında ise kadınlarda hamilelik döneminde ve hamilelik sonrası dönemde Pika görülme sıklığının %27,8 olduğu belirtilmiştir (Fawcett, 2016). Bir çalışmada ise Pika tanısı alan çocukların %24'ünün olası bir kurşun zehirlenmesi geçirdiği rapor edilmiştir (Jacobziner, 1966).

1.2.5. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu

DSM-5 tanı kriterlerine göre hasta en az 1 ay süre ile sık bir şekilde yediği yiyeceği geri çıkarma ve çiğneme veya tükürme davranışını göstermektedir (Morrison, 2016). Başka bir çalışmada ise İsviçre'deki ilkokula giden öğrenci örnekleminin

%1,7'sinin de geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu olduğu görülmüştür (Murray, 2018). Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğunun zekâ geriliği grubunda daha yaygın olduğu bildirilmiştir. Bebeğin uyaran eksikliği durumunda kendine uyarım vermek amacıyla bu tür tekrar edici davranışları yapıyor olabileceği belirtilmiştir. Geri çıkarma davranışının beslenme eksikliği yaratıp bebek için ölümcül olabileceği de vurgulanmıştır (APA, 2013, s. 333).

1.2.6. Kaçınan -Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu

Kişi, benlik algısında bir anormallik olmadan yeterli besini veya kiloyu almak için çok az yer. Sonuç olarak da hasta tüple beslenmeye ve ek besine ihtiyaç duyabilir. Bu da sosyal ve kişisel yaşamda bozulmalara yol açabilir (Morrison, 2016). Bir çalışmada ise ergen ve çocukluk dönemindeki katılımcılardan oluşan örneklemin %14'ünde kaçınan-kısıtlı yiyecek alım bozukluğu gözlemlendiği belirtilmiştir (Ornstein, 2013). Bir çalışmada ise geriye dönük olarak yeme bozukluğu olan ergenlerin verileri incelendiğinde örneklemin %13,8'inin kaçınan-kısıtlı yiyecek alım bozukluğu belirtilerini karşıladığı gösterilmiştir (Fisher, 2013).

1.3. Yeme Bozukluklarının Kuramsal Arka Planı

1.3.1. Psikanalitik Teori

Psikanalitik Teori, Sigmund Freud tarafından insanın kişilik yapısını açıklamak için kullanılan teori, tedavi ve araştırma aracıdır. Psikanalitik yaklaşıma göre kişiliğin gelişimi beş farklı psikoseksüel gelişim aşamasından geçilmesine bağlıdır. Her psikoseksüel gelişim aşaması, yaşam dürtüsünün her aşamada bedendeki belli bir organa odaklanmasından oluşur. İlk dönem olan oral dönemde yaşam güdüsü kişinin ağız çevresine odaklanmıştır. Oral dönemde sadistik dürtüler de ortaya çıkmaya başlar. İkinci dönem ise anal sadistik dönemdir. Anal sadistik dönemde libido ile birlikte şiddet dürtüsü de belirlemektedir. Üçüncü dönem olan fallik dönem ise erken çocukluk dönemi cinselliğinin zirve yaptığı bir dönemdir. Bu dönemde erkek çocuklar Oedipus kompleksi yaşarlar. Bu dönemde erkek çocuklar için hadım edilme korkusu başlamaktadır. Latent (örtük) dönemde ise erkek çocuklar için kastrasyon anksiyetesinden dolayı ve kız çocukları için ise penisin evrensel olarak herkeste olmadığından dolayı bu

dönem de cinsel dürtüleri baskılanır. Beşinci dönemde ise kişilerin cinsel dürtüleri yine açığa çıkar. Psikanalize göre sağlıklı bir şekilde kişiliğin gelişmesi için psikoseksüel gelişim aşamalarının kısmen tamamlanmış olması yeterlidir (Freud, 2003, s. 181-185).

Psikanalitik Teoriye göre kişilik; ego, süper ego ve id birleşenlerinden oluşmaktadır. İd, kişiliğimizin doğuştan gelen yapısıdır. Kişinin doğuştan gelen ihtiyaçlarını doyumaya odaklanır. Ego, kişinin kendisi hakkındaki deneyimleri sonucu oluşturduğu ruhsal yapıdır. Egonun görevi dış dünyayı gözlemleyerek kişinin dürtülerini uygun yer ve zamanda tatmin etmek veya bastırmaktır. Egonun bir diğer görevi ise kişinin hayatta kalmasını sağlamaktır. Süper ego ise insanların diğer hayvanlara göre daha uzun süren bir yetiştirilme dönemine sahip olmasından dolayı ortaya çıkmış ruhsal yapıdır. Süper ego, bakım verenlerinin kişinin üstünde oluşturduğu baskının ego tarafından içselleştirilmesi sonucu oluşan ruhsal yapıdır. Süper egonun görevi ise hazzın sınırlandırılmasıdır (Freud 2003 , s. 175-181).

Psikanalitik teorinin yeme bozukluğuyla ilgili yaklaşımını inceleyen çalışmalara bakıldığında bu çalışmaların genellikle vaka analiziyle ilgili çalışmalar olduğu görülmektedir. Sigmund Freud, sunduğu bir vaka analizinde iştahsızlık problemi olan bir hastası ile yaptığı terapi seansları sırasında hastasının erken çocukluk döneminde yemek yemediği için cezalandırıldığı ve annesi tarafından tehdit edilerek zorla yemek yedirildiği ile ilgili travmalara ulaştığını raporlamaktadır. Sigmund Freud, hastasının bu travmatik anıları bastırarak baş ettiğini ama 40 yaşındayken yemekten duyduğu tiksinden geri geldiğini kaydetmiştir (Breuer, 2004, s. 109-110).

Bir Bulimia Nervosa vakasına yönelik yapılmış psikanalitik açıklamada kişi, kaybettiği nesnesi (annesi) ile yeniden sembolik olarak buluşmak için kendini yalnız hissettiği dönemlerde tıknircasına yemek yerken, kayıp annesini reddetmek için telafi (kusma) yöntemini kullanmakta olduğu gözlemlenmiştir. Bu açıdan kişinin bedeninin psikoseksüel gelişim döneminde kaybettiği annesi ile yeniden buluşmak için kullandığı bir geçiş objesi olduğu sonucuna varılmıştır (Kurah, 1982).

Kompulsif yeme bozukluğunun psikanalitik açıdan incelendiği bir çalışmada hastaların bozulmuş bir nesne (anne memesi) ilişkisi olduğu gözlemlenmiştir. Bu çalışmada kompulsif yeme bozukluğu olan kişiler için yemek, anne memesini sembolize

etmekte ve anne memesinin beslendikten hemen sonra kaybolmayacağından emin olmak için hastalar aç olmasalar bile sürekli anne memesinin (yemeğin) kaybolduğu düşüncesine karşı kompulsif bir şekilde yemek yemektedirler (Thorner, 1970).

Yukarıdaki çalışmalarda da görüldüğü üzere psikanalitik teoriler genel olarak bilinçdışı çatışmaların yeme bozukluklarını motive ettiğini söylemektedir. Bir çalışmada ise psikanalitik açıdan Anoreksiya Nervoza’da duyguların kontrol edilmesi amacıyla kullanılan kendine zarar verme davranışlarının ONda da görüldüğü belirtilmiştir. Aynı çalışmada psikanalitik açıdan ON’daki mükemmeliyetçi tutumun, kişinin bilinçdışındaki intihar etme isteğine karşı gösterdiği bir baş etme yöntemi olabileceği de belirtilmiştir. Aynı çalışmada ON’daki diyet kurallarının ihlal edilmesi sonucu yaşanan anksiyetenin ise kişilerin çocukluk döneminde yemek yemekle ilgili yaşadıkları travmatik bir olayla ilişkili olabileceği de belirtilmiştir (Morrin, 2019).

1.3.2. Bağlanma Teorisi

John Bowlby çocukların bakım verenlerinden ayrılmasının sonuçları üzerinde çalışırken psikanalitik bir bakış açısına sahip olduğunu belirtmektedir. Bu çalışmanın sonucunda ise psikanalitik kuramın dürtü ve psişik enerji kavramlarını çıkararak bilişsel psikoloji ile bağlantılı olan bağlanma kuramını ortaya çıkardığını belirtmiştir (Bowlby, 1998a, s. 55). Bağlanma davranışı evrimsel açıdan işlevseldir. Bağlanma davranışlarının kişinin kişilik yapısını oluşturmaya başladığı belirtilmiştir (Bowlby, 1998b, s. 59). Bu açıdan bağlanma davranışları evrenseldir. Bağlanma davranışları çocukluk dönemiyle sınırlı değildir (Bowlby, 1998c, s. 57). Kurulan bağın kaybedilme olasılığı anksiyete ortaya çıkarırken kaybedilmesi kişide hüznü duygusunu hissetmesine neden olur. Kaybedilen biriyle yeniden buluşma da mutluluk ortaya çıkartır. Psikopatoloji sırasında görülen duygusal bozukluklar bu açıdan duygusal bağlanmadan etkilenir (Bowlby, 1998ç, s. 58).

Bağlanma kuramına bağlanma türlerini ekleyen kişi ise Ainsworth’tür. Ona göre çocuklar dört farklı bağlanma gösterirler. Bunlar; kaygılı-kararsız, kaçınan-dirençli, dezorganize ve güvenli bağlanmadır. Güvenli bağlanmada bebekler annelerinin onların ihtiyaçlarını karşılayacaklarını tekrarlı deneyimlerle öğrenmişlerdir ama güvensiz bağlanmada ise bebekler bakım verenlerinden daha ayrılmadan ağlamaya ve

kaygılanmaya yatkınlık göstermektedirler (Ainsworth, 1979). Bununla beraber Hazan ve Shaver bağlanma şekillerinin çevrenin tepkilerine bağlı olarak çocukluktan yetişkinliğe kadar sabit bir şekilde kalabileceğini belirtmişlerdir (Shaver, 2009). Yeme bozukluğu ve bağlanma stilleri ile ilgili yapılan bir çalışmada ise yeme bozukluğu tanılı kişilerin aile geçmişlerinde bir travma ya da aile içi bir çatışma olduğu ve kaygılı bağlanma tipine sahip oldukları belirtilmiştir (Ringer, 2006). Yeme bozukluğu hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada ise yetişkinlikte görülen saplantılı bağlanma, korkulu bağlanma ve kayıtsız bağlanma tipleri saptanmıştır (Barone, 2009). Yapılan araştırmalarda bulimia hastalarının sahip olduğu bağlanma sorunlarının benzerlerinin anoreksiya için de geçerli olduğu görülmüştür (Zachrisson, 2010). Bununla birlikte yeme bozukluğundaki kilo ile ilgili endişelerin koruyucu bir faktör olabileceği de söylenmektedir. Scheffold ve arkadaşları karasız bağlanan kişilerin güvenli ve kaçınan bağlanan bireylere nazaran daha fazla ölüm korkusu yaşadıklarını vurgulamışlardır. Yeme bozukluğu rahatsızlıklarının egosantrik doğasının sahte güven temeli oluşturarak kişiyi ölüm korkusundan koruyabildiği düşünülmektedir (Scheffold, 2017). ON'yla bağlanma biçimlerinin ilişkisini inceleyen bir araştırma da ise güvensiz bağlanma tarzlarının (kaygılı, kaçınan ve düzensiz) ON'yı yordamadığını ama korkulu güvensiz bağlanmanın ve kaçınan güvensiz bağlanmanın ON puanlarıyla güçlü negatif yönde bir korelasyonu olduğunu göstermiştir (Barnes, 2017).

1.3.3. Bilişsel Davranışçı Teori (BDT)

Bilişsel Davranışçı Terapi, zaman sınırlı ve problem odaklı bir terapi yaklaşımıdır. Bilişsel davranışçı yaklaşım bilişsel kuram ile davranışçı kuramın birleşmesinden oluşmaktadır (Thoma, 2015). Bilişsel model Aaron T. Beck'in psikanalizin depresyonunun kişinin kendini öldürme isteğinin sonucu olduğu hipotezi üzerinde çalışırken ortaya çıkardığı bir modeldir (Beck, 2020a, s. 5). Bilişsel model işlevsiz düşüncelerin bütün psikopatolojilerde bulunduğunu savunmaktadır (Beck, 2020b, s. 3). Aaron T. Beck'e göre şemalar kişinin kendi, dünya ve gelecek hakkındaki temel inançlarıdır. Şemalar, bizim kişilik organizasyonumuzda önemli bir yer kaplamaktadır. Şemalar, kişinin doğuştan getirdiği eğilimler ile birlikte çocukluk dönemindeki yaşantıları sonucu oluşur. Şemalarımız uyarıldığında duygusal, motivasyonel ve bilişsel bilgi işleme süreçlerimize yön vermeye başlarlar. Bilgi işlemedeki bu yanlılıklar ve

geliştirilmiş hatalı baş etme stratejileri sonucu psikopatolojinin oluştuğu belirtilmiştir (Beck, 2015, s. 17-37).

Bilişsel Davranışçı Teori' ye göre ise yeme bozuklukları bilişsel bir bozukluktur. Danışanlar kendilerini kilo, beden şekli ve kendini kontrol edebilme üzerinden aşırı değerlendirmektedirler. Bunun sonucu olarak da değerli olmayı bu kriterlere bağlamaktadırlar. Yeme bozukluğu hastaları arasında işlevsel olmayan kendini değerlendirme şeması yaygın olduğundan bu da bu hastalığın devam etmesinde önemli bir etkidir. Aşırı kilo kontrolü, bedensel kontrol ve kaçınmanın çeşitleri ve yemekle ilgili, kilo ve beden şekliyle ilgili girici düşünceler de yeme bozukluğunun devam etmesinde rol oynamaktadır (Lampard, 2012). Tıkınırcasına yeme bozukluğunda ise aşırı (siyah-beyaz) diyet kuralları vardır ki kişiler eninde sonunda bunu bozarlar. Bunun sonucunda ise kendini kontrol etme konusunda zayıflık algıları oluşur ve hastalar buna kendilerini kontrol etmeyi kısa süreliğine bırakarak tepki verirler (Lingswiler, 1989). Bilişsel Model'e göre birçok faktör yeme bozukluğunu etkilemektedir. Bunlardan ilki mükemmeliyetçiliktir. Bu özelliğin, kendini yeme bozukluklarında çeşitli şekillerde gösterdiği belirtilmiştir. Bunlar; yemek yemeği kontrol etmekle ilgili yüksek standartlar, kilo vermek konusunda başarısız olmaktan korkma, kilo vermekle ilgili performanslarını kontrol etmeleri ve kendilerine yönelik eleştirel tutumlardır. Bununla birlikte düşük kendilik saygısı da yeme bozukluğunun devam etmesinde ve tedaviye yanıtta önemli bir rol oynamaktadır. Yeme bozukluğu hastalarında ortak görülen bir noktanın ise duygulanıma yönelik toleranssızlık olduğu belirtilmiştir. Tolere edilemeyen duygulanımlar genellikle olumsuz olanlardır (Murphy, 2010). ON'nın semptomlarının ise duygu tanımlama ve düzenlemeyle ilgili olabileceğine işaret eden ve bunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (L. Vuillier, 2020; Gobin, 2021a). Yemek seçiminde de iyi yemek ve kötü yemek gibi siyah-beyaz düşünme diye adlandırılan bilişsel yatkınlıklar bulunabilir. Bununla birlikte bu tür siyah-beyaz düşünme hâli, Ortoreksiya'da hangi yiyeceklerden kaçınılması ve hangi yiyeceklere yaklaşması gerektiğini kişiye sürekli dikte edebilir. (McGovern, 2020) Diğer bir bilişsel yatkınlık da seçici dikkattir. Dikkatin orantısız bir şekilde belli tip uyaranlara ya daha çok odaklanması ya da daha az odaklanmasıdır (Albery, 2019). OKB (Obsesif Kompulsif Bozukluk), Anoreksiya Nervoza ve ON'da görülen bir bilişsel yatkınlıktır (Koven, 2015).

1.3.4. Öz Şefkat Yaklaşımı

Öz şefkat, Budizm felsefesinden ve psikolojiyle ilgili araştırmalardan yola çıkılarak oluşturulmuştur (Neff , 2003a). Öz şefkat kişinin zor bir durumda olan bir arkadaşına nasıl davranıyorsa kendisine de zor bir durumda aynı şefkati göstermesi demektir (Neff, 2018b, s. 9). Öz şefkat üç birleşenden oluşmaktadır: öz-sevecenliğe karşı öz-yargılama, paylaşımcılığın bilincinde olmaya karşı izolasyon ve bilinçliliğe karşı aşırı özdeşleşme. Öz-sevecenlik kendimizi eleştirme ve yargılama yerine kendimize bakım verme ve anlama eğilimidir (Neff, 2018c, s. 10). Bu tanımın, öz şefkatin insanların mükemmel olmadığı gerçeğini kabul etmesi yaklaşımına uyumlu olduğu belirtilmiştir. Bu yaklaşım, insanların zor durumlarla karşılaştıkları zaman kendilerine bakım vermelerini ve kendilerini yatıştırmalarını sağlar. Paylaşımcılığın bilincinde olmak ise her insanın bir şekilde kendini zayıf ve yetersiz hissettiği ve hata yaptığını düşünmesidir. Bu da mükemmel olmamanın insanlar için ortak bir şey olduğu anlamına gelir. Bu sayede kişi kendi zayıflıklarını farklı bir şekilde görebilir. Bu durum, kişinin hayatın zorluklarıyla karşılaştığında bunun sadece ona özgü olmadığını, tek zorlanan kişinin kendisi olmadığını fark etmesini sağlar. Kişi kendini bu acıyı yaşarken izole olmuş hissederse, bunu yaşayanın sadece kendisi olduğunu düşünürse hata yapmasının anormal bir şey olduğunu düşünebileceği ve neden ben gibi sorular sorabileceği belirtilmiştir (Neff, 2018ç, s. 10-11). Bilinçlilik ise kişinin içinde bulunduğu anı inkâr etmek ya da tekrar tekrar düşünmek yerine dengeli bir şekilde anın farkında olması anlamına gelir. Bu birleşenin önemi, insanların acı yaşadığı zaman bunun farkına varıp bunu kabul etmesidir (Neff, 2018d, s. 11). İnsanlar bunun yerine kendilerini eleştirmek ve problem çözmekle meşguldürler. Bilinçlilik bunun önüne geçerken kişinin kendi olumsuz duygu ve düşüncelerine aşırı bir şekilde saplanması anlamına gelen aşırı-özdeşleşmenin de önüne geçer (Neff, 2011). Öz-şefkat yaklaşımına göre insanlar kendilerini eleştirmeye başladıklarında kaç, savaş veya don-kal sistemi devreye girmektedir. İnsanlarda kaç, savaş, don-kal sistemi kronik olarak aktif olmaya başladıkça kişilerde fiziksel ve psikolojik problemler çıkmaya başlar. Öz-şefkat ise kendine bakım mekanizmasını kullanarak kendini eleştirmeye (savaş tepkisi) karşı öz sevecenlik, kaçmaya (izolasyon) karşı paylaşımcılık ve don-kala (aşırı özdeşleşme) karşı bilinçliliği getirir (Neff, 2018, s. 31-32). Öz-şefkat yaklaşımının psikolojik sağlığa katkısını araştıran bir meta analiz çalışmasında öz-şefkatin psikopatoloji semptomları ile negatif yönde ilişkili olduğu

belirtilmiştir (MacBeth, 2012). Öz-şefkat ile ON arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma da ise yüksek ON eğiliminin düşük öz şefkatle ilişkili olduğu ve öz şefkatin, ON ile sınırlayıcı yeme tutumu arasında bir aracılık rolü olduğu gösterilmiştir (Kalika, 2022). Başka bir araştırmada ise öz-yargılama ve izolasyon Ortoreksiya'yla ilişkiliyken öz-şefkat birleşenlerinden öz-yargılama hariç tamamının sağlıklı Ortoreksiya'yla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Naldöken, 2021).

1.3.5. Evrimsel Teoriler

Paul Gilbert'e göre eski çağlarda insanların evrimsel açıdan geliştirdikleri işlevsel davranışlar, modern toplumda işlevsiz hâle gelebilir. Bu durumun sebebi olarak eski çağlarda yaşayan insanların yaşadıkları ortam ile modern çağın insanının yaşadığı ortamın birbiriyle uyumuyor olması gösterilmiştir. Bu durumun psikopatolojilerin gelişmesine yol açabileceği belirtilmiştir (Gilbert, 1998). Anoreksiya Nervoza ve Bulimia Nervoza eski çağlarda yaşayan insanlar için doğum kontrolü, cinsel rekabet ve kıtlık zamanlarında daha verimli yaşam alanlarına göç etmeyi sağlayacak enerji ve dayanıklılığı sağlaması açısından işlevseldir (Mayhew ve diğerleri, 2018). Evrimsel bakış açısının ON'yla ilgili çalışmaları literatürde çok yaygın olamamakla birlikte varlığını sürdürmektedir. Bir çalışmada evrimsel teori açısından ON belirtilerinin işlevselliği tartışılmıştır. Bu araştırmanın sonunda ON ile ilgili davranışların doğada zehirli maddelerin tüketiminin önüne geçme, grup aidiyeti sağlama ve grup içinde fark edilip statü kazanma işlevlerine hizmet ederek kişinin hayatta kalmasına yardımcı olabileceği vurgulanmıştır. Aynı çalışmada ON'yla ilgili davranışların kişinin fiziksel ve zihinsel sağlığına zarar verdiği için işlevsel olmadığı vurgulanmıştır (Bóna, 2019). Güvenlik Motivasyonu Sistemi (GMS), insanları potansiyel tehditleri aramaya yönelik bilgi arama davranışına yönlendiren, evrim sonucu gelişmiş bir sistemi ifade etmektedir (Hinds, 2010). Bir deneysel çalışmada güvenlik motivasyonu sisteminin ON hastalarındaki yemek alımının sınırlandırılması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Mascioli, 2017).

BÖLÜM 2: ORTOREKSİYA NERVOZA

2.1. Ortoreksiya Nervozası'nın Tanımı ve Tarihçesi

ON ilk defa akademik olmayan bir şekilde Bratman'ın 1997'deki sağlıklı yemek bağımlıları kitabında konu edilmiştir. Bratman'a göre ON iki aşamadan oluşmaktadır. İlk sağlıklı geliştirmek için sağlıklı yemek diyetlerini takip etme, diğeri ise diyetle obsesif bir şekilde kısıtlamalara gidilmesidir. Bratman bu durumu şu şekilde anlatmaktadır; sağlıklı geliştirmek ya da hastalıklardan korunmak için diyetle başlarken bir noktadan sonra demir bir irade gösterme çabası ve diyetlerini gitgide sınırlandırma çabasına girilmektedir. Burada ise kişi, kendisinin diyetindeki yemeklerden daha sağlıklı yemekler yiyen kişiler üzerinde bir üstünlüğe sahip olduğu düşüncesini edinmekte ve bütün hayat değerleri böyle bir dönüşüm geçirmektedir. Bratman kısaca Ortoreksiya'nın diğer yeme bozukluklarından farklı olarak yemeğin niceliğinden çok niteliğine odaklandığını söylemektedir (Bratman, 2017). İlerleyen süreçte bu tanım, kendi içinde sağlıklı ve patolojik Ortoreksiya kavramlarıyla ikiye ayrılmıştır. Sağlıklı Ortoreksiya da motivasyon, yenilen şeyin yaratacağı sağlık sonuçları; patolojik ortoreksiya'da kişinin diyet davranışını kilo alımını ve duygularını düzenlemek için kullanmasıdır (Depa, 2019). Bununla birlikte patolojik Ortoreksiya'nın daha yüksek oranda komorbid anksiyete, depresyon ve yeme bozukluklarıyla ilişkili olduğu, sağlıklı Ortoreksiya'nın ise daha çok yüksek algılanan benlik saygısı ve sosyal destekle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada iki ON grubuna giren üçüncü bir grubun da ortaya çıktığı ve bu grubun zayıf olma çabası ve anksiyete eğilimiyle birlikte patolojik ON'yla benzerlikleri olduğu görülmüştür (Yakın, 2021). Bir diğer çalışmada ise sağlıklı ON'nın Patolojik ON'yı yordadığı görülmüştür (Naldöken, 2021).

Bir vaka analizi çalışmasına göre ON'nın kriterleri şunlardır:

A) Sağlıklı yemek ve yemeklerin kalitesi ile malzemeleri konusunda obsesyonlu düşünceler:

- Yemeğin saflığı fikrine dayalı besleyici olmayan diyetler.
- Sağlıklı yemekler yemekle ilgili, bunun fiziksel ve duygusal sonuçları ile ilgili endişeler.

- Sağlıksız olduğu düşünölen yemeklerden katı kaçınmalar.
- Yemek uzmanı kişiler haricinde sağlıklı yemek ile ilgili günde 3 saati bulan okumalar ve araştırmalar.
- Sağlıksız olduğu düşünölen yemekleri tükettikten sonra suçluluk ve kaygı hissetmek.
- Diğerlerinin yemek ile ilgili inançlarına toleranssızlık.
- Yemeklerin sadece saflığı ve malzemeleri için gelirine göre aşırı para harcama

B) Kişide obsesyonlarından dolayı görölen zayıflamalar:

- Sınırlandırılmış yemek alımından dolayı ortaya çıkan fiziksel zayıflıklar.
- Sağlıklı yemek ile ilgili obsesyonları nedeniyle sosyal, akademik ve iş yaşamında işlev bozuklukları.

C) Bu semptomlar, başka bir psikopatolojiyle (OKB, şizofreni ve psikoz) açıklanamaz.

D) Bu semptomlar, dinî kurallar veya belirli yemeklere alerji gibi tıbbi sorunlarla açıklanamaz. (Dunn, 2016)

2.2. Ortoreksiya Nervoza ve Diğer Psikopatolojilerle İlişkisi

ON, alan yazınında anoreksiya ve obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkilendirilmektedir. Anoreksiya ile Ortoreksiya'nın ortak yanları ise tartışmalı olmakla birlikte besinler hakkında katı düşünüş biçimini paylaşmalarıdır; bunlar arasında sınırlı yiyecek alımından dolayı kilo kaybı, ayrıca mükemmeliyetçilik ve narsistik kişilik özellikleri, sınırlı iç görü, ego sintonik düşünceler, zarar görmüş çalışma belleği bulunmaktadır. Farklı yanları ise anoreksiyada içsel kontrol odağından çok dışsal kontrol odağı varken Ortoreksiya hastalığında kontrol odağı açısından böyle bir fark bulunamamaktadır. Bununla birlikte anoreksiya grubunun beden memnuniyetsizliği varken bu durum Ortoreksiya grubunda bulunmamaktadır. Ortoreksiya hastalarında sağlıklarını artırdığı düşüncesiyle kendilik saygısı daha yüksekken ve kendi düşüncelerine benzer kişileri bulmaya çalışma eğilimindeyken; anoreksiya hastaları hastalıklarının negatif sonuçları konusunda yüksek oranda stres göstermektedirler. Anoreksiya Nervoza hastalarında dağılım cinsiyetler arasında eşit değilken

Ortoreksiya’da böyle bir cinsiyet farkı bulunmamaktadır (DeBois, 2020;Koven, 2015a). ON’nın obsesif kompulsif bozuklukla benzerlikleri; girici düşünceler, yemek hazırlama ritüelleri, kirliliğe odaklanma, mükemmeliyetçilik, bilişsel katılık, zarar görmüş çalışma belleğidir. Farklılıkları ise obsesif kompulsif bozuklukta obsesyonlar ve kompasyonlar sadece yemekle sınırlı değildir. Bu davranışların aşırı ya da mantıksız olduğunu fark edebilir. Ego-distonik düşünceleri olabilir (Koven, 2015b). Anoreksiya ve obsesif kompulsif bozukluk, ON’ya benzetilmesine rağmen yapılan bir çalışmada ON eğilimleri açısından, OKB genel anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu arasında bir fark bulunmamıştır. Bununla beraber genel anksiyete bozukluğundaki patolojik endişenin ON’daki yemek hakkındaki düşünceler ile benzerlikleri de vurgulanmıştır (Poyraz, 2015). Somatik rahatsızlıklardan sağlık anksiyetesinin, sağlıkla ilgili endişeler yönüyle, katı sağlıklı beslenme ve diyet davranışlarındaki artıştan dolayı Ortoreksiya semptomlarına benzetildiği de görülmektedir (Koven, 2015c). Benzer bir durum göğüs kanseri olmuş hasta örnekleminde yapılan bir çalışmada sağlıklı yemek davranışlarının ve ON eğiliminin arttığını gösteren çalışmalarda da görülmektedir (Aslan, 2020). Sağlık anksiyetesinin de ON’yla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Tóth-Király, 2019;Karadayı, 2020). ON’nın yaygınlığını inceleyen araştırmalara bakıldığında ise ON’nın yaygınlığı yapılan çalışmalar arasında değişmektedir. Bir çalışmada American Kolej öğrencilerinde %1’den azken (Dunn , 2016), Hindistanlı evli kadınların üzerinde yapılan bir çalışmada ise ON eğiliminin yaygınlığı %89.80 çıkmaktadır. (Jain, 2021a) Çin’de yaşayan üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada örneklemin %7,8’i Ortoreksiya tanısı alırken örneklemin %18.2’sinin ise Ortoreksiya eğilimi yüksek bulunmuştur. (He, 2019) Almanya’daki üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada ise ON olanların oranı %3,3 iken ON eğilimi gösterenlerin oranı %9.0 olarak belirlenmiştir (Depa, 2016). Portekiz ve İspanya’da ise sırasıyla %51 ve %17 tespit edilmiştir (Almeida, 2018;Parra-Fernández, 2018). Türkiye’de yapılan araştırmalarda ise ON eğilimi sağlık eğitimi alan üniversite öğrencilerinde %43,60 oranında bulunmuştur (Fidan, 2010). Türkçe’de yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarı olan ve düzenli spor aktivitesi yapan kişiler de ON risk grubunda bulunmuştur (Dalmaz, 2015;Pehlivan, 2019). Ashtaga yoga eğitimi alan kişilerde ON eğilimi %86 oranında çıkmıştır. Aynı çalışmada Ashtaga yoga eğitimi almak diyet içerdiği için risk faktörü sayılmıştır (Valera, 2014).

2.3. Ortoreksiya Nervoz'a'yı Etkileyen Faktörler

2.3.1. Kişilik Özellikleri

ON'nın mükemmeliyetçilik ve nevrotizm kişilik özellikleriyle ilişkisi olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Gleaves, 2013; Oberle, 2017; Turhan, 2021). Bununla birlikte Ortoreksiya eğilimi ile kişilik özelliklerinin ilişkisinin araştırıldığı başka bir çalışma da Ortoreksiya eğilimi yüksek olan grupta düşük özerklik (belirli hedeflere ulaşmak için davranışlarını düzenleyebilme becerisi), yüksek üstünlük hissi (ruhsal ve kişi ötesi deneyimler) ve yüksek zarardan kaçınma (aşırı endişelenme, pesimizim ve utangaçlık) özellikleri görülmüş ve bu özelliklerden yüksek üstünlük hissini ON'ya özgü olduğu, diğer kişilik özelliklerinin ise anoreksiya, bulimia ve obsesif kompulsif bozuklukta da görülen özellikler olduğu belirtilmiştir (Kiss-Leizer, 2019). Takıntılıkla ilgili kişilik özelliklerinin ve dürtüsellüğün de ON'ya yatkınlığı artırdığı gösterilmiştir (Awad, 2021). Patolojik ON'nın duygularını düzenleyememe, özel olduğu inancı gibi psikotik inançlar ve olumsuz duygulanımla ilişkili; sağlıklı ON'nın ise yüksek sorumluluk, kendilerinin özel olduğu inancı ve kendilik kontrolü eğilimiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. (Roncero, 2021; Vuillier, 2020)

2.3.2. Sosyo-Kültürel Faktörler

Ruh sağlığı uzmanları üzerinde yapılan bir niteliksel araştırmada Batı kültürünün medya aracılığıyla sağlıklı yemecekler yeme korkusu yaratıp insanların daha çok sağlıklı yemek yemeye dikkat etmelerini ve ON hastalarının sağlıklı hayat takıntısını ve kaslı ince vücut yapısı gibi ideallerini desteklediği tespit edilmiştir (Syurina, 2018a). Bu durumun da toplumsal beklentilerle bireysel beklentiler arasında bir çatışmaya yol açtığını ve bireylerin bu beklentiye karşılamak için daha çok egzersiz, sağlıklı yemek seçimi ve kendi yemeklerini hazırlama gibi maliyetler çıkardığını söylemektedirler (Syurina, 2018b). Batı kültürünün, ON eğilimiyle ilgili bir faktör olabileceğini gösteren diğer bir çalışma ise Instagram kullanımının ON geliştirme olasılığını artırdığını göstermektedir. Aynı çalışmada yemek, diyet ve kozmetik gibi endüstrilerde medyanın katkıda bulunduğu, bu yeme bozukluklarından da maksimum yararı elde etmeye çalıştığı, bundan dolayı da Ortoreksik idealleri desteklediği ve bunu da Batı kültüründeki mükemmeliyetçilik ile birleştirip kişilerde güvensizlik ve kontrol ihtiyacı yarattığı vurgulamaktadır (Turner,

2017;Tepe, 2019;Gobin, 2021b). Bir odak grup çalışmasında ise katılımcıların yemek seçimini ahlaki bir zorunluluk olarak gördüğü ve diyet ile ilgili günümüz toplumunda çok çelişkili bilgiler olduğu için yemek seçiminde zorlandıkları bildirilmiştir (Rangel, 2012;Fixsen, 2020). Ortoreksiya ile ilgili davranışların (spor ve beslenme) ahlaki bir karar olarak algılandığını gösteren çalışmalar da vardır (L.Osa, 2020). Sosyal medyada diyet ile ilgili karşılaşılan çelişkili bilgilerin de ve bununla ortaya çıkan yiyecek alımındaki sınırlamanın ON gelişimini etkileyen bir faktör olduğu gösterilmiştir. (Valente, 2020) COVID-19 nedeniyle kapalı kalınan dönemde sağlıklı beslenmeyle ilgili bilgiye maruz kalan ON eğilimi yüksek olan kadınlarda kilo verme baskısının daha fazla artığı görülmüştür (Gobin, 2021c) . Ayrıca ON'nın fark edilmesi diğer bozukluklara göre daha zordur. Sağlıklı yeme ve sağlıklı yaşam tarzı idealleriyle karışabileceği için Ortoreksiya'nın tanımlanması zorlaşmaktadır. İtalya'da yaşayan ve yeme bozukluğu hastalarıyla çalışan sağlık uzmanlarıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların yarısına yakınının (%47) ON semptomlarını bilmediği görülmüştür (Gramaglia, 2017).

2.3.3. Psikolojik Faktörler

Lübnan örnekleminde yapılan bir çalışmada majör depresyonun ve anksiyete bozukluklarının, buna yaygın anksiyete bozukluğu da dâhil olmak üzere ON gelişiminde bir etken olabileceği vurgulanmaktadır (Awad, 2021). ON vakaları ile ilgili bir çalışmada hastaların ON belirtileri göstermeden önce diğer psikopatolojilere sahip oldukları ve bunların çoğunun anksiyete bozuklukları olduğu görülmüştür (Rania, 2020). Bir diğer çalışmada ise ON'yla ilgili davranışların diğer psikopatolojilerle olumlu yönde ilişkili olduğu görülmüştür (Strahler 2018). Bunun yanı sıra yeme bozuklukları ve Ortoreksiya eğiliminin karşılaştırıldığı durumda ON eğilimi yüksek olan kişilerin daha az anksiyete yaşadığı gösterilmiştir (Farchakh, 2019). Bununla birlikte sağlıklı ON'nın depresyon, anksiyete ve strese sebep olan patolojik Ortoreksiya'yı azalttığı da Alman örneklemini içeren bir çalışmada vurgulanmıştır. Aynı çalışmada Lübnan'da yaşanan bir dizi toplu travmaların da Lübnan nüfusunun ON eğilimini artırdığı vurgulanmaktadır. Bununla beraber anksiyetenin ve depresyonun, perseverasyon ve ON arasındaki ilişkide aracı değişken rolü olduğu da belirtilmiştir. Sağlıklı Ortoreksiya, sağlıklı beslenmeyle ilgili perseverasyonla ilişkili görülmüş; patolojik Ortoreksiya ise duygusal cevabın engellenmesi ile ilgili görülmüş; diyetle ve sağlıklı yaşamla ilgili kurallara perverize

olması önerilen ON, kriterlerin aksine daha düşük ON puanıyla ilişkili bulunmuştur. Depresyon hastalarının kişilik özellikleriyle Ortoreksiya arasında da bir ilişki bulunmuştur (Awad, 2021). Ortoreksiya Nervoza'nın sosyal izolasyona yol açması sebebiyle olabileceği şeklinde açıklanmıştır. Yapılan çalışmada yüksek anksiyete düzeyinin patolojik Ortoreksiya'yla, daha düşük seviyedeki anksiyetenin ise sağlıklı Ortoreksiya'yla ilişkili olduğu söylenmiştir.

2.4. Sosyo-Demografik Özellikler

ON'da cinsiyetler arasında farklılık olmadığı vurgulanmakla birlikte, erkeklerde yüksek beden kitle indeksinin (BKİ) ON eğilimiyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Oberle, 2017). Bir çalışmada ise Ortoreksiya eğilimi yüksek olan grubun yüksek gelir düzeyine sahip, organik ürünlere ulaşabilen kişiler olduğu belirtilmiştir (McComb, 2019). Bir diğer araştırmada yaşın ON'yla ilişkisi bulunamamıştır (Aksoydan, 2013). Düşük eğitim düzeyiyle ON eğilimi ilişkili bulunmuştur (Dabal, 2020).

2.5. Ölüm Anksiyetesi

2.5.1. Ölüm Anksiyetesi ve Benlik Saygısı Teorileri

2.5.2. Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik kuramın tanımı ve kişiliğin nasıl geliştiği ile ilgili açıklamalar yukarıda verilmiştir. Bu bölümde psikanalitik Teori ölüm anksiyetesine yönelik yaklaşımıyla ilgili bilgi verilecektir.

Sigmund Freud, insanların davranışlarının iki temel güdü olan yaşam güdüsü ve ölüm güdüsünden etkilendiğini ifade eder. Yaşam içgüdüleri hayatta kalmakla ilgiliyken ölüm içgüdüleri organizmanın canlı olmadan önceki inorganik hâline dönme ihtiyacıdır (Freud, 2003a, s. 294-295). Sigmund Freud bu açıdan psikanalitik Teorinin dualistik bir yaklaşım olduğunu belirtir (Sigmund, 2003b, s. 129). Narsisistik yaşam güdüsü, kişinin ölüm içgüdülerinin kendisini yok etmesini engellemektedir. Bu durum ise ölüm içgüdülerinin dış dünyaya yansımaları ve yok etme içgüdülerine dönüşmesini açıklamaktadır (Freud, 2003c, s. 307). Sigmund Freud, bilinç yüzeyindeki bütün anksiyetelerin kaynağının bilinçdışıdaki kastrasyon korkusunun bir yansıması olduğunu

yazmıştır. Sigmund Freud ölüm anksiyetesini de kastrasyon anksiyetesinin bilinç yüzeyine yansması olarak nitelendirmiştir. Psikanalize göre ölüm anksiyetesi ego ve süper ego arasında gelişmiştir. Sigmund Freud, ölüm anksiyetesinin iki koşul da yükseleceğini söylemektedir. İlk koşulda dış dünyadan gelen bir tehdit ile, ikinci koşulda ise melankoli gibi içsel bir süreç olarak. Melankoli durumu ise sevilme ile hayatta kalmanın aynı anlama geldiği durumda egonun süper ego tarafından sevilmediği sonucuna varması durumudur (Freud, 2003ç, s. 187). Sigmund Freud'a göre insanlar kendilerinin ölümlü olduğu gerçeğini inkâr etmektedirler. Bunun sebebi kişilerin bilinç dışında kendilerinin ölümsüz olduğuna inanmalarıdır. Psikanalize göre insanlar, ölüm gerçeği ile kendi kültürel inançlarını kullanarak baş etmektedirler. Kültürel inançlar olarak ise ritüeller ve dini inanç örnek verilmiştir (Freud, 1916, s. 289-299).

2.5.3. Hümanist Yaklaşımlar

Hümanist yaklaşım, Carl Rogers'ın kendi hayatındaki deneyimleri ve Abraham Maslow'un Kendini Gerçekleştirme kavramından etkilenecek ortaya koyduğu bir yaklaşımdır. Psikanaliz teorisinin tam karşısı olarak geliştirilmiştir (Rogers, 1959a, s. 248).

Carl Rogers'ın teorisine göre insan doğduğunda içsel motivasyon sistemine sahip olmakla birlikte dışsal olarak da davranışlarını düzenleyen bir sistemin içine doğmaktadır. Kişi, kendini gerçekleştirme eğiliminin bir parçası olarak kendi deneyimleri ile çevresinden farklılaşmaya ve fonksiyon kazanmaya başlar. Bu farkındalık ise benlik diye tanımlanmıştır. Benliğin gelişmesi ile kişinin olumlu koşulsuz kabul ihtiyacı ortaya çıkar. İnsanlar olumlu koşulsuz kabul ihtiyaçlarını karşılamak için doğuştan gelen kendini gerçekleştirme ile ilgili ihtiyaçlarını ihmal ederler. Benlik kavramının gelişmesiyle kişinin değerli olmaya yönelik koşulları ortaya çıkmaya başlar. Kişinin değerli olmaya yönelik koşullarını belirleyen kişi ise bakım verenidir. Bakım veren, koşulsuz olumlu kabul gösterirse kişinin değerli olmaya dair koşullar geliştirmesine gerek kalmaz. Kişinin deneyimleri değerli olma koşullarına göre algılanır. Kişinin değerli olma koşuluna uymayan deneyimler anksiyete ortaya çıkaracağı için ya inkâr edilir ya da çarpıtılarak algılanır (Rogers, 1959b, s. 222-228). Maslow'a göre kendini gerçekleştiren insan, kendini kabul etmiş ve bundan dolayı da düşük anksiyete düzeyine ve ölüm korkusuna erişmiş kişidir (Tomer, 2007a). Bu doğrultuda yapılan araştırmalarda ise kendini

gerçekleştirme eğiliminin ölüm anksiyetesiyle negatif yönde, ölüm ile baş etme ile ilgili stratejiler ile de pozitif yönde bir ilişkisi bulunmuştur (Robbins, 1991). Bir diğer çalışmada ise ölüm anksiyetesi ile kendini gerçekleştirme eğilimi arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur (Batsel, 1981).

2.5.3.1. Tam İşlevsel İnsan Teorisi

Roger'ın Tam İşlevsel İnsan teorisine göre ise tam işlevsel birey; kendilik deneyimleri, genel kabul ve kendilik kabulü arasında ayrıca koşulsuz kabul ve kendilik kabulü arasında bir harmoniye sahiptir. Tam fonksiyonel bireyin değerli olmaya yönelik koşulları yoktur, savunmaları yoktur ve bu birey deneyimlere tamamen açıktır. Bu anlamda ölüm anksiyetesi, Roger'ın teorisinde savunma ve tam fonksiyonel kişilik kavramları altında incelenebilir. Belki hayatta kalmanın değerli olmakla ilgili en temel koşul olabileceği de belirtilmiştir (Tomer, 2007b). Bununla birlikte Carl Rogers Varolmanın Yolları adlı kitabında ölüm ile ilgili olarak kendisinin psikoloji alanına yönelik yaptığı katkılarla varlığının bir kısmının var olmaya devam edeceğini, reenkarnasyon gibi diğer dünya inançlarının olabileceğini ya da öldükten sonra yok olabileceğini söylemiş ve bütün bu yeni deneyimlerde kendi yaptığı tam fonksiyonel insan tanımıyla uyumlu bir şekilde açık olduğunu söylemiştir (Rogers, 1995).

2.5.4. Victor Emil Frankl'ın Anlam Arayışı Modeli

Anlam arayışı modeli Victor Frankl'ın konsatrasyon kampı deneyimleri sonucu ortaya koyduğu bir modeldir. Victor Frankl'a göre anlam arayışı temel bir içgüdüdür. Anlam arayışı içgüdüsünün engellenmesi ise Noöjenik nevroz olarak adlandırılan varoluşsal sorunlara yol açmaktadır. Victor Frankl'a göre insanlar kendi davranışlarına yol gösteren doğal içgüdülerini ve toplumsal gelenekleri kaybetmişlerdir. Bu durum ise varoluşsal sorunlara sebep olmaktadır. İnsanlar varoluşsal boşluk durumunda ya başka insanların yaptığı şeyleri arzularlar (uydumculuk) ya da diğer insanların kendisinden yapmasını istediği şeyleri yaparlar (totaliterlik) (Frankl, 2019a, s. 120). Anlam Arayışı modeline göre kişinin kendi hayatına yönelik bir amaç belirlemesi ruhsallığının ön koşuludur. Kişilerin ruh sağlığı için ihtiyaç duyduğu şey, kişi ve hayatına vereceği anlam (amaç) arasındaki sürekliliktir. Bu süreklilik ise noö-dinamik olarak adlandırılmıştır (Frankl, 2019b, s. 118-120). Anlam arayışı modeline göre kişi kendi hayatının anlamını

bulmakla sorumludur. Kişi kendi hayatının anlamını üç şekilde bulabilir: İlk olarak ortaya bir eser koyabilir, ikincisi bir şey deneyimlemesi veya bir insanla etkileşim yaşaması olabilir, üçüncüsü ise kaçınılmaz acıya yönelik bir tavır geliştirerek olabilir (Frankl, 2019c, s. 123-125).

Anlam Arayışı Modeli, yaşanan travmatik olaydan yeni bir anlam çıkarılması gerektiğini savunur (Frankl, 2019ç, s. 132). Bu modelde kişinin kendi geçmişiyle kurduğu ilişki önemlidir. Bu durum ise Victor Frankl tarafından İnsanın Anlam Arayışı kitabında geçmişte hiçbir şey geri dönülemeyecek şekilde kaybedilmemiştir ama geri dönülemeyecek şekilde kaydedilmiştir şeklinde belirtilmiştir (Frankl, 2019d, s. 135).

2.5.5. Yaşam Şeması Modeli

Thomson ve Janigian, insanın anlam arayışındaki düşüncelerini yaşam şeması olarak kavramsallaştırmışlardır. Bu yaklaşıma göre anlam kavramı iki birleşenden oluşur. İlki, kişinin dünya düzeni ve onun içindeki yeri; diğeri ise insanın yaşam amacıdır. Buna göre kişinin başına gelen olumsuz olaylara yönelik yaşam şeması değiştirilip yaşadığı olumsuz yaşam olayını da kapsamayı sağlayarak kişinin bu olayla baş etmesi sağlanabilir ya da o olumsuz yaşam olayına yönelik bakış açısı değiştirilebilir (Thomson, 1988). İlk duruma kişinin ölüme rağmen yaşamaya önem vermesi olarak da tanımlanabilir. Bunun ise kişinin kendi geçmişine yönelik bakış açısını kaybettiği bir şey olarak görmesi yerine kendisiyle geçmişini bir bütün hâlinde görmeye yönelik bir değişim olduğu belirtilmiştir. Bu da kişinin genişletilmiş kendiliğe sahip olmasıyla olabilir yani diğer önem verdiği kişileri de bu kendi benlik tanımının (geçmişinin) içine koymasıyla. Bu durumun ölüm anksiyetesinin kişide daha az bulunmasını sağlayabileceği belirtilmiştir. Bu da ölümle ilgili algının sadece kötü bir şey olmasından ziyade hayatımıza anlam katan bir etken olarak değiştirilmesine yol açabilir. Bu iki strateji de ölüm anksiyetesiyle baş etmek için gerekli görülmektedir. Yaşam şeması tanımına göre kişinin ölümle bütünleşmesi ilk olarak kişinin kendisiyle ilgili faktörlere bağlıdır, başarı ya da geçmişi. Diğer bir şart ise ölüm kavramının anlam ihtiyacının karşılanmasıyla birlikte yeniden inşa edilmesidir. Bir çalışmada benlik saygısıyla ölüm anksiyetesi arasında olumsuz yönde bir ilişkinin varlığı gösterilerek, insanın anlam arayışının benlik saygısını yükseltip ölüm anksiyetesini azaltabileceği vurgulanmıştır (Aronow, 1980-1981).

2.5.6. Kişisel Yapı Teorisi

Kişisel yapı teorisine göre insanın kişiliği, anlık değerlendirmeler yerine yüzyıllar boyunca insan düşünce yapısında gerçekleşen değişimlerin incelenmesiyle daha iyi anlaşılabilir (Kelly, 1991a, s. 3). Bu teori, insanı bir bilim insanı olarak ele almaktadır. İnsanlar çevrelerindeki olayları kendi kişisel süzgeçlerinden geçirerek gelecekte yaşanabilecek olayları tahmin etmeye ve bu olayları kontrol etmeye çalışırlar (Kelly, 1991b, s. 4). Kişisel İnşa Teorisine göre, insanlar kendi oluşturdukları dünyayla ilgili şablonlara göre deneyimlerine anlam verirler. Bu şablonlara ise kişisel yapı denmektedir. İnsanlar kendi kişisel yapılarını yeni bilgileri de kapsayacak şekilde genişletme eğilimindedirler. Kişisel yapılar geliştikçe merkezî yapılar ve bu merkezî yapılara tabi olan daha küçük çevresel yapılara ayrılırlar (Kelly, 1991c, s. 9). İnsanlar kendi kişisel yapılarını diğer kişilerle paylaşabilir. Bu paylaşımın amacı ise kendi kişisel yapılarını yeni durumlara uyarlamaktır. Toplum yapı sistemi, bu açıdan psikolojik yapıdaki sistemler ve doğa bilimleri yapısındaki kendilik inşası sistemleri olarak ikiye ayrılmıştır (Kelly, 1991ç, s. 8).

Kişisel inşa teorisine göre ölüm algısı kişinin merkezî şablonunda radikal bir değişime neden oluyorsa kişi ölüm olgusunu kendi tehdit şablonunun içinde işleyecektir (Kelly, 1991d, s. 361). Ölümün kişinin kişisel şablonunun bir parçası olduğu durum için ise diğer dünya inancının var olması örnek verilmiştir (Kelly, 1991e, s. 116). Ölüm kavramı değişime dirençli bir yapıdır, çünkü kısa vadede sınanabilecek bir özeliği yoktur (Kelly, 1991f, s. 10). Kişisel inşa teorisi ölüm tehdidi ile ölüm anksiyetesini ayırmaktadır. Anksiyete, kişinin karşılaştığı durumun kendi kişisel yapı sistemine uyumsuz olduğunun farkındalığı diye tanımlanmakta ve bu tanıma göre kişinin kendi ölümü kişisel yapının dışında kalan bir durum olmakta ve kişide anksiyete ortaya çıkarmaktadır (Kelly, 1991g, s. 365). Bu teoriye göre kişinin kendi benlik yapısı ile ölümü aynı yapı altına koyması anksiyete yaratır ama bu anksiyete öbür dünya inancı olan kişilerde daha az bulunur. Bu sonuç ölüm anksiyetesi ve öbür dünya inancını araştıran diğer çalışmalarda kanıtlanmıştır (Gonen, 2012; Flannelly, 2008a). Kişisel inşa terapisinin amacı kişilerin şablonlarını esnetmek ya da daraltmaktır. Kişisel inşa terapisi uygulanan bir vaka analizinde ise kişinin kendi ölümü hakkında verdiği anlamın önemi vurgulanmıştır. Kişinin ölüm şablonuyla ilgili yetersizlik inancının yeterlilik boyutuna kaydırıldığı raporlanmıştır.

Kişinin bu terapisinin sonunda ölümün de yaşamın doğal bir parçası olduğu sonucuna varması ise iyileşmenin bir göstergesi olarak sunulmuştur (Viney, 2007).

2.5.7. Eklektik Model

Kendini gerçekleştirme kavramı ile kişisel yapı teorisinin birbirine eklenmesinden oluşan eklektik model ise kendini gerçekleştirme ve bütünlüğün önemini vurgulamaktadır. Bu modele göre bu ölüm endişesi ek bir işlev olarak iki faktörden oluşur: gerçekleştirme ve bütünlük. Gerçekleştirme, ideal benlik ile gerçek benlik arasındaki farkı vurgularken; bütünlük, gerçek benlik ile ölüm kavramı arasındaki derecelendirmeyi temsil etmektedir (Neimeyer, 2007).

2.6. Ölüm Anksiyetesi ve Pozitiflik Yanılsamasıyla İlgili Teoriler

Pozitif yanılsamayla ilgili teoriler, geçmişte birtakım kişilerin veya hastalıkların kurbanı olmuş kişilerle ilgili araştırmalar sonucunda ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlara göre pozitif illüzyonlar kişilerin günlük hayatlarında olduğunu varsaydıkları temel varsayımlardır. Bu temel varsayımlar aslında kişilerin şemalarıdır (Janoff-Bulman, 1989a). Bu varsayımlardan (illüzyonlardan) biri kişilerin dokunulmaz olduğu varsayımdır. Kişilerin kendi dokunulabilirliği ile ilgili üç varsayımı vardır: Dünya yardımsever bir yerdir, dünya anlamlı bir yerdir ve ben değerliyim. İlk varsayımda, dünya ve insanlar çok olumlu bir şekilde görülür. Bu varsayım örtülü bir şekilde iyilik ve kötülük kategorilerini içerir. İkinci varsayım ise olayların neden bazı kişilerin başına gelirken bazı kişilerin başına gelmediğini açıklayan ve bizim olayları kontrol ettiğimiz inancını içerir. Üçüncü varsayım ise kişinin kendini övgüye layık ve değerli bir insan olarak görmesidir (Janoff-Bulman, 1989b). Bununla birlikte kontrolle ilgili yanılsamalar ise kişinin kendisi, dünya ve becerileri hakkında pozitif yanılsamalar geliştirdiğini; bu sayede çevresini ve geleceğine yönelik bir kontrol algısı oluşturduğunu söyler. Bu tür pozitif yanılsamaların yüksek seviyede inançlar olduğu için çok az test edildiği ve test edilip doğrulanmadığı taktirde de gerçeklikle uyumlu bir şekilde değiştirildiği söylenmektedir. Bu tür bir pozitif yanılsama, kişinin kaçınılmaz olan ölümünün farkında olmasına rağmen kendi ölümünü uzak bir gelecekte görmesi olarak kendini gösterebilir. Bu tür bir inanç işlevsel görülmektedir ve reddedilme eğilimi çok düşüktür (Brown, 1994). Ayrıca pozitif yanılsama işlevsel görülmektedir. Kişinin ölümü bir seferlik bir durumken, kişinin birçok

ölümle ilgili yanlış alarmla uğraşmasının önüne geçerek psikolojik sağlığı ve iyi oluş hâlini sağlamaktadır. Pozitif yanılsamaların bir işlevi de kişilerin travmayla baş etmesine yardımcı olmasıdır (Taylor, 1984). Pozitif illüzyonlar kısa vadede işlevsel olabilirken, uzun vadede işlevsiz hâle gelebilirler (Taylor, 1996). Pozitif yanılsamalar, kişiye uzun bir hayat varsayımıyla ya da sadece yakın zamana yönelik planlamalar yapma ile ya da kontrol algısı ile onun ölüm anksiyesiyle baş etmesini sağlamaktadır. Ayrıca pozitif yanılsamayla ilgili teoriler ölüm anksiyesinin içe odaklı kontrolle negatif yönde ve dışa odaklı kontrolle pozitif yönde ilişkili olduğunu varsaymaktadır. Savunma mekanizmaları bilinç dışı bir ölüm anksiyesine yönelikken pozitif yanılsamalarla ilgili teoriler, bilinç dışı bir ölüm anksiyesinin olduğu varsayımı içerisinde değildir (Tomer, 2007c).

2.7. Ölüm Anksiyesinin İki Faktör Modeli

Bu modele göre ölüm anksiyesi iki faktör tarafından belirlenmektedir. İlk faktör genel anksiyete ve depresyonla ölçülen psikolojik sağlık durumu, diğeri ise ölüm ile ilgili yaşanan deneyimlerdir. İlk faktör ölüm anksiyesini ikinci faktör ise doğrudan yaşanan bir ölüm korkusunu kapsamaktadır. İkinci faktörün tüm insanlarda bulunduğu ve deneyimsel olarak öğrenmeye bağlı olduğu belirtilmiştir (Tomer, 2007d). Bu modele göre savunma mekanizmalarının yıkılması ölüm anksiyesini ve diğer psikopatolojileri getirecektir. Templer, dinî inançlar ile ölüm anksiyesi arasında negatif bir ilişki olduğunu tespit etmiştir (Alvarado, 1995). Bir çalışmada ise ölüm anksiyesi ile dinî inanç arasında ilişki bulamamış ama dinî mezheplere göre ölüm anksiyesinin değiştiğini ifade etmiştir (Templer, 1970). Templer, sonradan üçüncü bir faktör daha eklemiştir. Bu varoluşsal faktör, kişinin şemasının dünyayla ne kadar uyumlu olduğu ve kişinin öleceği gerçeğinin onun hayatını daha anlamlı yaptığı veya anlamsızlaştırdığı ile ilgilidir (Lester, 1993).

2.8. Dehşet Yönetimi Kuramı

Dehşet yönetimi kuramı, Ernest Becker tarafından insan davranışlarının temel motivasyonunu anlamak için oluşturulmuştur. Bu kurama göre insanların yüksek bilişsel kapasitesi, insanlar için ölümün kaçınılmazlığı ve her an gelebileceği ile ilgili bir farkındalık yaratmaktadır. Bu farkındalık, insanlar üzerinde büyük bir baskı yaratmakta ve insanları bu varoluşsal dehşetle baş etmek için inanç sistemleri oluşturmaya

yönlendirmektedir (Rosenblatt, 1989). Bu inanç sistemleri, kültürel tampon olarak tanınmakta ve insanlardaki ölüm anksiyetesini engellemeye yönelik bir işlev görmektedir. Kültürel tampon insanlar için gerçekliğin anlamlandırılmasında hangi davranışların ve karakteristik özelliklerin değerli olduğuna dair standartlar koymaktadır. Bu standartların karşılanması karşılığında ise sembolik bir ölümsüzlük vaadinde bulunmaktadır. Bununla birlikte kültürel tampon, hangi davranışların ahlaki olmadığını ve kişinin bundan dolayı cezalandırılması gerektiğini de belirler. Bu standartları karşılamak ise kişinin benlik saygısını artırır ki bu kısa vadede anksiyeteden korunma ve uzun vadede sembolik ölümsüzlük fikrini destekleme işlevlerini görmektedir. Bundan dolayı insanların dünya görüşü ve benlik saygıları birlikte çalışarak, anksiyeteye karşı bir koruma sağlamaktadır (Solomon, 1991). Anksiyete önleme sisteminin üç birleşeni olan benlik saygısı, kişiler arası ilişkiler ve kültürel tamponun kökeni ise birincil bakım verenlerin yardımına ihtiyaç duyan bebeğin bağlanma şekline gelmektedir. Çocuklar, bakım verenlerini memnun edecek şekilde davrandıklarında övgü ve sevgi alacaklarını, bunun da bakım verenleri tarafından korunma anlamına geldiğini çabucak öğrenmektedir. Aksi hâlde cezalandırılacaklarını ve bakım verenlerin korumasının kaybedileceği ipucunu verdiğini de öğrenmektedirler. Çocuklar büyüdüğünde ve bilişsel açıdan geliştiklerinde bakım verenleriyle kurdukları ilişki aracılığıyla öğrendikleri dünya görüşünü sahiplenmeyi ve bunun da aynı şekilde bakım verenlerin korumasını ve dünyaya anlam vermeyi sağlayabileceğini öğrenirler. Bu işlem; çocuk büyüdükçe arkadaşları, öğretmeni, kardeşleri... vs. kişilerle kurulan ilişkiler aracılığıyla tekrarlanarak kişiler aynı dünya görüşünü yani kültürel tamponu paylaşarak birbirlerinin dünya görüşünü doğrulamaktadırlar. Bu durumun kendisi ise insanlarda bir güvenlik algısı yaratmaktadır. Bu durum onların dünya görüşünün doğru olduğu anlamına gelmektedir. Kültürel tampona sahip olmayan kişiler benlik saygılarını artırmak için hangi standartları karşılamaları gerektiğini gösteren bir rehberden yoksun olacakları için anksiyeteye karşı savunmasız kalmaktadırlar. Bu yolla bakım verenlerin çocukla kurduğu güvenli bağ ise benlik saygısına dönüşmekte, kendi kültürel standartlarını yerine getirebilmeye ve diğer insanlarla bağ oluşturabilmeye dayalı hâlde gelmektedir (Mikulincer, 2003). İnsanlar kendi dünya görüşlerini doğrulayan ve öven diğer insanlar aracılığıyla da benlik saygılarını artırmaktadırlar. Dehşet yönetimi kuramına yapılan deneysel araştırmalarda ise şu hipotezler test edilip kanıtlanmıştır.

Ölümün hatırlatılmasıyla (ölüm kesiti) insanların kendi dünya görüşlerini destekleyen kişilere yönelik pozitif tepki verme ihtimali artmakta, kendi dünya görüşlerini desteklemeyenlere yönelik negatif tepki verme olasılığı da artmaktadır. Benlik saygısını artırmak ölümünün hatırlatılmasıyla ortaya çıkan anksiyeteyi azaltmaktadır. Ölüm kesiti efekti dünya görüşü savunmasını ve benlik saygısını artırma çabasını azaltmaktadır. İnsanların dünya görüşünü ve benlik saygısını tehdit etmek insanlar için ölümle ilgili düşüncelerin ulaşılabilirliğini artırmakta, tam tersi dünya görüşünün doğruluğunu göstermek ve benlik saygısını artırmak ise ölümle ilgili düşüncelerin ulaşılabilirliğini azaltmaktadır.

Ölümden sonra yaşamın olduğu düşüncesinin hatırlatılması ise ölüm kesiti etkisinin dünya görüşü ve benlik saygısı üzerindeki etkisini azaltmaktadır (Greenberg, 2007). Bununla birlikte ölümle ilgili düşüncelerin insanların bilincine geldiğinde insanların sağlıkla ilgili endişelerinin arttığı ve sağlıklarını artırmaya ve ölümle ilgili düşüncelerden kaçınmaya yönelik davranışlarda bulunmaya başladıkları da görülmektedir (Arndt, 2004). Bilişsel psikoloji ile ilgili bir çalışmada ise sembolik ölümsüzlüğün (diğer dünya inancı) gelecekle ilgili olumlu bir algı yaratarak anksiyete semptomlarını azalttığı da gösterilmiştir (Flannelly, 2008b).

2.9. Dehşet Yönetimi Kuramı ve Psikopatoloji

Dehşet yönetimi kuramı; psikopatolojinin gelişimi, devamı ve etkisi hakkında önemli bir çerçeve sağlamaktadır. Dehşet yönetimi kuramına göre ölünebilirliğin farkındalığı kişilerde anksiyete yaratmaktadır. İnsanlar ölümle ilişkili anksiyeteyle baş etmek için anksiyete engelleme sistemini devreye sokar. Bu sistem de üç birleşenden oluşmaktadır: kültürel tampon, benlik saygısı ve kişiler arası bağlanma. Aslında anılan kuram, Sigmund Freud'un öne sürdüğü psikopatolojilerin anksiyeteyle baş etmede kullanılan adaptif olmayan yöntemlerden dolayı ortaya çıkmış; diğer insanlarla yakın bağlar kurmanın önemi ve bilinçdışı farkındalığın önemi hipotezlerinden etkilenmiştir (Freud, 1927, s. 24 42-43). Ayrıca varoluşçu ekolün anlam hissinin psikolojik adaptasyon için öneminin ve ölüm anksiyetesinin günlük hayatın ve birçok psikopatolojinin merkezinde olduğu düşüncelerinden de etkilenmektedir (Frankl, 2019, s. 110). Dehşet yönetimi kuramına göre anksiyete önleme sistemindeki bozulmalar psikopatolojilerin gelişmesine yol açmaktadır. Bozulmalar ise kişinin geçmişte yaşadığı travma, büyük

hayat değişikliklerinden veya genetik problemlerin yarattığı durumlardan dolayı kişinin bağlanmayı, benlik saygısını ve kültürel dünya görüşünü anksiyeteye karşı nasıl kullanacağını öğrenmesini engellemesinden ya da bu birleşenleri yanlış bir şekilde kullanmasından kaynaklanmaktadır (Maxfield, 2014). Dünya görüşünün içeriğindeki yüksek ve erişilemez standartlar, kişilerde bu yüksek standartlara ulaşamama ve dolayısıyla benlik saygısında azalma durumuna yol açabileceği için psikopatolojiye yönelik bir risk faktörü oluşturmaktadır. Bu konuda feminist teori ise toplumun kadınlardan beklediği fiziksel görünümle ilgili standartların, kadınların değerli bulunmasına ya da bulunmamasına yol açtığı için kadınların psikolojik sağlığını etkileyebileceğini söylemektedir (Fredrickson, 1997). Bir çalışmada ise spor yapan kadınlarda ON'nın yaygınlığı feminist teoriyle açıklanmıştır (Osa, 2020). Anksiyete önleme sisteminin bozulmasının doğrudan psikopatolojiye yol açtığını gösteren bir çalışma ise travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) odaklanmaktadır (Chatard, 2012). TSSB bir stres olayı sonucunda ortaya çıkmakla birlikte yapılan bir araştırma, anksiyete engelleme sisteminin birleşenlerinin bir stres olayına karşı ölümle ilgili düşüncelerin ulaşılabilirliğini azalttığını belirtmiştir (Harmon-Jones, 1997). TSSB'nin ilk kriteri ise bir kişinin ölümle ya da ölüme yakın bir deneyimle veya cinsel saldırıyla karşı karşıya gelmesi ve bu durum karşısında korku, çaresizlik ve dehşet hissetmesidir (APA, , 2013, s. 271). Bu durum karşısında kişi, yeniden yaşama belirtileri, irritabilite ve travmayı hatırlatan uyaranlardan kaçınma davranışı göstermektedir. Anksiyete önleme sistemi çalışmayan insanların vereceği tepkilere benzemektedir. Travma karşısında ise kişilerin anksiyete önleme sistemi zorlandığında kişiler; kendi benlik saygılarını, dünya görüşlerini ve kişiler arası ilişkilerini güçlendirmeye çalışır. Bu durum ise 9/11 saldırılarından sonra vatan severliğin ve kendi dünya görüşlerini desteklemeyen kişilere karşı öfkenin artmasıyla kendini Amerika'da göstermiştir (Gil-Rivas, 2002). Başka bir çalışmada ise depreme maruz kalan insanların travma sonrası yeniden yaşama belirtileri göstermesi ile kendileri ve gelecekleri hakkındaki yetersizlik inançları ilişkili bulunmuştur (Sakarya, 2013). TSSB'nin yordayıcılarından olan düşük seviye yeterlilik algısının da travmaya maruz kalanlar arasında daha sert ahlaki yargılamaları yordadığı bulunmuştur. Aynı çalışma göstermektedir ki dünya görüşlerine daha az yatırım yapan kişiler travmalar karşısında daha ağır TSSB belirtileri ve ölümle ilgili düşüncelerin daha kolay erişilebilir olması gibi tepkiler gösterdikleri görülmektedir (Abdollahi, 2011). Dehşet yönetimi kuramı açısından

ise depresyondaki anhedoni ve aktivitelerdeki düşüklük, dünya görüşüne yapılan yatırımın azaldığını; sosyal ilişkilerdeki gerileme ise dehşet yönetimi kuramının kişiler arası ilişkiler kısmında düşüş olduğunu ve kendiyile ilgili suçluluk algıları ise düşük benlik saygısını göstermekte ve ölüm anksiyesiyle baş edemeyen bir anksiyete önleme sistemine işaret etmektedir (Coyne, 1976). Dehşet yönetimi kuramı ve Ortoreksiya ile ilgili çalışmalarda ise daha çok dehşet yönetimi kuramının bütün birleşenleriyle ON'nın ilişkisini inceleyen bir çalışma olmamakla beraber dehşet yönetimi kuramının farklı farklı birleşenleriyle ON'nın doğrudan ya da dolaylı olarak ilişkisini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Bu açıdan ilk olarak ölüm anksiyesi açısından COVID-19 salgının ortaya çıkardığı travmanın ON eğilimleri üzerinde oluşturduğu etkisine bakıldığında COVID-19'un ölüm kesiti etkisi yaratarak ölüm ile ilgili düşüncelerin ulaşılabilirliğini ve korunma davranışlarını artırdığı savunulmuştur (Menzie, 2020). COVID-19 salgının ilk aşamasında karantinaya alınanların TSSB (Travma Sonrası Stres Bozukluğu) belirtileri de gösterdiği bulunmuştur (Giuseppe, 2020). Çin'de yapılan bir araştırmada COVID-19'dan ölme olasılığının yüksek olduğunu tahmin edenlerin anksiyete ve depresyonlarının yüksek olduğu gösterilmiştir (Wang, 2020). COVID-19 döneminde yapılan bir araştırmada ortalama puandan daha fazla ölüm anksiyesi puanı elde edilmiştir (Alioğulları, 2021). Ölüm anksiyesinin yeme bozukluğu semptomlarıyla ilgili olduğunu gösteren bir çalışma da bulunmaktadır (Marne, 2016a). Bir başka çalışmada, yeme bozukluğu hastalığı olan kadınlarda yemek alımında kısıtlamanın ölüm anksiyesiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Goldenberg, 2005). COVID-19 döneminde karantina zamanında ise sağlıklı beslenme alışkanlığı olanların bu alışkanlığının arttığı, sağlıksız beslenme alışkanlığı olanların da sağlıksız beslenme alışkanlığının arttığı görülmüştür (Poelman, 2021). COVID-19 döneminde karantina sürecinde ON eğilimi yüksek olan kadın katılımcıların daha çok diyet davranışında bulunduğu ve kilo verdirici ilaç kullanımlarının artışıyla ilgili endişelendikleri bulunmuştur (Gobin, 2021ç). Bu sonuca paralel olarak katılımcıların kendi ölümlerini hayal etmesi sağlanan bir çalışmada ise kadın katılımcılardan beden imajı ile ilgili toplumsal normlara daha çok önem verenlerin diyet ilaçları kullanarak ölüm anksiyeteleriyle baş etme eğilimi gösterdikleri saptanmıştır (Cihan, 2013). COVID-19 döneminde de ON eğiliminin arttığını gösteren bir çalışma vardır (Mendeş, 2022). Dehşet yönetimi kuramının bir diğer birleşeni ise kişilerin hangi standartlara göre davranması gerektiğini gösteren kültürel tampondur. Yeme

bozukluğu hastalarıyla yapılan bir çalışmada mükemmeliyetçilik kültürel tampon olarak alınmıştır. Aynı çalışmada yeme bozukluğu belirtilerinin ölüm anksiyetesi, mükemmeliyetçilik ve benlik saygısıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Marne, 2016b). Anılan çalışmada kullanılan EAT-26 ölçeğinin ON'ya da duyarlı olduğunu gösteren bir çalışmada mevcuttur (Dunn, 2019). ON ile mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkiyi doğrudan araştıran yurt dışındaki araştırmalarda ise kendini mükemmeliyetçi olarak sunmanın Ortoreksiya ile pozitif yönde ilişkisi olduğu gösterilmiştir (Pratt, 2021). Türkiye'deki bir çalışmada ise mükemmeliyetçilik ile ON arasında anlamlı ama negatif yönde bir ilişki bulunmuştur (Erol, 2019). ON ve mükemmeliyetçiliğin ilişkisini inceleyen diğer çalışmalar da mükemmeliyetçilik ve ON arasındaki ilişkiyi anlamlı ve pozitif yönde bulmuştur (Yılmaz, 2021a;Karatay, 2021a). Mükemmeliyetçiliğin yüksek standartlar alt boyutu sağlıklı ON'yla ilişkiliyken çelişki alt boyutu sağlıksız ON'yla ilişkilidir (Asarkaya, 2019a). Kültürel tamponun hangi davranışın etik olduğunu belirlediği belirtilmiştir. Bir çalışmada ise ON davranışı arkasındaki motivasyonlardan birinin etik davranmak olduğu belirtilmiştir (Mitrofanova, 2021). Bir çalışmada güvenli bağlanma stilinin ON eğilimiyle pozitif yönde korelasyonu olduğu ve korkulu ile reddedici bağlanmanın ise Ortoreksiya eğilimiyle negatif ilişkide olduğu bulunmuştur(Barnes, 2016) . Dehşet yönetimi kuramındaki ölüm anksiyetesiyle baş etmekte kullanılan bağlanma stratejisinin Ortoreksiya eğilimi gösteren kişiler arasında da olduğu gösterilir (Barnes, 2017). Bir başka çalışma da ise dehşet yönetimi kuramına göre anoreksiya nervoza hastalarının ON eğilimi göstermelerinin, benlik saygısını artırmaya yönelik bir stratejiye işaret ediyor olabileceği vurgulanmıştır (Barthels, 2017). Benlik saygısıyla ON arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada da maneviyatçılığın ON ve benlik saygısı arasında aracı değişken rolü olduğu vurgulanmaktadır. Aynı çalışmada benlik saygısının Ortoreksiya Nervoza'da görülen katı diyet kurallarına uymaya bağlı olabileceği de söylenmektedir. Bu da dehşet yönetimi kuramında benlik saygısını artırmak için koyulan hedeflere ulaşma çabasına benzetilebilir. Söz konusu çalışmada da dehşet yönetimi kuramı vurgulanarak insanların ölünebilirliklerini fark etmesi ile diyetle ilgili kültürel beklentilere uyma aracılığıyla benlik saygılarını yükseltmeye çalıştıkları söylenmiştir. Bir diğer çalışmada, benlik saygısıyla ON'daki sağlıklı beslenmeyle ilgili bilgi seviyesinin ilişkili olduğu gösterilmiştir (Brytek-Matera, 2022). Bazı araştırmalarda ise benlik saygısı ile Ortoreksiya arasında bir ilişki bulunmamıştır (Jain, 2021b).

Türkiye’de ON ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda ise benlik saygısıyla ON arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Özenoğlu, 2015;Uzuner, 2022).

2.10. Ortoreksiya’nın Tedavisine Yönelik Yaklaşımlar

2.10.1. Psikofarmakoloji Yaklaşımı

ON’nın ilaç tedavisiyle ilgili alan yazında fazla bir çalışma olmamakla birlikte, depresyonun eşlik ettiği ON belirtilerine sahip bir hastanın bir antidepresan olan Mirtazapin ilacıyla başarıyla tedavi edildiğini gösteren bir vaka sunumu bulunmaktadır (Lopes, 2020).

2.10.2. Bilişsel Davranışçı Terapi Yaklaşımları

Yeme bozuklukları için BDT-E (Yeme Bozukluğu İçin Geliştirilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi) kullanılmaktadır. Bilişsel davranışçı terapinin bu türü, özellikle Anoreksiya Nervoza hastaları için geliştirilmiş ve danışanların benlik saygısı ve mükemmeliyetçilik özellikleri üzerine odaklanmıştır (Murphy, 2010).

ON’da yüzleştirme ve tepki önleme tedavilerinin işe yaradığını gösteren bir çalışma vardır (Zickgraf, 2020). Bir başka çalışmada ise BDT’nin yeme bozuklukları semptomlarını azaltırken ON semptomlarını kaçırdığı ve yeme bozukluğu tedavisinden sonra danışanların ON oranının arttığı görülmüştür (Segura-Garcia, 2014). Rachel E. Menzies psikopatolojiye dönük müdahalelere ölüm anksiyetesine yönelik bilişsel davranışçı müdahalelerin eklenmesinin tedavilerin sonuçlarını daha kalıcı yapabileceğini belirtmiştir (Menzies, , 2020). Bilişsel davranışçı terapinin ölüm anksiyetesinin tedavisine yönelik etkisini araştıran çalışmalar genellikle vaka sunumu çalışmaları olmaktadır. Bu çalışmalardan birinde kalp krizi geçirip ölmekten yoğun bir şekilde korkan bir vakanın yüzleştirme yöntemi kullanılmasının ardından ölüm anksiyesiyle ilgili şikâyetlerinin büyük ölçüde azaldığı görülmüştür (Furer, 2008). R. E. Menzies de ölüm anksiyetesine yönelik bilişsel davranışçı yaklaşım için ölümle ilgili geliştirilmiş uyumlu olmayan inançların ölümle ilişkilendirilen düşüncelerden ve durumlardan kaçınmaya yol açacağını belirtmiştir. Bu kapsamda bilişsel yeniden değerlendirme aracılığıyla ölüm ile ilgili varsayımların ve inançların daha işlevsel bir hâle getirilmesine vurgu yapmıştır. Bu kapsamda ölümün kaçınılmazlığı inancına yönelik olarak kullanılan Epicurus’un simetri

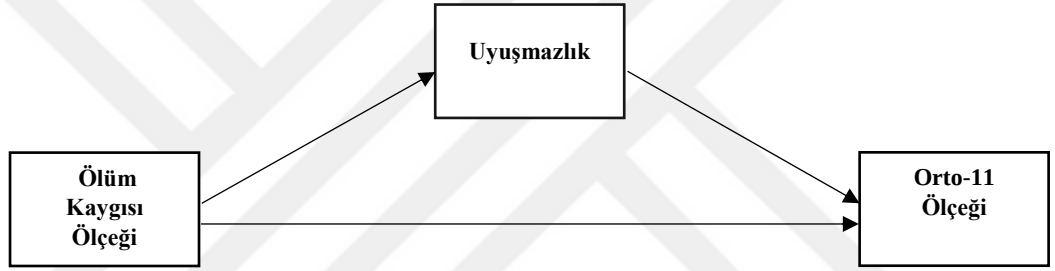
argümanını önermiştir (Menzies, 2018). R. E. Menzies, bu açıdan Irvın Yalom'un hastanın kendini bir noktası doğumu, bir noktası ölümü olan bir çizgide kendinin nerde olduğunu hayal etmesi egzersizini de bir yüzleştirme görevine benzetmektedir (Menzies, 2018a, s. 209). Benzer bir şekilde Dr. David Burns yüzleştirme tedavisini, “Tibet Ölüler” kitabından bir alıntıyla anlatmaktadır (Burns, 2016, s. 336). R. E. Menzies ayrıca ölümle ilgili şarkıların, filmlerin, romanların ve çizgi filmlerin de yüzleştirme için kullanılabileceğinden bahsetmektedir (Menzies, 2018b, s. 210).



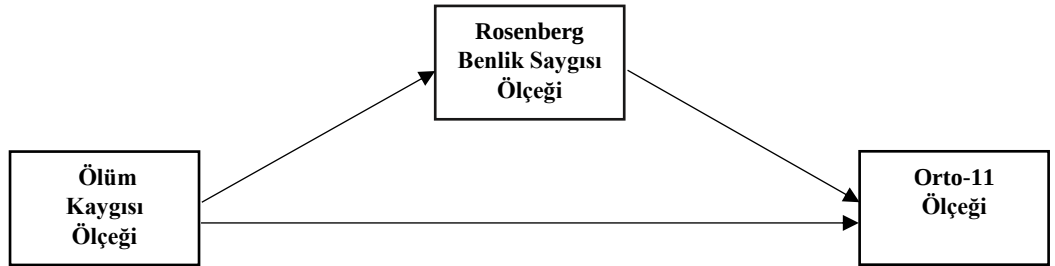
BÖLÜM 3: YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Aracı Değişken Modeli

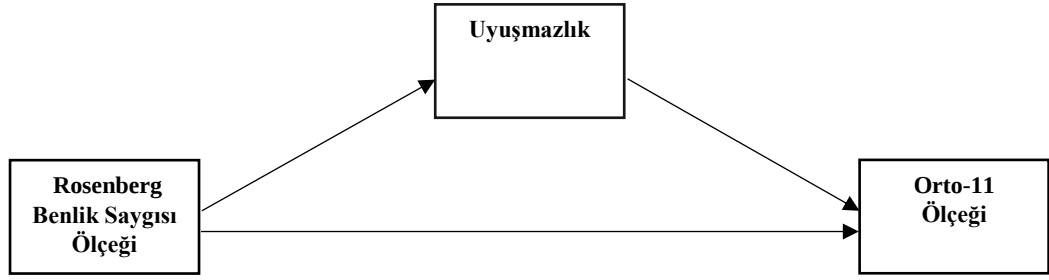
Araştırmada ölüm anksiyetesi, benlik saygısı, mükemmeliyetçilik ve ON arasındaki değişkenlerin ilişkisini incelemek için PROCESS 3.5 Makrusu kullanılmıştır. Bu araştırmada bağımsız değişken olarak ölüm anksiyetesi ve benlik saygısı kullanılırken bağımlı değişken olarak ise mükemmeliyetçilik, benlik saygısı ve ON kullanılmıştır. Bu araştırmada ölüm anksiyetesi ile ON arasındaki ilişkide mükemmeliyetçiliğin ve benlik saygısının aracı değişken rolü ile benlik saygısı ve ON arasındaki ilişkide mükemmeliyetçiliğin aracı değişken rolü incelenmiştir.



Şekil 1: Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Orto-11 Ölçeği'ni Yordamasında Uyuşmazlığın Aracı Rolüne İlişkin Model.



Şekil 2: Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Orto-11 Ölçeği'ni Yordamasında Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Aracı Rolüne İlişkin Model.



Şekil 3: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Orto-11 Ölçeği'ni Yordamasında Uyuşmazlığın Aracı Rolüne İlişkin Model.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın örneklemini Türkiye’de bulunan 18 yaş ve üstü bireyler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılım şartı ise 18 yaşında veya üstünde olmak ile okuma yazma biliyor olmaktır. Ölçekler, internet üzerinden katılımcılara ulaştırılmıştır. Katılımcılar kendilerine ulaştırılan bir link sayesinde bu çalışma hakkında bilgilendirilmiş, onamları alınmıştır. Araştırmaya toplamda 716 kişi katılmayı kabul etmiştir. Katılımcıların %61,9’u kadın, %38,1’i erkek; eğitim durumları %6.1’i ortaokul, %10.2’si lise, %72.8’i ön lisans, %10.9’u lisans; aylık gelir düzeyleri %52.2’si düşük-orta, %45.4’ü orta-yüksek, %2.4’ü yüksek-çok yüksek; medeni durumları %67.5’i bekâr, %27.7’si evli, %4.9’u boşanmış/duludur. Katılımcılardan herhangi bir sağlık problemi olanlar %18,4; herhangi bir sağlık problemi olmayan %81,6’dır. Düzenli ilaç alıp almadıkları sorusuna katılımcıların %19’u evet, %81’i hayır; daha önce herhangi bir konuda psikolojik yardım alıp almadıkları sorusuna %22,5’i evet, %77.5’i hayır cevabını vermiştir.

3.3. Veri toplama araçları

Bu araştırmada Türkçe Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ile kültürel olarak uyarlanmış bir şekilde ölüm anksiyetesi ve alt faktörleri olan ölümün belirsizliği, ölümü düşünme ve tanık olma ve de acı çekme ölçülmüştür. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile benlik saygısı düzeyi değerlendirilmiştir. Neredeyse Mükemmel Ölçeği ile işlevsel mükemmeliyetçilik ve işlevsiz mükemmeliyetçilik; Orto-11 Ölçeği ile de ON eğilimi ölçülmüştür.

3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Sosyodemografik bilgi formu araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Sosyodemografik bilgi formu; kişinin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, sosyoekonomik durumu, medeni durumu, psikolojik yardım alıp almadığı, daha önceden tıbbi bir yardım alıp almadığı, boyu ve kilosu hakkındaki bilgileri almak için hazırlanmıştır.

3.3.2. Türkçe Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (TDAS)

Türk kültürüne özgü olarak ölüm anksiyetesini ölçmek için Yusuf Sarıkaya ve Mustafa Baloğlu tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, araştırmacıların diğer ölüm anksiyetesi ölçeklerindeki maddelere kendi oluşturdukları maddelerin de eklenmesiyle ortaya çıkan 153 maddenin dâhil edildiği istatistik analizleri sonucu 20 maddeye indirilmiştir. Türkçe Ölüm Anksiyetesi ölçeği için alt ölçeklerin puanları ile birlikte toplam puan da hesaplanmaktadır. Toplam puanda 0-7 arası puan çok düşük 8-25 arası puan düşük 26-44 orta düzeyde 45-63 yüksek düzeyde ve 64-80 çok yüksek düzeyde ölüm anksiyetesi olduğu anlamına gelmektedir. Türkçe Ölüm Anksiyetesi Ölçeği 5'li likert tipi bir cevaplama yöntemiyle doldurulmaktadır: Hiçbir zaman (0), Nadiren (1), Ara sıra (2), Sık sık (3), Her zaman (4). Ölümün belirsizliği (10 madde), ölümü düşünme ve tanıklık (7 madde) ve acı çekme (3 madde) olmak üzere toplam üç alt faktörden oluşur. Ortaya çıkan bu üç faktör toplam varyantın %67'sini açıklamaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık (Cronbach alfa) puanı 0.95'tir. Ölümün belirsizliği alt boyutunun iç tutarlılık (Cronbach alfa) puanı 0.94'tür. Ölümü düşünme ve tanıklık faktörü için iç tutarlılık (Cronbach alfa) puanı 0.92'dir. Acı çekme faktörü için iç tutarlılık (Cronbach alfa) puanı 0.76 bulunmuştur. Ölçeğin test tekrar test güvenirlik değeri ise 2 hafta süre ile 0.82 bulunmuştur. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre uyum iyiliği (GFI) 92 olarak hesaplanmıştır. Ölümün belirsizliği ile ilgili maddelerin faktör yükü 53 ve 81 arasındadır. Ölümü düşünme ve tanıklık etme ile ilgili maddelerin faktör yükü ise 66 ve 84 arasındadır. Acı çekme ile ilgili faktörler için ise 59 ve 82 arasındadır. Ölümün belirsizliği alt ölçeği 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10'uncu maddelerden oluşmaktadır. Ölümü düşünme ve tanıklık alt ölçeği 11,12,13,14,15,16 ve 17'nci maddelerden oluşmaktadır. Acı çekme alt ölçeği ise 18,19 ve 20'nci maddelerden oluşmaktadır. Türkçe Ölüm Anksiyetesi Ölçeği'nin ölçüt geçerliliğine bakıldığında ise TÖKÖ'nün durumluk kaygı envanteri ile korelasyonu 0.28, sürekli kaygı envanteri ile korelasyon katsayısı 0.43, Beck depresyon

envanteri ile korelasyon katsayısı 0.24, Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ile gösterdiği korelasyon katsayısı ise 0.76'dır. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Sarıkaya, 2013).

3.3.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RSES)

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği 1965 yılında Morris Rosenberg tarafından ergenlerin benlik saygısını ölçmek için geliştirilmiştir (Rosenberg, 1965). Katılımcılar soruları çok doğru, doğru, yanlış ve çok yanlış olacak şekilde puanlamaktadırlar. Rosenberg'in geliştirdiği bu ölçek toplam 63 maddeden ve 12 alt testten oluşmaktadır. Bu çalışmada bu 12 alt testten biri olan Benlik Saygısı Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek, 5 olumsuz ve 5 olumlu madde olmak üzere toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Sırasıyla 1,2,4,6 ve 7. sorular için çok doğru (4), doğru (3), yanlış (2), çok yanlış (1) iken; 3,5,8,9 ve 10. maddeler için de tam tersi geçerlidir. Rosenberg Benlik saygısından alınan yüksek puan benlik saygısının düşük olduğu anlamına gelmektedir. Çuhadaroğlu tarafından 1985 yılında ölçek uyarlama çalışması yapılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda ölçeğin test tekrar test güvenirliği 0.75 bulunmuştur. Ölçeğin geçerlilik katsayısı ise 0,71 olarak bulunmuştur (Çuhadaroğlu, 1986).

3.3.4. Neredeyse Mükemmel Ölçeği (APS-R)

Johnson ve Slaney tarafından 1992'de Neredeyse Mükemmel Ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır (Slaney, 1992). Bu ölçeğin ilk formunda yüksek standartlar, düzen ve erteleme alt boyutları bulunmaktadır. Johnson ve Slaney 1996'da ölçeklerinin mükemmeliyetçi olan ve olmayan kişileri ayırt ettiğini kanıtlamıştır (Johnson, 1996). Neredeyse Mükemmel Ölçeği, daha sonradan işlevsel ve işlevsiz mükemmeliyetçiliği ayırt edebilmek adına güncellenmiştir. Güncellenmiş Neredeyse Mükemmel Ölçeği'nin alt boyutları; yüksek standartlar, düzen ve uyumsuzluktur. Uyumsuzluk alt boyutu işlevsiz mükemmeliyetçiliği göstermektedir. Yüksek standartlar 7 madde, düzen 4 madde ve uyumsuzluk 13 maddeyi kapsamaktadır. Ölçek 7'li likert tipi bir puanlamaya sahiptir. Hiç katılmıyorum (1) ve tamamen katılıyorum (7) arasında değişmektedir. Neredeyse mükemmel ölçeği puanlanırken genel puana bakılmadan sadece alt ölçeklerinin puanı hesaplanır. Ölçekteki puan artışı kişide mükemmeliyetçiliğin yüksek düzeyde olduğunu gösterir. Neredeyse Mükemmel

Ölçeği'nin Türkçeye uyarlama çalışmasını Fatma Sapmaz 2006'da yapmıştır. Bu uyarlama çalışmasında uyumsuzluk alt boyutunun tatminsizlik ve çelişki olmak üzere ikiye ayrıldığı görülmüştür. İşlevsel mükemmeliyetçilik yüksek standartlar; işlevsiz mükemmeliyetçilik ise uyumsuzluk olarak alınmıştır (Sapmaz, 2006). Daha sonrasında ise Ulu tarafından Neredeyse Mükemmel Ölçeği'nin Türkçe kültürüne göre yeniden uyarlanması yapılmıştır (Ulu, 2012).

Ulu'nun uyarlama çalışmasında Neredeyse Mükemmel Ölçeği yüksek standartlar, düzen ve uyumsuzluk olmak üzere üç alt gruba ayrılmıştır. Ulu'nun çalışmasında doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ise GFI 0.87 çıkmıştır. Neredeyse Mükemmel Ölçeği'nin yüksek standartlar alt boyutu için güvenirlik katsayısı 0.80, uyumsuzluk alt boyutu için 0.87 ve düzen alt boyutu için 0.87 bulunmuştur. Bu çalışmada Ulu'nun yapmış olduğu uyarlama çalışmasındaki değerler esas alınmıştır.

3.3.5. ORTO-11

Bratman, ilk defa 10 soruluk bir test hazırlayarak ON eğilimini ölçmeye çalışmıştır. Bratman Ortoreksiya Testi'nin (BOT) güvenirlik ve geçerlilik açısından sınırlılıkları olduğu görüldüğü için Donini tarafından Orto-15 Testi geliştirilmiştir (Donini, 2004). Arusoğlu tarafından Orto-15'in Türkçeye uyarlama çalışması yapılmıştır (Arusoğlu, 2006). Orto-15 Ölçeği'nin güvenirlik katsayısı ise 0.44'tür. Sonradan Arusoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada ise Orto-15 Ölçeği'nden faktör yükü düşük olan 4 madde çıkarılıp Orto-11 Ölçeği elde edilmiştir. Orto-11 Ölçeği, 4'lü likert tipi cevaplama yöntemine sahiptir. Altıncı ve onuncu sorular dışında kalan sorular için her zaman (1), Sık sık (2), Bazen (3) ve Hiçbir zaman (4) olarak alınmıştır. Altıncı ve onuncu maddeler ise ters kodlanmıştır. Orto-11'in kesme puanı olarak ise 24 belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre 24 puan ve altı olan kişilerin ON eğilimi yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Orto-11 Ölçeği'nin cronbach alfa katsayısı 0.62 bulunmuştur. Orto-11 Ölçeği'nin iki faktörünün cronbach alfa katsayısı ise 0.70 ve 0,31 olarak bulunmuştur. Orto-11 Ölçeği'nin ikinci faktörünün cronbach alfa değeri düşük olduğu için Orto-11 Ölçeği tek boyutlu bir ölçek olarak alınmıştır (Arusoğlu , 2008).

3.4. İşlemler

Öncelikle ON ile ilgili literatürdeki çalışmalar araştırılmıştır. Çalışmanın adımları tasarlandıktan sonra İstanbul Kent Üniversitesi etik kuruluna başvurulmuştur. Etik onay alındıktan sonra online şekilde 18 yaş ve üstü olan katılımcılara ölçekler link aracılığı ile iletilmiştir. Katılımcılar öncelikle bu araştırmanın gönüllülük esasına dayalı olduğunu, kimliklerinin gizleneceğini ve araştırmadan istedikleri zaman çekilme haklarının olduğunu bildiren etik onay ile bilgilendirilmiştir. Araştırmaya gönüllü katılmayı kabul edenler öncelikle sosyodemografik form ile karşılaşmışlardır daha sonra ise sırasıyla Türkçe Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (TÖKÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RSES), Neredeyse Mükemmel Ölçeği (APS-R) ve Orto-11 Ölçeği ile karşılaşmışlardır. Ölçeklerin tamamlanma süresinin en fazla 10 dakika olabileceği tahmin edilmiştir. Online toplanan veriler otomatik olarak bilgisayar programı tarafından kaydedilmiştir. Sonraki aşamada ise verilerin istatistiksel analizine geçilmiştir.

3.5. Verilerin Analizi

Yapılan anket sonuçları bilgisayar ortamında SPSS. 25 programına uygun bir şekilde getirilmiş ve kodlanarak buraya aktarılmıştır. Buraya aktarılan veriler uygun biçimde işlendikten sonra ölçek puanlarına erişilmiştir. Çalışmada kullanılan ölçeklerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Normal dağılım varsayımı basıklık ve çarpıklık değerleri üzerinden değerlendirilmiştir. Basıklık ve çarpıklık değerleri için -2 +2 referans aralığında olması normal dağılıma uygun olduğunu belirtmektedir (Hahs Vaughn ve Lomax, 2020).

Tablo 1: Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'ne İlişkin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Değişkenler	Çarpıklık	Basıklık
Ölüm Kaygısı Ölçeği	0.899	0.606
Ölümün Belirsizliği	0.857	0.293
Ölümü Düşünme ve Tanıklık	0.963	0.465
Acı Çekme	0.495	-0.557
APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği		
Yüksek Standartlar	-0.392	-0.391
Düzen	-0.744	0.106
Uyuşmazlık	0.044	-0.724
Orto-11 Ölçeği	-0.225	0.000
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	1.027	0.200

Referans değerlerine göre, ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerlerinin normal dağılım için uygun olduğu görülmüş ve bu sebepten dolayı parametrik analizlerin kullanılmasına karar verilmiştir. Pearson Korelasyon Analizi ile Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin değişkenleri arasındaki korelasyonundaki ilişkiler araştırılmıştır. Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin demografik değişkenlere göre fark analizleri için Tek Yönlü Varyans Analizi (One-way ANOVA), bağımsız örneklem T Testi yapılmıştır. Aracı rol analizi için PROCESS 3.5 Makrosu kullanılmıştır. Bu çalışma için bütün analizler %95 güven aralığında yapılmış ve p değeri için referans olarak 0.05 değeri kullanılmıştır.

Tablo 2: Korelasyon Katsayısı İçin Değer Aralıkları

<i>Korelasyon Katsayısı</i>	<i>İlişkinin Gücü</i>
0.000 – 0.300	Düşük ilişki gücü
0.301 – 0.700	Orta ilişki gücü
0.701 – 1.000	Yüksek ilişki gücü

BÖLÜM 4: BULGULAR

4.1. Demografik Değişkenlere Göre Dağılım

Katılımcıların %61,9'u kadın, %38,1'i erkek; eğitim durumları %6,1'i ortaokul, %10,2'si lise, %72,8'i ön lisans, %10,9'u lisans; aylık gelir düzeyleri %52,2'si düşük-orta, %45,4'ü orta-yüksek, %2,4'ü yüksek-çok yüksek; medeni durumları %67,5'i bekâr, %27,7'si evli, %4,9'u boşanmış/duldur. Katılımcılardan herhangi bir sağlık problemi olan %18,4; herhangi bir sağlık problemi olmayan %81,6'dır. Düzenli ilaç alıp almadıkları sorusuna katılımcıların %19'u evet, %81'i hayır; daha önce herhangi bir konuda psikolojik yardım alıp almadıkları sorusuna %22,5'i evet, %77,5'i hayır demiştir.

Tablo 3: Demografik Değişkenlere Göre Dağılım

		n	%
Cinsiyetiniz	Kadın	443	61.9
	Erkek	273	38.1
	Toplam	716	100.0
Eğitim Durumu	Ortaokul	44	6.1
	Lise	73	10.2
	Ön lisans	521	72.8
	Lisans	78	10.9
	Toplam	716	100.0
Aylık Gelir Düzeyi	Düşük-Orta	374	52.2
	Orta-Yüksek	325	45.4
	Yüksek-Çok Yüksek	17	2.4
	Toplam	716	100.0
Medeni Durum	Bekâr	483	67.5
	Evli	198	27.7
	Boşanmış/Dul	35	4.9
	Toplam	716	100.0
Sağlık Problemi	Evet	132	18.4
	Hayır	584	81.6
	Toplam	716	100.0
Düzenli İlaç	Evet	136	19.0
	Hayır	580	81.0
	Toplam	716	100.0
Psikolojik Yardım	Evet	161	22.5
	Hayır	555	77.5
	Toplam	716	100.0

4.2. Katılımcıların Yaşlarına Ait Tanımlayıcı Değerler

Çalışmaya katılanların yaşlarının ortalaması ($\bar{X}=30$, $SS=12$); minimum yaş 18, maksimum yaş 65'tir.

Tablo 4: Katılımcıların Yaşlarına Ait Tanımlayıcı Değerler

	N	Min	Maks	$\bar{X}$	Ss.
Yaş	716	18	65	30	12

4.3. Katılımcıların Boy ve Kilolarına Ait Tanımlayıcı Değerler

Çalışmaya katılan kadınların kilo ortalamasının ($\bar{X}=62$, $SS=13$), en az kilonun 42, en çok kilonun 126 olduğu; boy ortalamasının ($\bar{X}=164$, $SS=6$), en düşük boyun 150 cm, en yüksek boyun 184 cm olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan erkeklerin kilo ortalamasının ($\bar{X}=80$, $SS=14$), en az kilonun 50, en çok kilonun 145 olduğu; boy ortalamasının ($\bar{X}=178$, $SS=7$), en düşük boyun 158 cm, en yüksek boyun 205 cm olduğu saptanmıştır.

Tablo 5: Katılımcıların Boy ve Kilolarına Ait Tanımlayıcı Değerler

	Kadın					Erkek				
	N	Min	Maks	$\bar{X}$	Ss.	n	Min	Maks	$\bar{X}$	Ss.
Kilo (kg)	443	42	126	62	13	273	50	145	80	14
Boy (cm)	443	150	184	164	6	273	158	205	178	7

4.4. Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Tanımlayıcı Değerleri

Ölüm Kaygısı Ölçeği ortalaması ($\bar{X}=23.87$, $SS=17.13$), ölümün belirsizliği ortalaması ($\bar{X}=11.86$, $SS=9.34$), ölümü düşünmeye tanıklık ortalaması ($\bar{X}=7.27$, $SS=6.69$), acı çekme ortalaması ($\bar{X}=4.75$, $SS=3.39$), yüksek standartlar ortalaması ($\bar{X}=37.36$, $SS=7.03$), düzen ortalaması ($\bar{X}=21.36$, $SS=5.27$), uyumsuzluk ortalaması ($\bar{X}=47.99$, $SS=16.01$), Orto11 ölçeği ortalaması ($\bar{X}=28.23$, $SS=5.87$), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ortalaması ($\bar{X}=1.69$, $SS=1.65$) olarak tespit edilmiştir.

Tablo 6: Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Tanımlayıcı Değerleri

	N	Min	Maks	$\bar{X}$	Ss.
Ölüm Kaygısı Ölçeği	716	0	80	23,87	17,13
Ölümün Belirsizliği	716	0	40	11,86	9,34
Ölümü Düşünmeve Tanıklık	716	0	28	7,27	6,69
Acı Çekme	716	0	12	4,75	3,39
APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği					
Yüksek Standartlar	716	14	49	37,36	7,03
Düzen	716	4	28	21,36	5,27
Uyuşmazlık	716	12	84	47,99	16,01
Orto-11 Ölçeği	716	11	44	28,23	5,87
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	716	0	6	1,69	1,65

4.5. Psikolojik Yardım Alma Durumuna Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması

Ölüm Kaygısı Ölçeği, ölümün belirsizliği, ölümü düşünme ve tanıklık, acı çekme, düzen, uyumsuzluk alt ölçeği puanları psikolojik yardım alma durumu değişkeni üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nden ($t(222.665)=3.73$, $Sd.=222.665$, $p<0.05$) verisi elde edilmiştir. Uygulanan test sonucu aldıkları ortalama puanları psikolojik yardım alma durumuna göre kıyasladığımızda ortalama puanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Alınan sonuçları incelediğimizde, evet diyenlerin hayır diyenlere göre daha yüksek ortalama puanı olduğu bulgulara göre saptanmıştır.

Yüksek standartlar alt ölçeğinden ($t(235.739)=-2.12$, $Sd.=235.739$, $p<0.05$), Orto-11 Ölçeği'nden ($t(714)=-2.09$, $Sd.=714$, $p<0.05$) verileri elde edilmiştir. Uygulanan test sonucu aldıkları ortalama puanları psikolojik yardım alma durumuna göre kıyasladığımızda ortalama puanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Alınan sonuçları incelediğimizde, hayır diyenlerin evet diyenlere göre daha yüksek ortalama puanı olduğu bulgulara göre saptanmıştır.

Tablo 7: Psikolojik Yardım Alma Durumuna Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması

		N	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	P
Ölüm Kaygısı Ölçeği	Evet	161	24.96	18.33	0.92	714	0.360
	Hayır	555	23.56	16.77			
Ölümün Belirsizliği	Evet	161	12.13	9.92	0.42	714	0.672
	Hayır	555	11.78	9.17			
Ölümü Düşünme ve Tanıklık	Evet	161	7.83	7.12	1.21	714	0.228
	Hayır	555	7.10	6.55			
Acı Çekme	Evet	161	5.01	3.53	1.09	714	0.277
	Hayır	555	4.68	3.35			
Yüksek Standartlar	Evet	161	36.25	7.74	-2.12	235.739	0.035*
	Hayır	555	37.68	6.78			
Düzen	Evet	161	20.88	5.82	-1.22	235.745	0.223
	Hayır	555	21.50	5.09			
Uyuşmazlık	Evet	161	49.71	17.10	1.56	714	0.120
	Hayır	555	47.49	15.66			
Orto-11 Ölçeği	Evet	161	27.38	6.16	-2.09	714	0.037*
	Hayır	555	28.48	5.76			
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Evet	161	2.17	1.92	3.73	222.665	0.000*
	Hayır	555	1.55	1.53			

* $p<0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

4.6. Sağlık Durumuna Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği,Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması

Ölüm Kaygısı Ölçeği, ölümün belirsizliği, ölümü düşünme ve tanıklık, acı çekme, yüksek standartlar, düzen, uyumsuzluk, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanları sağlık durumuna göre değişkeni üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 8: Sağlık Durumuna Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması

		N	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p
Ölüm Kaygısı Ölçeği	Evet	132	24.54	17.56	0.49	714	0.622
	Hayır	584	23.72	17.05			
Ölümün Belirsizliği	Evet	132	11.71	9.34	-0.20	714	0.845
	Hayır	584	11.89	9.35			
Ölümü Düşünme ve Tanıklık	Evet	132	7.95	7.05	1.29	714	0.196
	Hayır	584	7.11	6.60			
Acı Çekme	Evet	132	4.88	3.26	0.48	714	0.630
	Hayır	584	4.72	3.43			
Yüksek Standartlar	Evet	132	37.17	7.29	-0.34	714	0.736
	Hayır	584	37.40	6.97			
Düzen	Evet	132	21.96	5.11	1.46	714	0.143
	Hayır	584	21.22	5.30			
Uyuşmazlık	Evet	132	46.18	16.45	-1.44	714	0.152
	Hayır	584	48.40	15.90			
Orto-11 Ölçeği	Evet	132	27.92	5.86	-0.68	714	0.499
	Hayır	584	28.30	5.87			
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Evet	132	1.55	1.64	-1.13	714	0.260
	Hayır	584	1.72	1.65			

* $p<0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

4.7. Eğitim Durumuna Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması

Ölümü düşünme ve tanıklık, yüksek standartlar, düzen, uyumsuzluk, Orto-11 Ölçeği puanları eğitim durumu değişkeni üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Ölüm Kaygısı Ölçeği'nden ($F(3.712)=3.42$, $p<0.05$) olarak elde edilmiş puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalama puanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's Testi

ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Tukey bulguları incelediğinde, ön lisans mezunu olanların ortaokul mezunu olanlardan daha yüksek ortalamaya sahip oldukları görülmektedir.

Ölümün belirsizliği alt boyutundan ($F(3.712)=3.10, p<0.05$) olarak elde edilmiş puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalama puanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's Testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Tukey bulguları incelediğinde, ön lisans mezunu olanların ortaokul mezunu olanlardan daha yüksek ortalamaya sahip oldukları görülmektedir.

Acı Çekme alt boyutundan ($F(3.712)=3.95, p<0.05$) olarak elde edilmiş puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalama puanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's Testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Tukey bulguları incelediğinde, ön lisans mezunu olanların ortaokul mezunu olanlardan daha yüksek ortalamaya sahip oldukları görülmektedir.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nden ($F(3.712)=2.99, p<0.05$) olarak elde edilmiş puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalama puanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's Testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Tukey bulguları incelediğinde, ön lisans mezunu olanların lisans mezunu olanlardan daha yüksek ortalamaya sahip oldukları görülmektedir.

Tablo 9: Eğitim Durumuna Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması

		N	$\bar{X}$	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p
Ölüm Kaygısı Ölçeği	Ortaokul	44	17.23	16.82	G.Arası	2977.48	3	992.49	3.42	0.017*
	Lise	73	22.53	18.11	G.İçi	206869.95	712	290.55		
	Ön lisans	521	24.93	17.24	Toplam	209847.43	715			
	Lisans	78	21.83	14.68						
	Toplam	716	23.87	17.13						
Ölümün Belirsizliği	Ortaokul	44	8.95	9.19	G.Arası	805.20	3	268.40	3.10	0.026*
	Lise	73	11.00	9.97	G.İçi	61560.98	712	86.46		
	Ön lisans	521	12.46	9.44	Toplam	62366.18	715			
	Lisans	78	10.28	7.62						
	Toplam	716	11.86	9.34						
Ölümü Düşünme ve Tanıklık	Ortaokul	44	5.00	6.07	G.Arası	260.91	3	86.97	1.95	0.120
	Lise	73	7.16	7.01	G.İçi	31697.14	712	44.52		
	Ön lisans	521	7.51	6.75	Toplam	31958.05	715			
	Lisans	78	7.04	6.09						
	Toplam	716	7.27	6.69						
Acı Çekme	Ortaokul	44	3.27	3.31	G.Arası	134.71	3	44.90	3.95	0.008*
	Lise	73	4.37	3.41	G.İçi	8097.54	712	11.37		
	Ön lisans	521	4.96	3.44	Toplam	8232.25	715			
	Lisans	78	4.51	2.91						
	Toplam	716	4.75	3.39						
Yüksek Standartlar	Ortaokul	44	37.59	7.38	G.Arası	51.19	3	17.06	0.34	0.793
	Lise	73	37.04	6.98	G.İçi	35237.84	712	49.49		
	Ön lisans	521	37.48	6.95	Toplam	35289.03	715			
	Lisans	78	36.71	7.44						
	Toplam	716	37.36	7.03						
Düzen	Ortaokul	44	21.59	4.69	G.Arası	65.85	3	21.95	0.79	0.499
	Lise	73	22.22	5.34	G.İçi	19764.33	712	27.76		
	Ön lisans	521	21.24	5.31	Toplam	19830.18	715			
	Lisans	78	21.21	5.24						
	Toplam	716	21.36	5.27						
Uyuşmazlık	Ortaokul	44	49.73	14.73	G.Arası	1659.07	3	553.02	2.17	0.091
	Lise	73	49.18	14.18	G.İçi	181641.82	712	255.11		
	Ön lisans	521	48.30	15.95	Toplam	183300.89	715			
	Lisans	78	43.79	18.22						
	Toplam	716	47.99	16.01						
Orto-11 Ölçeği	Ortaokul	44	29.59	5.50	G.Arası	124.55	3	41.52	1.21	0.306
	Lise	73	28.23	5.72	G.İçi	24479.89	712	34.38		
	Ön lisans	521	28.22	5.93	Toplam	24604.44	715			
	Lisans	78	27.49	5.75						
	Toplam	716	28.23	5.87						
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Ortaokul	44	1.45	1.28	G.Arası	24.16	3	8.05	2.99	0.030*
	Lise	73	1.70	1.54	G.İçi	1914.63	712	2.69		
	Ön lisans	521	1.78	1.68	Toplam	1938.79	715			
	Lisans	78	1.22	1.63						
	Toplam	716	1.69	1.65						

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Tablo 10 : Eğitim Durumuna Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'ne İlişkin Tukey Testi Bulguları

	I	J	Ortalama Farkı (I-J)	p	95% Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
Ölüm Kaygısı Ölçeği	Orta okul	Lise	-5,31	0.362	-13,68	3,07
		Ön lisans	-7,70*	0.021*	-14,59	-0,81
		Lisans	-4,61	0.479	-12,88	3,67
	Lise	Orta okul	5,31	0.362	-3,07	13,68
		Ön lisans	-2,39	0.675	-7,88	3,09
		Lisans	0,70	0.994	-6,45	7,85
	Ön lisans	Orta okul	7,70*	0.021*	0,81	14,59
		Lise	2,39	0.675	-3,09	7,88
		Lisans	3,09	0.441	-2,24	8,42
	Lisans	Orta okul	4,61	0.479	-3,67	12,88
		Lise	-0,70	0.994	-7,85	6,45
		Ön lisans	-3,09	0.441	-8,42	2,24
Ölümün Belirsizliği	Orta okul	Lise	-2,05	0.657	-6,62	2,52
		Ön lisans	-3,50*	0.048*	-7,26	0,26
		Lisans	-1,33	0.874	-5,84	3,19
	Lise	Orta okul	2,05	0.657	-2,52	6,62
		Ön lisans	-1,46	0.593	-4,45	1,54
		Lisans	0,72	0.965	-3,18	4,62
	Ön lisans	Orta okul	3,50	0.048*	-0,26	7,26
		Lise	1,46	0.593	-1,54	4,45
		Lisans	2,17	0.218	-0,73	5,08
	Lisans	Orta okul	1,33	0.874	-3,19	5,84
		Lise	-0,72	0.965	-4,62	3,18
		Ön lisans	-2,17	0.218	-5,08	0,73
Acı Çekme	Orta okul	Lise	-1,10	0.322	-2,75	0,56
		Ön lisans	-1,69*	0.008*	-3,05	-0,33
		Lisans	-1,24	0.208	-2,88	0,40
	Lise	Orta okul	1,10	0.322	-0,56	2,75
		Ön lisans	-0,59	0.494	-1,68	0,49
		Lisans	-0,14	0.994	-1,56	1,27
	Ön lisans	Orta okul	1,69*	0.008*	0,33	3,05
		Lise	0,59	0.494	-0,49	1,68
		Lisans	0,45	0.689	-0,60	1,51
	Lisans	Orta okul	1,24	0.208	-0,40	2,88
		Lise	0,14	0.994	-1,27	1,56
		Ön lisans	-0,45	0.689	-1,51	0,60
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Orta okul	Lise	-0,24	0.864	-1,05	0,56
		Ön lisans	-0,33	0.583	-0,99	0,34
		Lisans	0,24	0.870	-0,56	1,03

Lise	Orta okul	0,24	0.864	-0,56	1,05
	Ön lisans	-0,08	0.978	-0,61	0,45
	Lisans	0,48	0.274	-0,21	1,17
Ön lisans	Orta okul	0,33	0.583	-0,34	0,99
	Lise	0,08	0.978	-0,45	0,61
	Lisans	,56*	0.025*	0,05	1,08
Lisans	Orta okul	-0,24	0.870	-1,03	0,56
	Lise	-0,48	0.274	-1,17	0,21
	Ön lisans	-,56*	0.025*	-1,08	-0,05

4.8. Medeni Duruma Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması

Düzen, Orto-11 Ölçeği puanları medeni durum değişkeni üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Ölüm Kaygısı Ölçeği'nden ($F(2.713)=7.76, p<0.05$) elde edilmiş puanları medeni durumuna göre kıyasladığımızda ortalama puanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's Testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Tukey bulguları incelediğinde, bekâr olanların evli olanlardan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Ölümün belirsizliği alt boyutundan ($F(2.713)=8.64, p<0.05$) olarak elde edilmiş puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalama puanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olmadığına Levene's Testi ile karar verilmiştir ($p<0.05$). Games-Howell bulguları incelediğinde, bekâr olanların evli olanlardan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Ölümü düşünme ve tanıklık alt boyutundan ($F(2.713)=4.12, p<0.05$) olarak elde edilmiş puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalama puanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olmadığına Levene's Testi ile karar verilmiştir ($p<0.05$). Games-Howell bulguları incelediğinde, bekâr olanların evli olanlardan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Acı çekme alt boyutundan ($F(2.713)=4.80, p<0.05$) olarak elde edilmiş puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalama puanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olmadığına Levene's Testi ile karar verilmiştir ($p<0.05$). Games-Howell bulguları incelediğinde, bekâr olanların evli olanlardan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Yüksek standartlar alt boyutundan ($F(2.713)=6.57, p<0.05$) olarak elde edilmiş puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalama puanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's Testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Tukey bulguları incelediğinde, bekâr olanların evli olanlardan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Uyuşmazlık alt boyutundan ($F(2.713)=20.78, p<0.05$) olarak elde edilmiş puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalama puanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's Testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Tukey bulguları incelediğinde, bekâr olanların evli ve boşanmış/dul olanlardan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nden ($F(2.713)=24.26, p<0.05$) olarak elde edilmiş puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalama puanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olmadığına Levene's Testi ile karar verilmiştir ($p<0.05$). Games-Howell bulguları incelediğinde, bekâr olanların evli ve boşanmış/dul olanlardan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 11: Medeni Duruma Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması

		n	$\bar{X}$	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p
Ölüm Kaygısı Ölçeği	Bekâr	483	25.57	17.57	G.Arası	4470.80	2	2235.40	7.76	0.000*
	Evli	198	19.98	15.59	G.İçi	205376.63	713	288.05		
	Boşanmış/Dul	35	22.43	16.03	Toplam	209847.43	715			
	Toplam	716	23.87	17.13						
Ölümün Belirsizliği	Bekâr	483	12.85	9.62	G.Arası	1475.59	2	737.80	8.64	0.000*
	Evli	198	9.72	8.40	G.İçi	60890.59	713	85.40		
	Boşanmış/Dul	35	10.20	8.44	Toplam	62366.18	715			
	Toplam	716	11.86	9.34						
Ölümü Düşünme ve Tanıklık	Bekâr	483	7.75	6.93	G.Arası	365.17	2	182.58	4.12	0.017*
	Evli	198	6.14	6.08	G.İçi	31592.88	713	44.31		
	Boşanmış/Dul	35	7.06	5.87	Toplam	31958.05	715			
	Toplam	716	7.27	6.69						
Acı Çekme	Bekâr	483	4.98	3.50	G.Arası	109.44	2	54.72	4.80	0.008*
	Evli	198	4.12	2.99	G.İçi	8122.81	713	11.39		
	Boşanmış/Dul	35	5.17	3.59	Toplam	8232.25	715			
	Toplam	716	4.75	3.39						
Yüksek Standartlar	Bekâr	483	38.01	7.08	G.Arası	638.93	2	319.46	6.57	0.001*
	Evli	198	35.90	6.78	G.İçi	34650.10	713	48.60		
	Boşanmış/Dul	35	36.71	6.45	Toplam	35289.03	715			
	Toplam	716	37.36	7.03						
Düzen	Bekâr	483	21.21	5.41	G.Arası	33.05	2	16.53	0.60	0.552
	Evli	198	21.67	4.98	G.İçi	19797.13	713	27.77		
	Boşanmış/Dul	35	21.63	4.86	Toplam	19830.18	715			
	Toplam	716	21.36	5.27						
Uyuşmazlık	Bekâr	483	50.59	15.49	G.Arası	10098.02	2	5049.01	20.78	0.000*
	Evli	198	42.41	15.38	G.İçi	173202.87	713	242.92		
	Boşanmış/Dul	35	43.63	17.96	Toplam	183300.89	715			
	Toplam	716	47.99	16.01						
Orto-11 Ölçeği	Bekâr	483	28.01	5.96	G.Arası	191.73	2	95.87	2.80	0.061
	Evli	198	28.98	5.47	G.İçi	24412.70	713	34.24		
	Boşanmış/Dul	35	26.94	6.40	Toplam	24604.44	715			
	Toplam	716	28.23	5.87						
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Bekâr	483	1.98	1.69	G.Arası	123.53	2	61.76	24.26	0.000*
	Evli	198	1.08	1.37	G.İçi	1815.26	713	2.55		
	Boşanmış/Dul	35	1.20	1.41	Toplam	1938.79	715			
	Toplam	716	1.69	1.65						

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Tablo 12 : Medeni Duruma Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'ne İlişkin Tukey ve Games-Howell Testi Bulguları

					95% Aralığı	Güven
	I	J	Ortalama Farkı (I-J)	p	Alt Sınır	Üst Sınır
Ölüm Kaygısı Ölçeği	Bekar	Evli	5.59*	0.000*	2.23	8.96
		Boşanmış/Dul	3.14	0.540	-3.83	10.12
	Evli	Bekar	-5.59*	0.000*	-8.96	-2.23
		Boşanmış/Dul	-2.45	0.711	-9.76	4.86
	Boşanmış/Dul	Bekar	-3.14	0.540	-10.12	3.83
		Evli	2.45	0.711	-4.86	9.76
Ölüm Belirsizliği	Bekar	Evli	3.13*	0.000*	1.39	4.87
		Boşanmış/Dul	2.65	0.190	-0.98	6.28
	Evli	Bekar	-3.13*	0.000*	-4.87	-1.39

		Boşanmış/Dul	-0.48	0.949	-4.22	3.27
	Boşanmış/Dul	Bekar	-2.65	0.190	-6.28	0.98
		Evli	0.48	0.949	-3.27	4.22
Ölümü Düşünme ve Tanıklık	Bekar	Evli	1.61*	0.008*	0.35	2.87
		Boşanmış/Dul	0.69	0.787	-1.84	3.22
	Evli	Bekar	-1.61*	0.008*	-2.87	-0.35
		Boşanmış/Dul	-0.92	0.673	-3.54	1.70
	Boşanmış/Dul	Bekar	-0.69	0.787	-3.22	1.84
		Evli	0.92	0.673	-1.70	3.54
Acı Çekme	Bekar	Evli	.86*	0.004*	0.23	1.48
		Boşanmış/Dul	-0.19	0.949	-1.72	1.34
	Evli	Bekar	-.86*	0.004*	-1.48	-0.23
		Boşanmış/Dul	-1.05	0.244	-2.61	0.51
	Boşanmış/Dul	Bekar	0.19	0.949	-1.34	1.72
		Evli	1.05	0.244	-0.51	2.61
Yüksek Standartlar	Bekar	Evli	2.11*	0.001*	0.73	3.49
		Boşanmış/Dul	1.29	0.540	-1.57	4.16
	Evli	Bekar	-2.11*	0.001**	-3.49	-0.73
		Boşanmış/Dul	-0.82	0.799	-3.82	2.19
	Boşanmış/Dul	Bekar	-1.29	0.540	-4.16	1.57
		Evli	0.82	0.799	-2.19	3.82
Uyuşmazlık	Bekar	Evli	8.18*	0.000*	5.09	11.27
		Boşanmış/Dul	6.96*	0.029	0.55	13.37
	Evli	Bekar	-8.18*	0.000*	-11.27	-5.09
		Boşanmış/Dul	-1.22	0.905	-7.93	5.49
	Boşanmış/Dul	Bekar	-6.96*	0.029	-13.37	-0.55
		Evli	1.22	0.905	-5.49	7.93
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Bekar	Evli	.90*	0.000*	0.61	1.19
		Boşanmış/Dul	.78*	0.009*	0.17	1.39
	Evli	Bekar	-.90*	0.000*	-1.19	-0.61
		Boşanmış/Dul	-0.12	0.880	-0.75	0.50
	Boşanmış/Dul	Bekar	-.78*	0.009*	-1.39	-0.17
		Evli	0.12	0.880	-0.50	0.75

4.9. Düzenli İlaç Kullanma Durumuna Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması

Ölüm Kaygısı Ölçeği, ölümün belirsizliği, acı çekme, yüksek standartlar, düzen, uyumsuzluk, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanları düzenli ilaç kullanma durumuna göre değişkeni üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan

ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Ölümü düşünme ve tanıklık alt ölçeğinden ($t(714)=2.51$, $Sd.=714$, $p<0.05$) verisi elde edilmiştir. Uygulanan test sonucu aldıkları ortalama puanları düzenli ilaç kullanma durumuna göre kıyasladığımızda ortalama puanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Alınan sonuçları incelediğimizde, evet diyenlerin hayır diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 13: Düzenli İlaç Kullanma Durumuna Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması

		N	$\bar{X}$	Ss.	T	Sd.	p
Ölüm Kaygısı Ölçeği	Evet	136	25.21	18.54	1.01	714	0.314
	Hayır	580	23.56	16.79			
Ölümün Belirsizliği	Evet	136	11.87	10.13	0.02	714	0.987
	Hayır	580	11.85	9.15			
Ölümü Düşünme ve Tanıklık	Evet	136	8.56	7.02	2.51	714	0.012*
	Hayır	580	6.96	6.57			
Acı Çekme	Evet	136	4.78	3.40	0.11	714	0.911
	Hayır	580	4.74	3.39			
Yüksek Standartlar	Evet	136	36.68	7.24	-1.25	714	0.212
	Hayır	580	37.52	6.97			
Düzen	Evet	136	21.88	5.13	1.30	714	0.196
	Hayır	580	21.23	5.29			
Uyuşmazlık	Evet	136	45.73	15.88	-1.83	714	0.067
	Hayır	580	48.52	16.01			
Orto-11 Ölçeği	Evet	136	27.68	6.07	-1.20	714	0.229
	Hayır	580	28.36	5.82			
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Evet	136	1.57	1.71	-0.93	714	0.354
	Hayır	580	1.72	1.63			

* $p<0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

4.10. Cinsiyete Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması

Yüksek standartlar, düzen alt ölçeği puanları, cinsiyete göre değişken üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Ölüm Kaygısı Ölçeği'nden ($t(640.664)=6.48$, $Sd.=640.664$, $p<0.05$), ölümün belirsizliği alt ölçeğinden ($t(633.443)=5.58$, $Sd.=633.443$, $p<0.05$), ölümü düşünme ve tanıklık alt ölçeğinden ($t(662.739)=7.03$, $Sd.=662.739$, $p<0.05$), acı çekme alt ölçeğinden ($t(714)=3.37$, $Sd.=714$, $p<0.05$), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nden

($t(629.504)=2.01$, $Sd.=629.504$, $p<0.05$) verileri elde edilmiştir. Uygulanan test sonucu aldıkları ortalama puanları cinsiyet durumuna göre kıyasladığımızda ortalama puanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Alınan sonuçları incelediğimizde, kadınların erkeklere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmüştür.

Uyuşmazlık alt ölçeğinden ($t(628.621)=-2.06$, $Sd.=628.621$, $p<0.05$), Orto-11 Ölçeği'nden ($t(714)=-2.65$, $Sd.=714$, $p<0.05$) verileri elde edilmiştir. Uygulanan test sonucu aldıkları ortalama puanları cinsiyet durumuna göre kıyasladığımızda ortalama puanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Alınan sonuçları incelediğimizde, erkeklerin, kadınlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 14: Cinsiyete Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Karşılaştırılması

		n	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p
Ölüm Kaygısı Ölçeği	Kadın	443	26.93	17.59	6.48	640.664	0.000*
	Erkek	273	18.90	15.12			
Ölümün Belirsizliği	Kadın	443	13.31	9.60	5.58	633.443	0.000*
	Erkek	273	9.50	8.40			
Ölümü Düşünme ve Tanıklık	Kadın	443	8.54	6.96	7.03	662.739	0.000*
	Erkek	273	5.20	5.64			
Acı Çekme	Kadın	443	5.08	3.38	3.37	714	0.001*
	Erkek	273	4.21	3.35			
Yüksek Standartlar	Kadın	443	37.04	7.04	-1.54	714	0.124
	Erkek	273	37.88	6.99			
Düzen	Kadın	443	21.58	5.28	1.45	714	0.147
	Erkek	273	20.99	5.23			
Uyuşmazlık	Kadın	443	47.05	16.68	-2.06	628.621	0.039*
	Erkek	273	49.51	14.77			
Orto-11 Ölçeği	Kadın	443	27.77	5.84	-2.65	714	0.008*
	Erkek	273	28.97	5.85			
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Kadın	443	1.79	1.72	2.01	629.504	0.045*
	Erkek	273	1.54	1.52			

* $p<0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

4.11. Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin İlişkileri

Yüksek standartlar ile Ölüm Kaygısı Ölçeği ($r=.0,035$, $p<0.01$) değişkenlerinin arasındaki korelasyonun zayıf düzeyde ve pozitif yönlü, düzen ile Ölüm Kaygısı Ölçeği ($r=-0,068$, $p<0.01$) değişkenleri arasındaki korelasyonun zayıf düzey ve negatif yönlü, uyuşmazlık ile Ölüm Kaygısı Ölçeği ($r=.245$, $p<0.01$) değişkenleri arasındaki korelasyonun zayıf düzey ve pozitif yönlü, Orto-11 Ölçeği ile Ölüm Kaygısı Ölçeği ($r=-.157$, $p<0.01$) değişkenleri arasındaki korelasyonun zayıf düzey ve negatif yönlü,

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile Ölüm Kaygısı Ölçeği ($r=.280, p<0.01$) değişkenleri arasındaki korelasyonun zayıf düzey ve pozitif yönlü olduğu belirlenmiştir.

Orto-11 Ölçeği ile ölümün belirsizliği ($r=-.155, p<0.01$) değişkenleri arasındaki korelasyonun zayıf düzey ve negatif yönlü, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile ölümün belirsizliği ($r=.269, p<0.01$) değişkenleri arasındaki korelasyonun zayıf düzey ve pozitif yönlü olduğu tespit edilmiştir.

Orto-11 Ölçeği ile ölümü düşünme ve tanıklık ($r=-.126, p<0.01$) değişkenleri arasındaki korelasyonun zayıf düzey ve negatif yönlü, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile ölümü düşünme ve tanıklık ($r=.236, p<0.01$) değişkenleri arasındaki korelasyonun zayıf düzey ve pozitif yönlü olduğu görülmüştür.

Orto-11 Ölçeği ile acı çekme ($r=-.116, p<0.01$) değişkenleri arasındaki korelasyonun zayıf düzey ve negatif yönlü, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile acı çekme ($r=.208, p<0.01$) değişkenleri arasındaki korelasyonun zayıf düzey ve pozitif yönlü olduğu görülmüştür.

Orto-11 Ölçeği ile yüksek standartlar ($r=-.133, p<0.01$) değişkenleri arasındaki korelasyonun zayıf düzey ve negatif yönlü, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile yüksek standartlar ($r=-.062, p<0.01$) değişkenleri arasındaki korelasyonun zayıf düzey ve negatif yönlü olduğu tespit edilmiştir.

Orto-11 Ölçeği ile düzen ($r=-.078, p<0.01$) değişkenleri arasındaki korelasyonun zayıf düzey ve negatif yönlü, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile düzen ($r=-.167, p<0.01$) değişkenleri arasındaki korelasyonun zayıf düzey ve negatif yönlü olduğu belirlenmiştir.

Orto-11 Ölçeği ile uyuşmazlık ($r=-.199, p<0.01$) değişkenleri arasındaki korelasyonun zayıf düzey ve negatif yönlü, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile uyuşmazlık ($r=.474, p<0.01$) değişkenleri arasındaki korelasyonun orta düzey ve pozitif yönlü olduğu görülmüştür.

Tablo 15: Ölüm Kaygısı Ölçeği, APS Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin İlişkileri

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1-Ölüm Kaygısı Ölçeği	1								
2-Ölümün Belirsizliği	.932**	1							
3-Ölümü Düşünme ve Tanıklık	.852**	.636**	1						
4-Acı Çekme	.806**	.698**	.582**	1					
5-Yüksek Standartlar	.035	.027	.033	.040	1				
6-Düzen	-.068	-.084*	-.024	-.068	.435**	1			
7-Uyuşmazlık	.245**	.230**	.211**	.188**	.372**	-.016	1		
8-Orto-11 Ölçeği	-.157**	-.155**	-.126**	-.116**	-.133**	-.078*	-.199**	1	
9-Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	.280**	.269**	.236**	.208**	-.062	-.197**	.474**	-.178**	1

** $p<0.01$, * $p<0.05$ Uygulanan testin ismi: Pearson Korelasyon Testi

4.12. Ölüm Kaygısı Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Yaş ile İlişkisine Ait Bulgular

Yaş ile Ölüm Kaygısı Ölçeği ($r=-.235$, $p<0.01$), yaş ile ölümün belirsizliği ($r=-.255$, $p<0.01$), yaş ile ölümü düşünme ve tanıklık ($r=-.152$, $p<0.01$), yaş ile acı çekme ($r=-.184$, $p<0.01$), yaş ile yüksek standartlar ($r=-.113$, $p<0.01$), yaş ile uyumsuzluk ($r=-.227$, $p<0.01$), yaş ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ($r=-.288$, $p<0.01$) değişkenleri incelendiğinde, zayıf düzeyde negatif korelasyona sahip olduğu saptanmıştır.

Yaş ile düzen ($r=.090$, $p<0.05$) değişkenleri incelendiğinde, zayıf düzeyde pozitif korelasyona sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 16: Ölüm Kaygısı Ölçeği, Orto-11 Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Yaş ile İlişkisine Ait Bulgular

	Yaş
Ölüm Kaygısı Ölçeği	-.235**
Ölümün Belirsizliği	-.255**
Ölümü Düşünme ve Tanıklık	-.152**
Acı Çekme	-.184**
Yüksek Standartlar	-.113**
Düzen	.090*
Uyuşmazlık	-.227**
Orto-11 Ölçeği	0.052
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	-.288**

** $p<0.01$, * $p<0.05$ Uygulanan testin ismi: Pearson Korelasyon Testi

4.13. Ölüm anksiyetesi ölçeği'nin Orto-11 Ölçeğini Yordamasına İlişkin Sonuçlar

Ölüm kaygısı değişkeninin ortoreksiya bağımlı değişkeni için anlamlı bir yordayıcı olduğu saptanmıştır ($R=.16$, $R^2=.02$, $p<0.05$). Kurulan regresyon modelinde ki bağımsız değişken ortoreksiya puanındaki değişimin %2'sini açıklamaktadır. Ölüm kaygısı değişkeninin etkisinin negatif yönde olduğu bulgulara göre saptanmıştır.

Tablo 17 : Ölüm anksiyetesi ölçeği'nin Orto-11 Ölçeğini Yordamasına İlişkin Sonuçlar Tablo . Ölüm Kaygısının Ortoreksiyayı Yordamasına İlişkin Bulgular

	<i>B</i>	<i>SH</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
(Sabit)	29.51	0.37		79.38	0.000*
Ölüm Kaygısı Ölçeği	-0.05	0.01	-0.16	-4.25	0.000*
<i>R=.16 R²=.02 F=18.04 p=0.000*</i>					

* $p < 0.05$ Uygulanan testin ismi: Enter Yöntemi: Basit Doğrusal Regresyon Analizi

4.14. Rosenberg Benlik Saygısının Orto-11 ölçeğini Yordamasına İlişkin Sonuçlar

Benlik saygısı değişkeninin ortoreksiya bağımlı değişkeni için anlamlı bir yordayıcı olduğu saptanmıştır ($R=.18$, $R^2=.03$, $p < 0.05$). Kurulan regresyon modelinde ki bağımsız değişken ortoreksiya puanındaki değişimin %3'ünü açıklamaktadır. Benlik saygısı değişkeninin etkisinin negatif yönde olduğu bulgulara göre saptanmıştır.

Tablo 18: Rosenberg Benlik Saygısının Orto-11 ölçeğini Yordamasına İlişkin Sonuçlar

	<i>B</i>	<i>SH</i>	β	<i>T</i>	<i>p</i>
(Sabit)	29.30	0.31		94.65	0.000*
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	-0.63	0.13	-0.18	-4.83	0.000*
<i>R=.18 R²=.03 F=23.32 p=0.000*</i>					

* $p < 0.05$ Uygulanan testin ismi: Enter Yöntemi: Basit Doğrusal Regresyon Analizi

4.15. Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Orto-11 Ölçeği'ni Yordamasında Uyuşmazlığın Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar

Bulgular tablosundaki sonuçları değerlendirdiğimizde ilk modelde Ölüm Kaygısı Ölçeği bağımsız değişkeninin, Orto-11 Ölçeği bağımlı değişkeni puanındaki varyansın %2'sini açıkladığı görülmüştür. Modele ikinci aşamada uyumsuzluk bağımsız değişkeni katılmıştır. Uyuşmazlık bağımsız değişkeninin, Orto-11 Ölçeği bağımlı değişken puanındaki varyansın %03'ünü açıkladığı görülmüştür. Ölüm Kaygısı Ölçeği ve uyumsuzluk bağımsız değişkenlerinin, Orto-11 Ölçeği bağımlı değişken puanındaki varyansın %05'ini açıkladığı gözlenmiştir. İkinci aşamada uyumsuzluk bağımsız

değişkeninin eklenmesiyle Ölüm Kaygısı Ölçeği bağımsız değişkeninin beta değeri .16'dan-.12'ye düşmüştür. Sonrasında beta değerindeki bu düşüşü kontrol etmek için Bootstrapping analizinden 5000 yeniden örneklem seçeneği ve %95 güven aralığı seçenekleri uygulanmış ve çıkan sonuçta alt ve üst sınırın 0'ı içermediği saptanmıştır. Aracı rol analizi sonuçları değerlendirildiğinde, kısmî aracılığın olduğu bulgulara göre saptanmıştır.

Tablo 19: Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Orto-11 Ölçeği'ni Yordamasında Uyuşmazlığın Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar

Model	R	R ²	B	SH	β	t	p	Alt Sınır	Üst Sınır
1 (Sabit)	.29	.02	29.51	0.37		79.38	0.000*	28.78	30.24
Ölüm Kaygısı Ölçeği			-0.05	0.01	-0.16	-4.25	0.000*	-0.08	-0.03
2 (Sabit)	.36	.05	32.18	0.69		46.55	0.000*	30.82	33.53
Ölüm Kaygısı Ölçeği			-0.04	0.01	-0.12	-3.06	0.002*	-0.06	-0.01
Uyuşmazlık			-0.06	0.01	-0.17	-4.55	0.000*	-0.09	-0.04
2 Direkt Olmayan Toplam Etki (Aracı)			-0.01	0.00				-0.02	-0.01

*p<0.05 Uygulanan testin ismi: PROCESS 3.5

4.16. Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Orto-11 Ölçeği'ni Yordamasında Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar

Bulgular tablosundaki sonuçları değerlendirdiğimizde ilk modelde Ölüm Kaygısı Ölçeği bağımsız değişkeninin, Orto-11 Ölçeği bağımlı değişkeni puanındaki varyansın %2'sini açıkladığı görülmüştür. Modele ikinci aşamada Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği bağımsız değişkeni katılmıştır. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği bağımsız değişkeninin Orto-11 Ölçeği bağımlı değişken puanındaki varyansın %02'sini açıkladığı görülmüştür. Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği bağımsız değişkenlerinin Orto-11 Ölçeği bağımlı değişken puanındaki varyansın %04'ünü açıkladıkları gözlenmiştir. İkinci aşamada Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği bağımsız değişkeninin eklenmesiyle Ölüm Kaygısı Ölçeği bağımsız değişkeninin beta değeri-.16'dan-.12'ye düşmüştür. Sonrasında beta değerindeki bu düşüşü kontrol etmek için Bootstrapping analizinden 5000 yeniden örneklem seçeneği ve %95 güven aralığı seçenekleri uygulanmış ve çıkan sonuçta alt ve üst sınırın 0'ı içermediği saptanmıştır. Aracı rol analizi sonuçları değerlendirildiğinde, kısmî aracılığın olduğu bulgulara göre saptanmıştır.

Tablo 20 : Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Orto-11 Ölçeği'ni Yordamasında Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar

Model	R	R ²	B	SH	β	t	p	Alt Sınır	Üst Sınır
(Sabit)	.29	.02	29,51	0,37		79,38	0,000	28,78	30,24
1 Ölüm Kaygısı Ölçeği			-0,05	0,01	-0,16	-4,25	0,000	-0,08	-0,03
(Sabit)	.36	.04	30,06	0,39		76,10	0,000	29,28	30,83
Ölüm Kaygısı Ölçeği			-0,04	0,01	-0,12	-3,05	0,002	-0,07	-0,01
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği			-0,52	0,14	-0,15	-3,81	0,000	-0,78	-0,25
02 Direkt Olmayan			-0,00	0,00				-0,00	-0,00
Toplam Etki (Aracı)									

*p<0.05 Uygulanan testin ismi: PROCESS 3.5

4.17. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Orto-11 Ölçeği'ni Yordamasında Uyuşmazlığın Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar

Bulgular tablosundaki sonuçları değerlendirdiğimizde ilk modelde Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği bağımsız değişkeninin, Orto-11 Ölçeği bağımlı değişken puanındaki varyansın %03'ünü açıkladığı görülmüştür. Modele ikinci aşamada uyumsuzluk bağımsız değişkeni katılmıştır. Uyuşmazlık bağımsız değişkeninin Orto-11 Ölçeği bağımlı değişken puanındaki varyansın %01'ini açıkladığı görülmüştür. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve uyumsuzluk bağımsız değişkenleri Orto-11 Ölçeği bağımlı değişken puanındaki varyansın %04'ünü açıkladıkları gözlenmiştir. İkinci aşamada uyumsuzluk bağımsız değişkeninin eklenmesiyle Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği bağımsız değişkeninin beta değeri -.18'den -.11'e düşmüştür. Beta değerindeki bu fark direkt olmayan toplam etkinin alt ve üst sınır değerleri sıfırı içermediği için anlamlı bulunmuştur. Bu sonuca göre kısmî aracılığın olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 21: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Orto-11 Ölçeği'ni Yordamasında Uyuşmazlığın Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar

Model	R	R ²	B	SH	β	t	p	Alt Sınır	Üst Sınır
(Sabit)	.29	.03	29,30	0,31		94,65	0,000	28,69	29,91
1 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği			-0,63	0,13	-0,18	-4,83	0,000	-0,89	-0,38
(Sabit)	.36	.04	31,48	0,68		46,04	0,000	30,14	32,82
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği			-0,38	0,15	-0,11	-2,59	0,010	-0,67	-0,09
Uyuşmazlık			-0,05	0,02	-0,15	-3,57	0,000	-0,08	-0,02
2 Direkt Olmayan			-0,25	0,08				-0,41	-0,10
Toplam Etki (Aracı)									

*p<0.05 Uygulanan testin ismi: PROCESS 3.5

BÖLÜM 5: TARTIŞMA

5.1 Psikolojik Yardım Alma ve Almama Durumuna Göre Ölüm Anksiyetesi, Benlik Saygısı, Mükemmeliyetçilik ve ON Eğilimi ile İlişkili Bulguların Tartışılması

Psikolojik yardım alan kişilerin öz saygıları ve kendilerine yönelik yüksek standartları daha düşük çıkmakla beraber ON eğilimleri daha yüksek çıkmıştır. Psikolojik yardım alma durumuna göre kişilerin öz saygısının, mükemmeliyetçiliklerinin, ölüm anksiyetesinin ve ON eğiliminin farklılaşacağına yönelik hipotez kısmen doğrulanmıştır. Yapılan araştırmalar, depresyon ve anksiyete bozukluklarının benlik saygısıyla ilişkili olduğunu belirtmekle birlikte psikopatolojinin tekrarlanmasıyla da ilişkili olabileceği gösterilmiştir (Tuijl, 2020; Battle, 1978). Bir çalışmada kişilerin umutsuzluk seviyelerinin artmasının ve benlik saygılarının düşmesinin bireylerin anksiyete düzeyini artırdığı bulunmuştur (Konak, 2020). Öz saygının psikolojik yardım alan kişilerde düşük bulunması diğer çalışmalarla uyumlu bir sonuçtur. Dehşet yönetimi kuramına göre kişinin anksiyeteyle baş etme sisteminin yetersiz kaldığının göstergelerinden biri ise kişilerin benlik saygısındaki düşüştür (Maxfield, 2014). Yapılan bir çalışmada işlevsel mükemmeliyetçiliğin bir parçası olarak görülen yüksek standartların depresyon ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olmadığı görülmüştür (Maricuțoiu, 2019). Bir tez çalışmasında yüksek standartların işlevsellik bakımından eğitim hayatındaki başarıyla ilişkili olduğu da belirtilmiştir (Osenk, 2021). Analizlerde psikolojik destek alanların kendilerine daha az yüksek standart koyması da yukarıdaki çalışmalarla uyumludur. Dehşet yönetimi kuramına göre kişilerin anksiyete ile baş etme yöntemlerinden birisi de kültürel tampondur. Kültürel tampon kişinin kendi kültürüne göre standartlar koyup bunlara uyarak kendi benlik saygısını artırmasını sağlar. Bu açıdan psikolojik yardım alan kişilerin kültürel tampon ile ilişkili yüksek standartlarını kullanamadıkları düşünülebilir (Solomon, 1991). Yapılan vaka analizi ve istatistik çalışmaları ON eğiliminin depresyon, anksiyete ve stres ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Awad, 2021; Segura-Garcia, 2020). Bir tez çalışmasında psikopatoloji belirtilerinin ON eğilimini yordadığı belirtilmiştir (Merdin, 2018). Bir diğer tez çalışmasında ise sağlık anksiyetesinin, yeme bozukluğunun ve obsesif inançların ON eğilimini yordadığı gösterilmiştir (Karadayı, 2020). Bu çalışmada psikolojik destek alan kişilerin daha çok ON eğilimi göstermesi yukarıdaki çalışmalarla uyumlu bir sonuçtur. Literatürdeki araştırmalara bakıldığında ise

ölüm anksiyetesi ve psikopatoloji arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bir çalışmada anksiyete bozukluğu hastalarının ölüm anksiyetesinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Yıldırım, 2018). Aynı çalışmada ölüm anksiyetesinin alt boyutları olan ölümün belirsizliği, ölümü düşünme ve tanıklık ile acı çekme boyutlarının hepsinde bu sonucun kendini tekrarladığı belirtilmiştir. Yurt dışında yapılmış bir çalışmada ise travmayla bağlantılı olduğu düşünülen psikopatolojiler (TSSB, Sınırdaki kişilik bozukluğu ve bulimia nervosa) ile ölüm anksiyetesi arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (Gershuny, 2014). Literatürdeki ölüm anksiyetesi ile psikopatoloji çalışmalarına bakıldığında ise bu araştırmada psikolojik yardım alan grup ile psikolojik yardım almayan grup arasında ölüm anksiyetesi açısından fark oluşmaması literatür ile uyumlayan bir sonuçtur. Bu uyumsuzluğun bir sebebi, yukarıdaki çalışmalarda kullanılan örneklem grubunun anksiyete bozukluklarına yönelik daha homojen bir yapı göstermesi olabilir. Bu araştırmada kullanılan örneklemde grubun içinde depresyon ya da romantik bir ilişkinin sona ermesi gibi doğrudan anksiyete ile ilişkili olmayan sorunlardan dolayı da psikolojik destek alındığı belirtilmiştir. Literatürdeki çalışmalarla farklılaşmasının bir diğer sebebi ise aynı psikopatoloji tanısını paylaşan kişilerin yaşadıkları psikopatoloji belirtilerinin şiddetinin farklı olması olabilir. Bu açıklamanın düşünülmesinin sebebi ise bu araştırmaya katılanlardan düzenli ilaç kullanan kişilerin, antidepresan kullananlar da buna dâhil olmak üzere, ölümü düşünme ve tanıklık ile ilgili anksiyetesinin daha yüksek çıkmış olmasıdır. Uyumzamlık tipi mükemmeliyetçilikte literatürdeki çalışmalarla uyumlayan şekilde psikolojik destek alan kişiler ile almayan kişiler arasında fark çıkmamıştır. Bunun sebebi ise kültürel farklar olabilir. Bir çalışmada Neredeyse Mükemmel Ölçeği'nin kültürel geçerliliğine bakılmıştır. Aynı çalışmada Türkiye'deki öğrencilerin Amerika'daki öğrencilere göre daha toplulukçu bir kültüre sahip olduğu vurgulanmıştır (Aydın, 2013). Bu durumla beraber Türkiye'deki öğrenciler gerçek performansları ile ideal performansları arasındaki farkı kültür veya ekonomi gibi dış sebeplere atfetmektedirler. Bu açıdan kişilerin uyumsuzluk tarzı mükemmeliyetçilikleri yüzünden yaşadıkları sorunlar ile ilgili daha az psikolojik destek almaya gittikleri düşünülebilir.

5.2. Kişilerin Tıbbi Sorunlarına Yönelik Tedavi Alıp Almama Durumlarına Göre Ölüm Anksiyetesi, Benlik Saygısı, Mükemmeliyetçilik ve ON Eğilimi ile İlişkili Bulguların Tartışılması

Mükemmeliyetçiliğin, ölüm anksiyetesinin, benlik saygısının ve ON eğiliminin sağlık durumuna göre farklılaşmadığı ortaya çıkmıştır. Kişilerin tıbbi sorunlarına göre ölüm anksiyetesi, benlik saygısı, mükemmeliyetçilik ve ON eğilimi açısından farklılaşacağı doğrultusundaki hipotez doğrulanmamıştır. İlk bölümde bahsedilen Templer'in ölüm anksiyetesinin iki faktör modeline göre sağlık problemlerinin ölüm anksiyetesini tetiklemesi beklenirken ölüm anksiyetesi açısından sağlık problemleri olan grup sağlıklı gruba göre farklılaşmamıştır. Literatürde fiziksel sağlık ile ilgili çeşitli problemlerin ölüm anksiyetesine yol açtığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Ölüm anksiyetesine yol açtığı gösterilen sağlık problemlerinin bir bölümü şu şekilde sıralanabilir: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) (Toğluk, 2017), kalp rahatsızlıkları (Şahan, 2014) ve kanser hastalıkları (Tang, 2011)... Bu açıdan bu araştırmadaki sonuç literatürle uyumsuzdur. Bu durumun bir sebebi çalışmanın örneklemini oluşturan kişilerin tıbbi sorunlarının çeşitliliği olabilir. Örnekleme katılan kişilerin tıbbi rahatsızlıkları kanser hastalığı gibi çok ağır tıbbi rahatsızlıklardan alerji gibi daha hafif sayılabilecek rahatsızlıklar arasında değişmektedir. Bu durum, örneklemin genelinde daha az şiddette bir kaygıya yol açmış olabilir. Bu açıklamanın düşünülmesinin bir sebebi de ilaç kullanımı gerektirecek kadar sağlık sorunu şiddetli olan kişilerde sağlıklı kişilere göre ölümü düşünme ve tanıklıkla ilgili anksiyetenin daha yüksek çıkmış olmasıdır. Bu durumun bir diğer sebebi de bu çalışmada kullanılan ölçeğin diğer çalışmalarda kullanılan ölüm anksiyetesi ölçeklerinden farklı olması olabilir. Diğer çalışmalarda Templer'in ölüm anksiyetesinin iki faktörü modeline uygun olarak hazırlanmış olan Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği kullanılmışken, bu çalışmada Türkçe Ölüm Anksiyetesi Ölçeği kullanılmıştır. Benlik saygısının sağlık durumuna göre farklılaşmamış olması literatürdeki çalışmaların bir kısmı ile çelişmektedir. Bu çalışmalarda çeşitli sağlık problemlerinin benlik saygısı ile ilişkisi gösterilmiştir. Bu sağlık problemlerinin birkaçı şu şekilde sıralanabilir: kanser hastalığı (Yangın, 2021), ankilozan spondilit (romatizma) (İnan, 2022), diyabet ve kalp yetmezliği (Karakuş, 2016)... Yukarıdaki üç çalışmanın hepsinde de bu çalışmada kullanılan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanılmıştır. Bu çalışmanın sonucunun literatürle uyumlu olmamasının

bir sebebi, bu çalışmalarda kullanılan örneklemin hastaneye başvuracak kadar şiddetli bir şekilde hayat kalitesi etkilenmiş kişilerden oluşması olabilir. Bir diğer sebep ise literatürdeki çalışmalarda örneklem grubundaki kişilerin sağlık problemleri açısından homojenken, bu araştırmadaki örneklemin sağlık problemleri açısından heterojen olması olabilir. Bu açıdan literatürde benlik saygısını etkilediği gösterilen sağlık problemlerinin kişilerin beden algısını etkilediği için benlik saygılarını düşürdüğü vurgulanırken, bu araştırmadaki örneklemin dışardan fark edilemeyecek kadar çok sayıda sağlık problemine sahip olması bir diğer sebep olabilir. Literatürde ON ile sağlık problemleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında bu ilişkinin çok net olmadığı görülmektedir. Bir çalışmada çölyak hastalığı ile ON eğiliminin ilişkili olabileceği gösterilmiştir (Kujawowicz, 2022). Bir gözden geçirme çalışmasında ise şeker hastalığı ile ON eğilimi arasında ilişki bulunmuştur (Grammatikopoulou, 2021). Bir diğer çalışma da ise meme kanserinin ON eğilimi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Aslan,2019). İlk bölümde ON'nun ayırıcı tanı kriterleri arasında sağlık sorunları da sayılmıştır. Bu açıdan kanser, çölyak ve şeker hastalığı tedavileri diyet yapılmasını gerektirdiği için ON eğiliminin daha yüksek çıkmasının normal karşılanabileceği düşünülmektedir. Ayırıcı tanı kriterleri bakımından ON ile ilgili bir çalışma bulunamamıştır. Literatürde ON ve fiziksel sağlık ile ilgili sınırlı araştırma bulunmaktadır. Bu araştırma da sağlık sorunu olanlar ile olmayanlar arasında mükemmeliyetçilik açısından fark ortaya çıkmamıştır. Bu sonuç literatürle uyuşmamaktadır. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında mükemmeliyetçilik ile fiziksel sağlık sorunları arasında ilişki bulunmaktadır. Bir çalışmada mide bulantısı, hastalık ve hastalığın kişinin hayatına etkisinin mükemmeliyetçilikle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Molnar, 2006). Bir diğer çalışmada ise fiziksel sağlık ile mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkide sosyal destek ve stresin aracı değişken rolü gösterilmiştir (Molnar, 2012). Türkiye'de yapılmış bir çalışmada ise sağlık problemi olan ve olmayan kişiler arasında mükemmeliyetçilik açısından fark bulunmamıştır (Fırat, 2021). Bu durumun bir sebebi Türkiye'deki araştırmalarda kullanılan örneklemin daha toplulukçu bir kültüre sahip olması olarak yorumlanmıştır. Bunun nedeni ise mükemmeliyetçiliğin fiziksel sağlık üzerindeki etkisinde sosyal desteğin koruyucu bir rolü olduğunun görülmesidir. Toplulukçu kültürlerde kişiler arası ilişkilerin sayısının ve derinliğinin (kendini karşı tarafa açma) daha fazla olduğu görülmüştür (Ladd Wheeler, 1986). Bu durum, kişiler

arası ilişkilerde görülen bir fark olarak Çiğdem Kağıtçıbaşı tarafından da vurgulanmıştır (Kağıtçıbaşı, 2014, s. 331).

5.3. Eğitim Durumu, Medeni Durum, İlaç Kullanım Durumu ve Cinsiyete Göre Ölüm Anksiyetesi, Benlik Saygısı, Mükemmeliyetçilik İle ON Eğilimi İle İlişkili Bulguların Tartışılması

Eğitim durumuna göre sadece benlik saygısı ile ölüm anksiyetesinin farklılaştığı görülmüştür. Medeni duruma göre ölüm anksiyetesi, benlik saygısının ve mükemmeliyetçiliğin farklılaştığı görülmüştür. Ölüm anksiyetesi, benlik saygısı, mükemmeliyetçiliğin ve ON eğiliminin cinsiyete göre farklılaştığı görülmüştür. Kadınlarda benlik saygısının ve mükemmeliyetçiliğin daha düşük olduğu görülmekle birlikte ölüm anksiyetesi ve ON eğiliminin daha yüksek olduğu görülmüştür. İlaç kullanma veya kullanmama durumuna bağlı olarak gruplar arasındaki tek farkın ilaç kullanan kişilerde ölümü düşünme ve tanıklık alt boyutunun daha yüksek olması şeklinde görülmüştür. Bu sonuçlar literatürle kısmen uyumludur. Bir çalışmada mükemmeliyetçiliğin medeni duruma ve cinsiyete göre farklılaştığı görülmüştür (Fırat, 2021). Bir çalışmada ise medeni duruma göre benlik saygısının farklılaştığı görülmüştür (Karatay, 2021). Bununla birlikte aynı çalışmada benlik saygısının cinsiyete ve eğitim durumuna göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Araştırma sonuçlarının farklılaşmasının bir sebebi ise bu çalışmada kullanılan örneklemin cinsiyet ve eğitim durumu açısından dengeli bir dağılım göstermemiş olması olabilir. Ölüm anksiyetesinin cinsiyete göre farklılaştığı da başka bir çalışmada gösterilmiştir (Yıldırım, 2018). Aynı çalışmada ise ölüm anksiyetesinin medeni duruma ve eğitim durumuna göre farklılaşmadığı görülmüştür. Bunun sebebinin ise araştırmaların yapıldığı örneklemin büyüklüğünün ve kullanılan istatistik analizinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.4. Ölüm Anksiyetesi, Benlik Saygısı, Mükemmeliyetçilik ve ON Eğilimi Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulguların Tartışılması

Ölüm anksiyetesi artıkça benlik saygısı düşmekte uyumsuzluk tipi mükemmeliyetçilik ve ON eğilimi artmakta olduğu gözlenmiştir. Benlik saygısı artıkça ON eğiliminin ve uyumsuzluk tipi mükemmeliyetçiliğin azaldığı görülmüştür. Bu sonuç

literatürdeki diğer çalışmalarla uyumludur. Bir çalışmada uyuşmazlık tipi mükemmeliyetçiliğin artmasıyla birlikte ON eğiliminin de arttığı görülmüştür. (Asarkaya, 2019d). Bir çalışmada ise benlik saygısının artması ile uyuşmazlık tarzı mükemmeliyetçiliğin ve ON eğiliminin arttığı görülmüştür(Yılmaz, 2021b). Bir çalışmada ise ölüm anksiyetesi artıkça benlik saygısının düştüğü görülmüştür (Sübeten, 2018a). Dehşet Yönetimi Teorisinin bu durumu açıklayabileceği düşünülmektedir. Uyuşmazlık tipi mükemmeliyetçilik daha önceki bölümlerde bahsedildiği üzere bir kültürel tampon işlevi görüyor olabilir. Eğer kültürel tampon çok yüksek standartlar içeriyorsa kişi bu standartlara ulaşamaz. Bu durumda kültürel tampon benlik saygısını arttırmak yerine tam tersi ne düşürebilir. Benlik saygısının düşüşü ise ölüm ile ilgili düşüncelerin ulaşılabilirliğini arttırarak ölüm anksiyetesine yol açabilir.

5.5. Ölüm Anksiyetesi, Benlik Saygısı, Mükemmeliyetçilik ve ON Eğilimi İle Yaş Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulguların Tartışılması

Yaşın artmasıyla beraber benlik saygısının arttığı, uyuşmazlık tipi mükemmeliyetçiliğin ve ölüm anksiyetesinin azaldığı görülmektedir. Bir araştırmaya göre genç yetişkinlerin ileri yaştaki katılımcılara göre daha fazla ölüm anksiyetesine ve daha düşük benlik saygısına sahip olduğu görülmüştür (Reyes, 2017a). Literatürde ki çalışmalar da ise mükemmeliyetçiliğin alt boyutlarının yaş ile ilişkili olduğu görülmüştür (Karatay 2021ç; Fırat, 2021). Bunun sebebi hümanist yaklaşımın açıklayabileceği düşünülmektedir. Kişilerin yaşları ilerledikçe kendini gerçekleştirmeye daha çok yaklaşıyor olabilirler. Bu durumda kişilerin daha az uyuşmazlık tarzı mükemmeliyetçilik yaşayıp daha fazla benlik saygısını artırıyor olabilir. Kendini gerçekleştirmeye yaklaşan kişide ise daha az ölüm anksiyetesi olacaktır. Psikososyal açısından da bu durumun açıklayabileceği düşünülmektedir. Kişiler yaşları ilerledikçe en son psikososyal gelişim aşaması ola bütünlüğe karşı dağılma aşamasına gelmeye başlamış olabilirler. Bu durum ise artık kişilerin daha az ölüm anksiyetesi yaşamasına yol açıyor olabilir.

5.6. Ölüm Anksiyetesinin ON Eğilimini Yordaması İle İlgili Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada ölüm anksiyetesinin ON eğilimini yordadığı bulunmuştur. Literatür taramasında ölüm anksiyetesi ile ON eğilimi arasındaki ilişkiyi araştıran benzer bir çalışma bulunamamıştır. Bununla birlikte DSM-5'teki travma tanımına bakıldığında

travmanın, ölüm ile veya ölüm tehdidi ile karşı karşıya gelme, ciddi bir yaralanma ya da cinsel bir saldırıya uğrama şeklinde tanımlandığı görülmüştür. Bu durum göz önüne alınarak literatürdeki ON ve travma arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakılmıştır. Görüşme yöntemiyle yapılmış bir çalışmada ON belirtileri gösteren yeme bozukluğu hastalarıyla çalışmış olan uzmanların bir kısmı, bu hasta grubunun geçmişte fiziksel ve cinsel istismara maruz kalmış olduklarını ve ON belirtilerinin bu travmalarla ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir (Cheshire, 2020). Niceliksel yöntemle yapılmış bir çalışmada ise cinsel istismar kurbanı olmak ile ON semptomları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (McGinness, 2022). Çocukluk çağı travmaları ile ON eğilimi arasındaki ilişkiyi araştıran literatürdeki çalışmalarda ise hiçbir ilişki bulunamamıştır (Merdin, 2018; Yıldız, 2020). Yukarıdaki çalışmaların sonuçlarının farklı olmasının bir sebebi de araştırmalarda kullanılan ölçeklerin farklılığı olabilir. Travma ile ON arasında ilişki bulunamayan çalışmalarda çocukluk çağı travmalarını ölçen ölçekler kullanılırken; travma ve ON belirtileri arasında ilişki bulunan çalışmada ise üniversite döneminde yaşanan cinsel istismar ile ilgili travmayı ölçen bir ölçek kullanılmıştır. Ayrıca yukarıdaki iki değişken arasında ilişki bulunamayan çalışmalarda ORTO-11 Ölçeği kullanılırken; yukarıdaki iki değişken arasında ilişki bulunan çalışmada ise Teruel Ortoreksiya Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmalar arasındaki farkın bir diğer nedeni ise iki değişken arasında ilişki bulunamayan çalışmaların gelişimsel bir yaklaşım kullanılarak (bağlanma teorisi) çocukluk çağı travmalarına bakmış olması olabilir. Bu araştırmanın sonucu, travma ve ON eğilimi arasındaki ilişkiyi destekleyen çalışma ile uyumludur. Literatür taramasında ölüm anksiyetesi ile ON eğiliminin ilişkili olabileceğini söyleyen sadece bir yazı bulunabilmiştir (Dyke, 2017). Van Dyke’a göre sağlıklı beslenme 21. yüzyılın yeni değerlerinden biridir ve insanlara hastalığa yakalanma (ölüm) olasılığından uzak bir hayat vadetmektedir. Bu açıdan ilk bölümde bahsedilen dehşet yönetimi kuramı açısından mükemmel diyeti bulmak sembolik bir ölümsüzlük vaadi olarak görülebilir. Bu bakış açısına göre bu çalışmada kullanılan ölüm anksiyetesi ölçeğindeki “ölümcül bir hastalığa yakalanmaktan endişe duyarım” maddesi ile Orto-11 Ölçeği’ndeki “sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi” maddesi birbiriyle ilişkili olabilir. Bir diğer açıklama ise kendilik inşası teorisi olabilir. İlk bölümde bahsedildiği üzere kişiler için ölüm olgusu, kişinin merkezî şablonları ve çevresel şablonları için açıklanabilir olmadığında tehdit şablonu altında işlenmektedir. Türkçe Ölüm Anksiyetesi Ölçeği’ne

bakıldığında ise “ölümün nasıl bir şey olacağını bilmemek beni kaygılandırır”, “öldükten sonra bana ne olacağını bilmemek beni kaygılandırır” ve “ölmenin nasıl bir his olacağını bilmemek beni endişelendirir” maddelerinin, ölümün kişinin şablonları tarafından açıklanamadığı durumları işaret ediyor olabileceği düşünülmektedir. Bu açıdan ON eğiliminin kişi için ölümü şablonlarına uyarlama çabalarından biri olabileceği düşünülmektedir.

5.7. Benlik Saygısının ON Eğilimini Yordaması İle İlgili Bulguların Tartışılması

Bu araştırma da benlik saygısının ON eğilimini yordadığı görülmüştür. Benlik saygısı ile ON eğilimi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında çelişkili sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Bazı çalışmalarda benlik saygısı ile ON arasında ilişki bulunamamışken (Özenoğlu, 2016;Duran, 2022;Karatay 2021b); literatürdeki bazı araştırmalarda ise benlik saygısı ve ON eğilimi arasında ilişki bulunmuştur (Höber, 2022;Ostendorf, 2021;Brytek-Matera, 2022). Bu çelişkili sonuçların bir nedeni araştırmalarda kullanılan ölçeklerin farklılığı olabileceği düşünülmektedir. İki değişken arasında ilişki bulan çalışmalarda ON eğilimini ölçmek için Orto-11 ve Orto-15 testleri dışındaki testler kullanılmıştır. Bir diğer ölçek farkı ise ilişki bulan araştırmaların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanmalarındır. Literatürdeki sonuçların farklı olmasının bir diğer sebebi ise Türkiye’de Karatay tarafından yapılan ve benlik saygısı ile ON eğilimi arasında ilişki bulunamayan çalışmaya psikiyatrik ilaç tedavisi altında bulunanların dâhil edilmemesidir. Bu araştırmaya ise psikiyatrik tedavi altında olan kişiler ile ilaç tedavisi alan kişiler de dâhil edilmiştir. İlaç tedavisi alan kişilerde ise benlik saygısı, mükemmeliyetçilik, ON eğilimi farklılaşmamıştır. Ölüm anksiyetesinin ölümü düşünme ve tanıklık alt boyutu ise ilaç tedavisi altındaki kişilerde daha çok görülmüştür. Literatürdeki çalışmalarda farklı sonuçlar edilmesinin bir diğer sebebi ise öncelik-sonralık etkisi olabilir. Bunun sebebi ise araştırmanın tasarımıyla önce ölüm anksiyetesi ölçeği daha sonra Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği daha sonrasında Neredeyse Mükemmel Ölçeği ve en son ise Orto-11 Ölçeği verilmiştir. Literatürdeki çalışmalar göstermektedir ki dehşet yönetimi kuramı ile ilgili çalışmalarda ölüm anksiyetesi ölçekleri kişide ölümle ilgili düşünceleri tetikleyip benlik saygısını artırmaya yönelik bir uyarıcı olarak kullanılabilir (Greenberg1997).

5.8. Ölüm Anksiyetesi ile ON Arasındaki İlişkide Mükemmeliyetçiliğin Uyumsuzluk Alt Boyutunun Aracı Değişken Rolünün Tartışılması

Bu araştırmanın sonucuna göre uyumsuzluğun olduğu durumda yani kişinin koyduğu hedeflere ulaşamadığı durumda ölüm anksiyetesi ON eğilimini daha çok yordamaktadır. Literatürde ölüm anksiyetesi ve bunun mükemmeliyetçilikle ilişkisi üzerine çok fazla araştırma olmamasıyla birlikte yeme bozukluğu hastaları üzerinde yapılan bir araştırmada mükemmeliyetçilik (uyumsuzluk, yüksek standartlar ve düzen) ile ölüm anksiyetesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Marne 2016c). Mükemmeliyetçiliğin ON üstündeki etkisini araştıran çalışmaların da gösterdiği gibi mükemmeliyetçilik ON eğilimini yordamaktadır (Pratt 2021;Yılmaz 2021c; Karatay 2021c; Asarkaya 2019c). Literatürde ölüm anksiyetesi ile ON eğilimi arasında mükemmeliyetçiliğin aracı değişken rolünü doğrudan gösteren bir çalışma bulunamadığı için bu araştırmada bulunulan aracılık ilişkisi diğer çalışmalarla karşılaştırılamamıştır. Bununla beraber travmanın tanımından yola çıkılarak travma ile mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalara bakılmıştır. Bir çalışmada travma sonrası stres bozukluğu semptomları ile mükemmeliyetçilik pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (Egan, 2013). Bir çalışmada ise mükemmeliyetçiliğin yüksek olduğu ve algılanan kontrolün daha düşük olduğu durumda travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Molnar, 2020). Bunun sonucu ise araştırmacılar tarafından bu kişilerin kendilerinden beklenen yüksek standartlar tarafından kontrol edildikleri ve çoğu zaman bu standartların altında bir performans gösterdikleri şeklinde anlaşılmıştır. Bu açıdan bu çalışmadaki mükemmeliyetçiliğin, uyumsuzluk tipi mükemmeliyetçiliğe benzetilebileceği düşünülmektedir. Uyumsuzluğun ON eğilimini yordadığı da gösterilmiştir (Asarkaya, 2019ç). Bir niteliksel araştırma da mükemmeliyetçiliğin, kişinin sürekli internette sağlıklı beslenme ile ilgili birbiriyle çelişen bilgiler bulması, bunun sonucunda ise ideal sağlıklı beslenme şekline ulaşamaması biçiminde kendini gösterdiği belirtilmiştir (Debois, 2020). Özetle uyumsuzluğun olduğu durumda ölüm anksiyetesinin ON eğilimi üzerinde daha çok etkili olduğuna yönelik sonuç, literatürdeki diğer araştırmaların sonuçlarıyla uyumludur. Dehşet yönetimi kuramı açısından kişilerin ölüm anksiyetesiyle baş etmek için kültürel tampon olarak sağlıklı beslenmeyle ilgili yüksek standartlar koyup bunun sonucunda koyduğu standartların altında performans gösterdiği

bu durumun ise sağlıklı beslenme ile ilgili tutumunu daha çok etkilediği şeklinde açıklanabileceği düşünülmektedir.

5.9. Ölüm Anksiyetesi ile ON Eğilimi Arasındaki İlişkide Benlik Saygısının Aracı Değişken Rolünün Tartışılması

Bu araştırmada bulunan bir diğer sonuç ise benlik saygısının devreye girdiği durumda ölüm anksiyetesi ON eğilimini daha çok yordamaktadır.. Bu sonuç, literatürdeki benlik saygısı ve ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkiyi inceleyen diğer araştırmalarla uyumludur. Bir araştırma da benlik saygısının ve hayatta bulunan anlamın ölüm anksiyetesiyle negatif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir (Sübeten, 2018b). Çin’de yapılan bir çalışma da benlik saygısı ile hayatta bulunan anlamın ölüm anksiyetesiyle negatif yönde ilişkili olduğu sonucunu tekrarlamaktadır (Zhang, 2019). Bir diğer çalışmada ise dehşet yönetimi kuramı açısından benlik saygısı ile ölüm anksiyetesinin ilişkisi incelenmiştir. Bu araştırmada benlik saygısının ölüm anksiyetesiyle negatif yönde ilişkili olduğu görülmüştür (Reyes, 2017b). Benlik saygısı ile ON eğilimi arasında ilişki bulunmuştur. Benlik saygısı ile ON eğilimi ilişkisini inceleyen literatürdeki çalışmaların sonuçları birbiriyle çelişki göstermektedir. Bu durum yukarıda olası sebepleriyle birlikte tartışılmıştır. Yukarıdaki çalışmalarda da görüldüğü gibi benlik saygısı ve hayatta anlam bulmanın her ikisi de ölüm anksiyetesi ile negatif yönden ilişkilidir. Bu durumun ilk bölümde bahsedilen Victor Emil Frankl’ın anlam arayışı modeli ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Kişiler hayattaki anlamlarını kendilerine koydukları amaçlar ile belirliyor olabilirler. Kişinin belirlediği bu amaçlar ise kişiye yeni bir kimlik kazandırıp kişinin benlik saygısını etkiliyor olabilir. Bu durum, yeme bozukluklarında ise beslenme ile ilgili amaçlar koyma şeklindeki bir strateji olarak kendini gösteriyor olabilir. Bir çalışmada hayatta bulunan anlamın duygu düzenleme ile yeme bozukluğu belirtileri arasında bir aracı değişken olduğu da gösterilmiştir (Marco, 2021). Bir diğer açıklama ise Carl Roger’ın tam fonksiyonel insan teorisi olabilir. Tam fonksiyonel insan kendini gerçekleştirmiş kişidir. Bu açıdan kişinin ideal benliği ile gerçek benliği arasında çok farklılık yoktur. Bundan dolayı ölüm anksiyetesi yaşamaz. ON ise ideal benlik ile gerçek benlik arasında mesafe oluşmasına neden olan bir değerli olma koşulu olabilir. Bu durum ise kişinin benlik saygısını etkileyerek sağlıklı beslenme konusunda ölüm anksiyetesinden daha fazla etkilenmesine neden oluyor olabilir. Bu açıdan bir çalışmada

ise kendini gerçekleştirme ile ölüm anksiyetesi ve ölüm korkusunun birbiriyle negatif yönde ilişkili olduğu da gösterilmiştir (Toplanır, 2018). Bir başka araştırmada ise otonomi ihtiyacı ile yeme bozuklukları arasında benlik saygısının aracı değişken rolü olduğu gösterilmiştir. Araştırmacı, bu durumu bakım verenleri tarafından koşullu olarak sadece belirli davranışları ödüllendirilen kişinin bir değerlilik koşulu geliştirmesi olarak açıklamaktadır. Bu değerli olma koşulunun yeme bozukluğuna yol açan beslenme ile ilgili toplumsal değerleri de kapsadığını vurgulamaktadır (Frederick, 1996). Bu durum, daha önce vurgulandığı gibi ON'nin bir değerli olma koşullu olabileceğini düşündürmektedir.

5.9.1. Benlik Saygısı ile ON Eğilimi Arasındaki İlişkide Mükemmeliyetçiliğin Uyumsuzluk Alt Boyutunun Aracı Değişken Rolünün Tartışılması

Bu araştırmanın sonucunda uyumsuzluğun (kişinin koyduğu hedeflerin altında performans gösterdiği durum) devreye girdiği koşulda benlik saygısının ON eğilimini daha çok yordamaktadır. Bu sonuç literatürdeki diğer araştırmalarla kısmen uyumlu bir sonuçtur. Bir araştırmada kadınlardaki benlik saygısının düşmesi ile mükemmeliyetçiliğin arttığı, mükemmeliyetçiliğin artması ile de ON eğiliminin arttığı görülmüştür. Bu çalışmada özellikle mükemmeliyetçiliğin uyumsuzluk alt boyutunun ON ile ilişkili olabileceği vurgulanmıştır (Yılmaz, 2021ç). Literatürdeki bir diğer çalışma ise mükemmeliyetçiliğin uyumsuzluk (uyumsuzluk) alt boyutunun ON eğilimini yordadığını göstermiştir (Asarkaya, 2019d). Bir çalışmada benlik saygısının kişilerin manevi inanç düzeyinin devreye girmesiyle ON eğilimini yordayabildiği görülmüştür. Aynı çalışmada bu durum dehşet yönetimi kuramı açısından açıklanmıştır (Bóna, 2021). Dehşet yönetimi kuramı açısından bakıldığında da bu araştırmanın sonucu açıklanabilir. Kişiler kendi benlik saygılarını artırmak için kültürel değerlerden biri olan sağlıklı beslenmeyle ilgili standartlara uymaya çalışıyor olabilirler. Bu standartları karşılayamadıkları zaman da uyumsuzluk yani bir hayal kırıklığı yaşıyor olabilirler. Bu durumun bir diğer açıklaması da ilk bölümde bahsedilen öz-şefkat yaklaşımı ile olabilir. Kristin D. Neff'e göre benlik saygısı, kişinin kendini yaptığı ya da yapamadığı şeylere göre değerli görüp görmemesiyle ilişkilidir. Bu açıdan benlik saygısı, kişi hedeflerimize ulaşamadığı zaman kişinin kendisi hakkında olumsuz değerlendirmeler yapmasına neden olabilir (Neff,2011). Bu açıdan kişi sağlıklı beslenme ile ilgili hedeflerinin altında bir performans

gösterdiğinde kendini değersiz olarak değerlendiriyor olabilir. Bu durum da benlik saygısının ON üzerindeki etkisini artırıyor olabilir.

5.10. Gelecek Araştırmalar İçin Öneriler

Bu araştırmada veriler Covid-19 pandemisi sürecinde toplanmıştır. Bu açıdan katılımcıların ölçeklere vermiş olduğu cevapların etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle bu araştırmanın Covid-19 pandemisinin olmadığı bir süreçte tekrarlanmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada öz bildirime dayalı bir yöntem ile araştırma verileri toplanmıştır. Bu bakımdan katılımcıların, ölçek sorularını kendilerini olumlu bir tarzda sunmak için taraflı bir şekilde doldurmuş olabilecekleri düşünülmektedir.

Bu araştırmada kullanılan Orto-11 Ölçeği sadece ON eğilimini ölçmektedir. Bu açıdan ON ve sağlıklı ortoreksiya boyutlarını da ölçen iki boyutlu bir ölçek kullanılarak bu araştırmanın tekrarlanmasının literatüre daha çok katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu açıdan sonraki araştırmalarda Treouse Ortoreksiya Ölçeği kullanılabilir.

Bu araştırmada genel örneklem kullanılmıştır. Bu açıdan ON eğilimi daha yüksek olan risk grubundaki kişilerin verilerine ulaşılammıştır. Gelecekteki araştırmaların bu çalışmayı özellikle yeme bozukluğu tanısı alan bir örneklem üzerinde tekrarlaması önerilmektedir.

Bu araştırmanın örnekleminde kadınların sayısı erkeklerin sayısından daha fazladır bu durumun araştırmanın sonucunu etkileyebileceği düşünülmüştür. İler de yapılacak araştırmalar da kadın erkek sayısının eşit olduğu bir örneklemin kullanılması önerilmektedir.

Bu araştırmanın örnekleminde ön lisans mezunu katılımcıların sayısının ağırlıkta olduğu görülmüştür. Bu durumun araştırmanın sonucunu etkileyebileceği düşünülmüştür. Gelecek araştırmalarda katılımcıların eğitim durumları açısından eşit sayıda olması önerilmektedir.

Bu araştırmada ölçekler arasındaki ilişkiye bakarak dehşet yönetimi kuramı ile ilişkili olduğu dşnlen değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Gelecek araştırmalarda kişilere kendi ölümlerinin hatırlatıldığı bir deneysel tasarım ile literatürdeki dehşet yönetimi araştırmalarına daha yakın bir araştırma yöntemi kullanılabilir. Bu araştırma yöntemi ile kontrol grupları arasındaki farklar gelecek araştırmalarla değerlendirilebilir.



SONUÇ

Bu araştırmanın amacı; ölüm anksiyetesi ile ON eğilimi arasındaki ilişkide benlik saygısı ve mükemmeliyetçiliğin aracı değişken rolü ile benlik saygısı ile ON arasındaki ilişkide mükemmeliyetçiliğin aracı değişken rolünü incelemektir. Bu amaçlar doğrultusunda bulunan bulgular daha önceki bölümlerde incelenmiştir. Bu kısımda ise bu araştırmada bulunan sonuçlar sunulacaktır.

1. Psikolojik yardım alma ve almama durumuna göre ölüm anksiyetesi, benlik saygısı, mükemmeliyetçilik ve ON eğilimi arasında kısmen fark bulunmuştur.
2. Kişilerin tıbbi sorunlarına yönelik tedavi alıp almama durumlarına göre ölüm anksiyetesi, benlik saygısı, mükemmeliyetçilik ve ON eğilimi arasında fark bulunamamıştır.
3. Eğitim durumu, medeni durum, ilaç kullanım durumu ve cinsiyete göre ölüm anksiyetesi, benlik saygısı, mükemmeliyetçilik ve ON eğilimi arasında kısmen fark bulunmuştur.
4. Ölüm anksiyetesi, benlik saygısı, mükemmeliyetçilik ve ON eğilimi arasında ilişki bulunmuştur.
5. Ölüm anksiyetesi, benlik saygısı, mükemmeliyetçilik ve ON eğilimi ile yaş arasında kısmen ilişki bulunmuştur.
6. İstatistik analizi sonucunda ölüm anksiyetesinin ON eğilimini anlamlı bir şekilde yordadığı bulunmuştur.
7. Benlik saygısının ON eğilimini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordadığı bulunmuştur.
8. Bu araştırmadan çıkarılabilecek diğer bir sonuç ise ölüm anksiyetesi ile ON eğilimi arasında mükemmeliyetçiliğin uyumsuzluk alt tipinin aracı değişken rolü olduğu bulunmuştur.
9. Ölüm anksiyetesi ile ON eğilimi arasındaki ilişkide benlik saygısının aracı değişken rolü olduğu bulunmuştur.

10. Benlik saygısı ile ON eğilimi arasındaki ilişki de mükemmeliyetçiliğin uyumsuzluk alt boyutunun aracı değişken rolü olduğu görülmüştür



KAYNAKÇA

- Aaron, T. ve A. F. Beck (2015). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York London: The Guilford.
- Abdollahi, A., Pyszczynski, T. ,Molly,M., Aleksandra, L. (2011). Posttraumatic Stress Reactions as a Disruption in Anxiety-Buffer Functioning: Dissociation and Responses to Mortality Salience as Predictors of Severity of Posttraumatic Symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 329 –341.
- Abram Rosenblatt, J. G., J. Greenberg, S. Solomon, T. Pyszczynski,T., D. Lyon (1989). Evidence For Terror Management Theory: I.The Effects of Mortality Salience on Reactions to Those Who Violate or Uphold Cultural Values. *Journal of Personality and Social Psychology*. 681-690.
- Ainsworth, M. D. (1979). Infant—Mother Attachment. *The American Psychological Association*. 932-937.
- Aksoydan, E. ve Camci, N. (2013). Prevalence of Orthorexia Nervosa Among Turkish Performance Artists. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 33-37.
- Albery, I. P., Michalska M., Moss, .A.C, Spada, M. (2019). Selective Attentional Bias to Food-related Stimuli in Healthy Individuals with Characteristics Towards Orthorexia Nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 1-9.
- Alioğulları, A. (2021). *Covid-19 Virüs Salgını Sırasında Yetişkin Bireylerde Sağlık Anksiyetesi,Ölüm Anksiyetesinin Yaş ve Cinsiyete Göre İncelenmesi.Yüksek Lisans Tezi İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi*.
- Almeida, C., Borba, V.V. , Santos, L. (2018). Orthorexia Nervosa in a Sample of Portuguese Fitness Participants. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 1-9.

- Andrea, L. ve Hinds, E. Z. (2010). The Psychology of Potential Threat: Properties of the security Motivation System. *Biological Psychology*. 331-337.
- Andrea, M. ve T. P. Yetzer, (2018). Terror Management Theory and Psychological Disorder: Ineffective Anxiety-Buffer Functioning as a Transdiagnostic Vulnerability Factor for Psychopathology. M. V. Clay (Ed.). *Handbook of Terror Management Theory* içinde. Routledge Academic Press, 417-447.
- Angus MacBeth, A. G. (2012). Exploring Compassion: A Meta-analysis of the association Between Self-Compassion and Psychopathology. *Clinical Psychology Review*. 32, 545-552.
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC, London, England: American Psychiatric Publishing.
- Arndt, J., Greenberg, J., Solomon, S. (2004). The Blueprint of Terror Management: Understanding the Cognitive Architecture of Psychological Defense against the Awareness of Death. S. L. Jeff Greenberg (Ed.). *Handbook of Experimental Existential Psychology* içinde. Guilford Press, 35-53.
- Arusoğlu, G. (2006). *Sağlıklı Beslenme Takıntısı(Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi, ORTO-15 Ölçeğinin Uyarlanması*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Arusoğlu, G. (2008). Ortoreksiya Nervoza ve Orto-11'in Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Türkçe Psikiyatri Dergisi*. 283-291.
- Asarkaya, B. (2019). *Sağlıklı Ortoreksiya ve Ortoreksiya Nervoza: Ebeveynlerden Algılanan Psikolojik Kontrol ve Uyumlu-Uyumsuz Mükemmeliyetçilik Özellikleri İle İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi İstanbul: Maltepe Üniversitesi.
- Aslan, H. (2020). Demographic Characteristics, Nutritional Behaviors, and Orthorexic Tendencies of Women with Breast Cancer: A case-Control Study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 1365-1375.

- Awad, E. (2021). Association Between Impulsivity and Orthorexia Nervosa: Any Moderating Role of Maladaptive Personality Traits? *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 1-11.
- Awad, E. , Obeid, A. , Sacre, H.,Salameh, P., Strahler, J. ,Hallit, S. (2021). Association Between Impulsivity And Orthorexia Nervosa / Healthy Orthorexia: Any Mediating Effect of Depression, Anxiety, and Stress? *BMC Psychiatry*. 1-14.
- Aydin, K. B. (2013). *Academic Journals*. 1151-1157.
- Barbara, L. ve Fredrickson, T. A. R. (1997). Objectification Teory. *Psychology of Women Quarterly*. 17-206.
- Barnes, M. A., 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.
- Barone, L. (2009). Mental Representations of Attachment in Eating Disorders: A Pilot Study Using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*. 405-417.
- Barthels, F., Meyer, F., Huber, T.,Pietrowsky, R. (2017). Orthorexic Eating Behaviour as a Coping Strategy in Patients With Anorexia Nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 22, 269-276.
- Barthels, F. Barrada, J. R. ,Roncero, M. (2019). Orthorexia Nervosa and Healthy Orthorexia as New Eating Styles. *Plos One*. 1-16.
- Battle, J. (1978). Relationship Between Self-Esteem and Depression. *Sage Journals*. 745-746.
- Beck, J. S. (2020). *Bilişsel Davranışçı Terapi Temelleri ve Ötesi*. Nobel.
- Bowlby, J. (1998). *Loss-sadness and Depression*. Vintage.
- Bratman, S. (2017). Orthorexia vs. Theories of Healthy Eating. *Eat Weight Disord*. 381-385.

- Breuer, S. F. (2004). *Studies in Hysteria*. Penguin.
- Brown, S. E. (1994). Positive Illusions and Well-Being Revisited. *Psychological Bulletin*. 21-27.
- Brytek-Matera, A., Pardini, S., Szubert, J. ,Novara, C. (2022). Orthorexia Nervosa and Disordered Eating Attitudes,Self-Esteem and Physical Activity among Young Adults. *Nutrients*. 1-11.
- Burns, D. D. (2016). *Panik Atakta İlaçsız Yeni Anksiyete Terapisi ile Hayatınız Değişebilir*. İstanbul: Psikonet.
- Chatard, A.,Pyszczyński, T. , Arndt, J. (2012). Extent of Trauma Exposure and PTSD Symptom Severity as Predictors of Anxiety-Buffer Functioning. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 47-55.
- Cihan, B. (2013). *The Effects of Mortality Salience and Body-Related Social Norms on Attitudes Towards Diet Pills:A Terror Management Health Model Perspective*.Phd Thesis Ankara: Middle East Technical University.
- Courtney, C. ve S. E. Simpson (2017). Attitudes Toward Orthorexia Nervosa Relative to DSM-5 Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 1-12.
- Coyne, J. C. (1976). Depression and the Response of Others. *Journal of Abnormal Psychology*. 186-193.
- Çuhadaroğlu, F. (1986). *Adolesanlarda Benlik Saygısı*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Dabal, A. K. (2020). Characteristics and Nosological Separation of Orthorexia Nervosa. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*. 32-42.
- Dalmaz, M. (2015). Spor Salonunda Spor Yapanlarda Ortoreksiya Nervoza Belirtilerinin İncelenmesi. *Uluslar Arası Hakemli Ortopedi Travmatoloji ve Spor Hekimliği*. 23-39.

- Daphne van Hoeken, H. W. (2020). Review of the Burden of Eating Disorders: Mortality, Disability, Costs, Quality of Life, and Family Burden. *Current Opinion*. 522-526.
- David Lester, D. T. (1993). Death Anxiety Scales: A Dialogue. *Sage Journals*. 239-253.
- DeBois, K. (2020). Misinformation, Thin-ideal Internalization, and Resistance to Treatment: An Interpretive Phenomenological Analysis of the Experience of Orthorexia Nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 1-11.
- Denise, E. ve M. E. Wilfley, (2007). Classification of Eating Disorders: Toward DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*. 123-129.
- Depa, J., Schweizer, J. , Bekers S. K , Hilzendegen .C ,Stroebele-Benschop .N (2016). Prevalence and Predictors of Orthorexia Nervosa Among German students Using the 21-item-DOS. *Eat Weight Disord*. 1-7.
- Depa, J. , Barrada J. R ,Roncero, M. (2019). Are the Motives for Food Choices Different in Orthorexia Nervosa and Healthy Orthorexia? *Nutrients*. 1-14.
- Direnç Sakarya, C. G. (2013). Van Depremi Sonrası Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin Psikolojik Dayanıklılıkla İlişkisi. *Kriz*. 25-32.
- Donald, I. ve E. D. Templer, (1970). Religious Correlates of Death Anxiety. *Sage Journal*. 395-397.
- Donini, L. M. (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 151-157.
- Dunn, T. M. (2016). Prevalence of Orthorexia Nervosa is Less than 1 %: Data From a US Sample. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 1185-192.

- Dunn, T. M. (2019). Individuals Who Self-identify as Having “Orthorexia Nervosa” Score in the Clinical Range on the Eating Attitudes Test-26. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 1-6.
- Dunn, T. M. ve S. Bratman (2016). On Orthorexia Nervosa: A Review of the Literature and Proposed Diagnostic Criteria. *Eating Behaviors*. 11-17.
- Duran, S. (2022). The relationships between Orthorexia nervosa, social appearance anxiety and women’s self-esteem: A cross-sectional study. *Bangladesh Journal of Medical Science*. 675-681.
- Dyke, C. V. (2017). Eat Y’Self Fitter: Orthorexia, Health, and Gender. M. B. Anne Barnhill (Ed.). *The Oxford Handbook of Food Ethics* içinde. Oxford: Oxford University, 553-571.
- Edward Aronow, Rauchway, A. , De vito, A. (1980-1981). The Value of the Self in Relation to Fear of Death. *Omega*. 11.1, 37-44.
- Egan, S. J. (2013). The Relationship between Perfectionism and Rumination in Post Traumatic Stress Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 211-223.
- Eliza Kalika, H. E. (2022). Exploring the Role of Mindful Eating and Self-compassion on Eating Behaviours and Orthorexia in People Following a Plant-based Diet. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 1-11.
- Emily, J. ve J. M. Fawcett, (2016). A Meta-analysis of the Worldwide Prevalence of Pica During Pregnancy and the Postpartum Period. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 1-7.
- Enikő Bóna, F. T. (2019). Evolutionary Aspects of a New Eating Disorder: Orthorexia Nervosa in the 21st Century. *Psychological Thought*. 12.2, 4-13.
- Erikson, E. H. (1997). *The Life Cycle Completed*. W.W. Norton & Company.

- Erol, İ. (2019). *Üniversite Öğrencilerinde Sosyodemografik Verilere Göre Mükemmeliyetçilik Algısı ve Ortoreksiya Nervosa Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi* İstanbul: Üsküdar Üniversitesi .
- Farchakh, Y., Hallit, S. ,Soufia, M. (2019). Association Between Orthorexia Nervosa, Eating Attitudes and anxiety Among Medical Students in Lebanese Universities: Results of a Cross-Sectional Study. *Eat Weight Disord.* 1-9.
- Fırat, Ö. (2021). *Üstbilişler, Meta-Endişe, Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu, Anksiyete, Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları ve Mükemmeliyetçilik İlişkilerinin İncelenmesi.Yüksek Lisans Tezi.* İstanbul: İstanbul Kent Üniversitesi.
- Fidan, T. (2010). Prevalence of Orthorexia Among Medical Students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry.* 49-54.
- Fixsen, A. , Cheshire .A, Berry .M (2020). The Social Construction of a Concept—Orthorexia Nervosa: Morality Narratives and Psycho-Politics. *Sage.* 1101-1113.
- Frankl, V. E. (2019). *İnsanın Anlam Arayışı.* İstanbul: Okyanus.
- Frederick, C. M., Grow V. M (1996). A Mediational Model of Autonomy, Self-esteem and Eating Disordered Attitudes and Behaviors. *Psychology of Women Quarterly.* 217-228.
- Freud, S. (1916). *On the History of the Psycho-Analytic Movement Papers on Metapsychology and Other Works.* London: The Hogarth .
- Freud, S. (1927). *The Future of an Illusion.* New York: W.W. Norton Company.
- Freud, S. (2003). *An Outline of Psychoanalysis.* Penguin.
- Freud, S. (2003). *Beyond the Pleasure Principle and Other Writings .* Penguin.
- Frost, R. O., P. Marten, C. Lahart ve R. Rosenblat, (1990). The Dimensions of Perfectionism. *Cognitive Therapy and Research.* 449-468.

- Fuschia, M. ve D. S. Sirois, (2015). *Conceptualizations of Perfectionism, Health, and Well-Being: An Introductory Overview*. Springer Editors.
- Gershuny, B. S. (2014). Relation Between Trauma and Psychopathology: Mediating Roles of Dissociation and Fears About Death and Control. *Journal of Trauma & Dissociation*. 101-117.
- Gilbert, P. (1998). Evolutionary psychopathology: Why isn't the mind designed better than it is? . *British Journal of Medical Psychology*. 71, 353-373 .
- Gil-Rivas, V., Holman, E. A., McIntosh, D. N. (2002). Nationwide Longitudinal Study of Psychological Responses to September 11. *JAMA*. 1235-1244.
- Giuseppe, M. D. , Gemignani, A., Conversano, C. (2020). Psychological Resources Against the Traumatic Experience of Covid-19. *Clinical Neuropsychiatry*. 85-87.
- Gleaves, D. H., Graham, E. C. (2013). Measuring "Orthorexia": Development of the Eating Habits Questionnaire. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*. 1-18.
- Gobin, K. C. (2021). The Effects of the COVID-19 Pandemic Lockdown on Eating, Body Image, and Social Media Habits Among Women With and Without Symptoms of Orthorexia Nervosa. *Frontiers in Psychology*. 1-11.
- Goldenberg, J. L., Arndt, J. , Hart, J. (2005). Dying To Be Thin: The Effects of Mortality Salience and Body Mass Index on Restricted Eating Among Women. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1400-1412.
- Gonen, G. (2012). The Factors Contributing to Death Anxiety in Cancer Patients. *Journal of Psychosocial Oncology*. 347–358.
- Gramaglia, C., Brytek-Matera, A. ,Rogoza, R. , Zeppego, P. (2017). Orthorexia and Anorexia Nervosa: Two Distinct Phenomena? A Cross-cultural Comparison of Orthorexic Behaviours in Clinical and non-Clinical Samples. *BMC Psychiatry*. 1-5.

- Grammatikopoulou, M. G. (2021). Obsessed with Healthy Eating: A Systematic Review of Observational Studies Assessing Orthorexia Nervosa in Patients with Diabetes Mellitus. *Nutrients*. 1-14.
- Greenberg, J. S. (2007). A basic but uniquely human motivation: Terror management. W. L. James Y. Shah (Ed.). *Handbook of motivation science* içinde. Guilford, 114-134.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of Normal and Neurotic Perfectionism. *A Journal of Human Behavior*. 27-33.
- Harmon-Jones, E., Simon, L., Greenberg, J.(1997). Terror Management Theory and Self-Esteem: Evidence That Increased Self-Esteem Reduces Mortality Salience Effects. *Journal of Personality and Social Psychology*. 24-36.
- He, J., Ma, H., Barthels, F. , Fan, X. (2019). Psychometric Properties of the Chinese Version of the Düsseldorf Orthorexia Scale: Prevalence and Demographic Correlates of Orthorexia Nervosa Among Chinese University Students. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 453–463.
- Helen, B. ve J. J. Murray, (2018). Prevalence in primary school youth of pica and rumination behavior: The understudied feeding disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 1-5.
- Henrik Daae Zachrisson, F. S. (2010). Feelings of Insecurity: Review of Attachment and Eating Disorders. *The Journal of the Eating Disorders Association*. 01, 97-106.
- Höber, M. (2022). Overijssel: University of Twente.
- Ivtzan, I., Gardner .H, Bernard. I (2013). Wellbeing through Self-Fulfilment Examining Developmental Aspects of Self-Actualization. *The Humanistic Psychologist*, 119-132.
- İnan, T. C. (2022). *Ankiozan Spondilit Hastalarında Beden İmajı ve Görünüş Kaygısı: Benlik Saygısı, Hastalık Algısı, Emosyonel Durum İş ve Sosyal Yaşama Katılım ile İlişkisi.Yüksek Lisans Tezi* Samsun: Ondaokuz Mayıs Üniversitesi.

- Jacobziner, H. (1966). Lead Poisoning in Childhood: Epidemiology, Manifestations, and Prevention. *Sage Journals*. 277-286.
- Jain, A., Sharma, U. (2021). Prevalence and Relationship of Orthorexia Nervosa with Self-Esteem and Lifestyle Satisfaction in Indian Married Women. *The International Journek of Indian Psychology*. 181-193.
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. Dover.
- Janoff-Bulman, R. (1989). The Benefits of Illusions, The Threat of Disillusionment, And The Limitations Of İnaccuracy. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 8.2, 158-175.
- Jeff Greenberg, Solomon S., Pyszczynski, T.(1997). Terror Management Theory of Self-Esteem and Cultural Worldviews: Empirical Assessments and Conceptual Refinements. *Advances in Experimental Social Psychology*. 29, 67-68.
- Johnson, D. P. (1996). Perfectionism: Scale development and a study of perfectionists in counseling. *Journal of College Student Development*. 29-41.
- Jones, S. C. (1973). Self and İnterpersonal Evaluation. *Psychological Bulletin*. 79.3, 185-199.
- Kağıtçıbaşı, P. (2014). *Dünden Bugüne İnsan ve İnsanlar*. İstanbul: Evrim.
- Karadayı, Ö. (2020). *Ortoreksiya ve Bozuk Yeme Tutumlarının Beden İmgesi, Sağlık Kaygısı ve Obsesif İnançlarla İlişkisinin İncelenmesi.Yüksek Lisan Tezi* İstanbul: Maltepe Üniversitesi.
- Karakuş, G. (2016). *Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Beden Algısı ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi*. Malatya: İnönü Üniversitesi.
- Karatay, H. H. (2021). *Ortorektik Belirtiler ve Yeme Tutumu İle Benlik Saygısı ve Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişki.Yüksek Lisans Tezi* İstanbul: Işık Üniversitesi .

- Katharina Scheffold, R. P.-K. (2017). Insecure attachment predicts depression and death anxiety in advanced cancer patients. *Palliative and Supportive Care*. 1-9.
- Katherine, A. ve D. I.-D. Alvarado,(1995). The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *Journal of Clinical psychology*. 202-204.
- Kelly, G. (1963). *The Psychology of Personal Constructs*. London: Routledge.
- Kelly, G. A. (1991). *The Psychology of Personal Construct*. London: Routledge.
- Kevin, J. ve C. G. Flannelly, (2008). Beliefs About Life-After-Death, Psychiatric Symptomology and Cognitive Theories of Psychopathology. *Journal of Psychology and Theology*. 36.2, 94-103.
- Kiss-Leizer, M. , Rigó .A ,(2019). People Behind Unhealthy Obsession to Healthy Food: The Personality Profile of Tendency to Orthorexia Nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 29-35.
- Konak, E. (2020). *Yetişkin Bireylerin Umutsuzluk Düzeyi ve Benlik Saygısının Anksiyete İle İlişkisinin İncelenmesi.Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi.
- Koven, N. S. , Abry A.W (2015). The Clinical Basis Of Orthorexia Nervosa: Emerging Perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 385–394.
- Kristin Neff, C. G. (2018). *The Mindful Self-Compassion Workbook*. New York London: The Guilford.
- Kujawowicz, K. , Mirończuk-Chodakowska .I,Witkowska A. M (2022). Dietary Behavior and Risk of Orthorexia in Women with. *Nutrients*. 1-17.
- Kurah, A. S. (1982). The Body as a Transitional Object in Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*. 57-68.
- Ladd Wheeler, Reis, H. T., Bond, M. H. (1986). Collectivism-Individualism in Everyday Social Life: The Middle Kingdom and the Melting Pot. *Journal of Personality and Social Psychology*. 79-86.

- Lampard, A. M. , Tasca, G. A,Balfour, L. ,Bissada, H. (2012). An Evaluation of the Transdiagnostic Cognitive-behavioural Model of Eating Disorders . *European Eating Disorders Review*. 99-107.
- Liliana Dell’Osso, M. A. (2016). Historical Evolution of the Concept of Anorexia Nervosa and Relationships with Orthorexia Nervosa, Autism, and Obsessive–Compulsive Spectrum. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 1651-1660.
- Lingswiler, V. M. (1989). Affective and Cognitive Antecedents to Eating Episodes in Bulimia and Binge Eating. *International Journal of Eating Disorders*. 533-539.
- Maggie, L. ve R. M. Osa, (2020). Orthorexic Eating in Women Who are Physically Active in Sport: A Test of an Objectification Theory Model. *Body Image*. 154-160.
- Marco, J. H. (2021). Meaning in Life Mediates Between Emotional Deregulation and Eating Disorders Psychopathology: A Research From the Meaning-Making Model of Eating Disorders. *Frontiers in psychology*. 1-13.
- Maricuțoiu, L. P. (2019). Perfectionism in a Transdiagnostic Context. *European Journal of Psychological Assessment*. 1-11.
- Mario Mikulincer, V. F. (2003). The Existential Function of Close Relationships: Introducing Death Into the Science of Love. *Personality and Social Psychology Review*, 20-40.
- Marne, K. M. (2016). Death Anxiety, Perfectionism and Disordered Eating. *Behaviour Change*, 33.4, 193-211.
- Marta, A. ve M. L. Barnes, (2017). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism,body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity Volume*. 22, 177–184.
- Martin, M. ve D. S. Fisher, (2013). Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents: A “New Disorder” in DSM-5. *Journal of Adolescent Health*. 1-4.

- Mascioli, B. A. (2017). *Is Orthorexia a Security Motivated Eating Behaviour? An Examination Through Cognitive Bias and Cardiac Reactivity to Food*. Ontario: Lakehead University.
- Mayhew, A. J., M. Pigeyre, J. Couturier ve D. Meyre (2018). An Evolutionary Genetic Perspective of Eating Disorders. *Neuroendocrinology*. 106.3, 292-306.
- McComb, S. E. , Gaffney, M., Trimble, T.(2019). Orthorexia Nervosa: A Review of Psychosocial Risk Factors. *Appetite*. 50-75.
- McGinness, J. L. (2022). *Sexual Victimization and Disordered Eating among Sorority and Fraternity Members*. Phd Thesis Georgia: Georgia Southern University.
- McGovern, L. , Gaffney, M., Trimble, T. (2020). The Experience of Orthorexia from the Perspective of Recovered Orthorexics. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 1-14.
- Mendeş, B. (2022). COVID-19 Pandemisinde Bireylerin Kaygı Düzeylerinin ve Ortoreksiya Nervosa Eğilimlerinin Değerlendirilmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 258-270.
- Menzies, R. E. (2018). Cognitive and Behavioural Procedures for the Treatment of Death Anxiety. R. E. Menzies (Ed.). *Theory, Curing the Dread of Death Theory. Research and Practice* içinde. Australian Academic, 210.
- Menzies, R. E. (2020). Death Anxiety in the Time of COVID-19: Theoretical Explanations and Clinical Implications. *The Cognitive Behaviour Therapist*. 1-11.
- Merdin, E. (2018). *Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikopatolojik Belirtilerin Ortoreksiya Nervosa Belirtileri Üzerindeki Rolü*. Yüksek Lisans Tezi İstanbul: Maltepe Üniversitesi.
- Mitrofanova, E. (2021). Using Behavioural Reasoning Theory to Explore Reasons for Dietary Restriction: A Qualitative Study of Orthorexic Behavioural Tendencies in the UK. *Frontiers in Psychology*. 1-14.

- Molly Maxfield, S. J. (2014). A Terror Management Perspective on the Role of Death-Related Anxiety in Psychological Dysfunction. *The Humanistic Psychologist*. 35-53.
- Molnar, D. S. (2006). A Mediated Model of Perfectionism, Affect and Physical Health. *Journal of Research in Personality*. 482-500.
- Molnar, D. S. (2012). *Psychology & Health*. 846-864.
- Molnar, D. S. (2020). Perfectionism and Perceived Control in Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2204-2218.
- Morrin, F. (2019). *An Exploration Into the Psychotherapeutic Treatment of Orthorexia Nervosa From a Feminine Perspective*. Dublin: Dublin Business School.
- Morrison, J. (2016). *DSM-5'i Kolaylaştıran Klinisyenler İçin Tanı Rehberi*. Nobel.
- Naldöken, B. (2021). *Ortoreksiya Nervosa ile Düşünce-Beden Biçimi Kaynaşması, Beden İmgesi Baş etme Stratejileri ve Öz-şefkat Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi.
- Nancy, S. ve A. W. Koven (2015). The Clinical Basis of Orthorexia Nervosa: Emerging Perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 385-394.
- Nathan Thoma, B. P. (2015). Contemporary Cognitive Behavior Therapy: A Review of Theory, History, and Evidence. *Psychodynamic Psychiatry*. 43.3, 423-462.
- Neff, K. D. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*. 223–250.
- Neff, K. D. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*. 5.1, 1-12.
- Neimeyer, R. A. (2007). Actualization, Integration, and Fear of Death: A Test of the Additive Model. *Death Studies*. 235-244.

- Nevelyn Trumpeter, P. W. (2006). Factors Within Multidimensional Perfectionism Scales. *Personality and Individual Differences*. 849-860.
- Oberle, C. D. (2017). Orthorexia Nervosa: Assessment and Correlates With Gender, BMI, and Personality. *Appetite*. 303-310.
- Osa, M. L. ve R. M. Calogero, (2020). Orthorexic Eating in Women Who are Physically Active in Sport: A Test of an Objectification Theory Model. *Body Image*. 154-160.
- Osenk, I. (2021). *Differentiating the Role of Perfectionism and High Standards in Young Adolescents*. Adelaide: Flinders University.
- Ostendorf, M. (2021). *The Association of Media Body-İmage Exposure with an Individual'S Self-Esteem and Body Dissatisfaction and Orthorexia-related Symptomology: An Experience Sampling Study*. Overijssel: University of Twente.
- Özenoğlu, A. (2015). The effect of self-Esteem and Incidence of Orthorexia Nervosa Among University Students of Health Education. *Journal of International Research in Medical and Pharmaceutical Sciences*. 173-182.
- Parra-Fernández, M.L. (2018). Prevalence of Orthorexia Nervosa in University Students and its Relationship with Psychopathological Aspects of Eating Behaviour Disorders. *BMC Psychiatry*. 1-8.
- Patricia Furer, J. R. (2008). Death Anxiety: A Cognitive-Behavioral Approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 167-182.
- Pehlivan, E. (2019). Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza Yaygınlığı ve Sağlık Okur Yazarlığı ile İlişkisi. *Dergipark*. 166-175.
- Poelman, M. P., M. Gillebaart, C. Schlinkert, S. C. Dijkstra, E. Derksen, F. Mensink,... ve E. de Vet (2021). Eating Behavior and Food Purchases During the COVID-19 Lockdown: A Cross-sectional Study Among Adults in the Netherlands. *Appetite*. 1-29.

- Poyraz, C. A. (2015). Relationship Between Orthorexia and Obsessive-Compulsive Symptoms in Patients With Generalised Anxiety Disorder, Panic Disorder and Obsessive Compulsive Disorder. *Neuropsychiatric Investigation*. 22-26.
- Pratt, V. B. (2021). Perfectionistic Self-presentation and Orthorexia in Exercisers. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-5.
- Rachel, E. ve R. G. Menzies (2020). Death Anxiety in the Time of COVID-19: Theoretical Explanations and Clinical Implications. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 1-11.
- Rangel, C. , Dukeshire .S ,MacDonald, L. (2012). Diet and Anxiety. An Exploration Into the Orthorexic Society. *Appetite*. 124-132.
- Rasmussen, C. A. ve Brems, C. (2013). The Relationship of Death Anxiety With Age and Psychosocial Maturity. *The Journal of Psychology*. 141-144.
- Rebecca Helen Lehto, K. F. (2009). Death Anxiety: An Analysis of an Evolving Concept. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*. 23.1, 23-41.
- Rebecca Murphy, S. S. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. *Psychiatric Clinics*. 33.3, 611-627.
- Reyes, M. E., Amistoso, M .N .G , Caryl Alodia C. Babaran, Gem Bernadette M. Bulaong, Vincent Daniel M. Reyes, Nicholas N. Tubig (2017). Death Anxiety and Self-Esteem of Filipino Youths and Older Adults. *North American Journal of Psychology*. 435-450.
- Richard, A. ve T. R. Grucza (2007). Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in a Community Sample. *Comprehensive Psychiatry*. 48, 124 – 131.
- Ringer, F. ve P . McCrittenden (2006). Eating Disorders and Attachment: The Effects of Hidden Family Processes on Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 119-130.

- Robbins, R. A. (1991). Death Anxiety, Death Competency and Self-actualization in Hospice Volunteers. *The Hospice Journal*. 7.4, 29-35.
- Robbins, R. A. (1991). *The Hospice Journal*. 7.4, 29-35.
- Robert, B. ve K. G. Slaney, (2002). A Programmatic Approach to Measuring Perfectionism: The Almost Perfect Scales. P. H. Gordon ve L. Flett (Ed.). *Perfectionism: Theory, research, and treatment* içinde. American Psychology Association, 63-88.
- Rogers, C. R. (1959). *A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationship, as Developed in the Client-Centered Framework*. McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1995). *A Way of Being*. Boston New York: Houghton Mifflin Company.
- Rollyn M. ve D. S. Ornstein, (2013). Distribution of Eating Disorders in Children and Adolescents Using the Proposed DSM-5 Criteria for Feeding and Eating Disorders. *Journal of Adolescent Health*. 303-305.
- Roncero, M., Barrada, J. R., García-Soriano G. , Guillén V. (2021). Personality Profile in Orthorexia Nervosa and Healthy Orthorexia. *Frontiers in Psychology*. 1-8.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton: Princeton University.
- Rui Lopes, R. M. (2020). Orthorexia Nervosa and Comorbid Depression Successfully Treated with Mirtazapine: A Case Report. *Studies on Anorexia, Bulimia and Obesit*. 163-167.
- Russac, R. J. , Gatliff, C., Reece, M., Spottswood, D. (2007). Death Anxiety across the Adult Years: An Examination of Age and Gender Effects. *Death Studies*. 549-561.
- Sapmaz, F. (2006). *Üniversite Öğrencilerinin Uyumlu ve Uyumsuz Mükemmeliyetçilik Özelliklerinin Psikolojik Belirti Düzeyleri Açısından İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya: Sakarya Üniversitesi.

- Sarıkaya, Y. (2013). *Ölüm Kaygısı Ölçeği Geliştirilmesi: Gerçeklilik ve Güvenirlilik Çalışması*. Tokat: Gazi Osman Paşa Üniversitesi.
- Sarıkaya, Y. ve M. Baloğlu, (2016). The Development and Psychometric Properties of the Turkish Death Anxiety Scale (TDAS). *Death Studies*. 40.7, 419-431.
- Scott, J. ve C. B. Crow, (2009). Increased Mortality in Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 1342-1346.
- Segura-Garcia, C. (2014). The Prevalence of Orthorexia Nervosa Among Eating Disorder Patients After Treatment. *Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 161-166.
- Segura-Garcia, C., Rania, M., Filippis, D. R., Caroleo, M., Carbone, E., Aloï, M., Bratman, S. (2020). Pathways to Orthorexia Nervosa: A Case Series Discussion. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 1675–1683.
- Shaver, C. H. (2009). Deeper into Attachment Theory. *Psychological Inquiry*. 68-79.
- Sheldon Solomon, J. G. (1991). A Terror Management Theory of Social Behavior: The Psychological Functions of Self-Esteem and Cultural Worldview. M. P. Zanna (Ed.). *Advances in Experimental Social Psychology* içinde. Academic Press, 93-159.
- Shelley, E. ve D. A. Taylor (1996). Positive Illusions and Coping with Adversity. *Journal of Personality*. 64.4, 873-898.
- Shelley, E. ve R. R. Taylor (1984). Attributions, Beliefs About Control, and Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*. 489-502.
- Shorter, E. (2013). The History of DSM. J. P. Phillips (Ed.). *Making the DSM-5: Concepts and Controversies* içinde. Toronto: Springer Science, 3-19
- Sigmund, F. (2003). *Beyond the Pleasure Principle and Other Writings*. Penguin.
- Slaney, R. B. (1992). *The Almost Perfect Scale*. Pennsylvania: Pennsylvania State University.

- Slaney, R. B., K. G. Rice, ve J. S. Ashby, (2002). A Programmatic Approach to Mesuaring Perfectionism: The Almost Perfect Scale. K. G. Robert ve B. Slaney (Ed.). *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment* içinde. Routledge, 63-88.
- Suzanne, C. ve A. S. Thomson, (1988). Life Schemes: A Framework for Understanding The Search For Meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 7. 2/3, 260-280.
- Sübeten, A. (2018). *Considerations of Death Anxiety , Meaning in Life ,Self-Esteem,Self-Compassion and Loneliness Vis-A-Vis Terror Managment Teory*. Master Thesis İstanbul: Boğaziçi University.
- Syurina, E. V., Bood, Z. M, Ryman F. V. M , Muftugil-Yalcin .S (2018). Cultural Phenomena Believed to Be Associated With Orthorexia Nervosa – Opinion Study in Dutch Health Professionals. *Fronteirs in Psychoogy*. 1-17.
- Şahan, E. (2014). *Kalp Krizi Geçiren Hastalarda ve Kanser Hastalarında Ölüm Anksiyetesi*. İstanbul: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.
- Tang, P.-L. (2011). Correlates of Death Anxiety Among Taiwanese Cancer Patients. *Canser Nursing*. 286-292.
- Tangney, M. R. (2012). *Handbook of Self and Identity*. New York: The Guilford.
- Tepe, S. Ö. (2019). *Sosyla Medya Üerinden Diyet Yapan Bireylerin Ortoreksiya Nervoza ve Yeme Tutumlarının Saptanması: Instagram*. Yüksek Lisans Tezi Malatya: İnönü Üniversitesi.
- Thorner, H. (1970). On Compulsive Eating. *Journal of Psychosomatic Research*. 14, 321-325.
- Toğluk, S. (2017). *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Ölüm Anksiyetesinin Psikososyal Uyum Üzerindeki Etkisi*. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi.

- Tom Pyszczynski, J. G. (2004). Why Do People Need Self-Esteem? A Theoretical and Empirical Review. *Psychological Bulletin*. 435-468.
- Tomer, A. (2007). Death Anxiety in Adult Life-theoretical Perspectives. *Death Studies*. 475-506.
- Toplanır, E. (2018). *Yaşam Doyumu, Kendini Gerçekleştirme ve Ölüm Korkusu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. İstanbul: Haliç Üniversitesi.
- Tóth-Király, I., Gajdos .P, Román .N, Vass .N , Rigó .A (2019). The Associations Between Orthorexia Nervosa and the Sociocultural Attitudes: The Mediating Role of Basic Psychological Needs and Health Anxiety. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 1-10.
- Tuijl, L. A. , Bennik E. C, Penninx .B (2020). Predictive Value of Implicit and Explicit Self-Esteem for the Recurrence of Depression and Anxiety Disorders: A 3-Year Follow-Up Study. *Journal of Abnormal Psychology*. 788-798.
- Turhan, S. (2021). *Ortoreksiya Nervoza ile Mükemmeliyetçilik Algısı, Beden İmajı ve Algılanan Ebeveyn Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi.
- Turner, P. G. (2017). Instagram Use is Linked to Increased Symptoms of Orthorexia Nervosa. *Eat Weight Disord*. 1-8.
- Ulu, İ. P. (2012). *Investigation of Adaptive and Maladaptive Perfectionism With Turkish Almost Perfect Scale-Revised*. Ankara: Psychological Reports.
- Uzuner, H. (2022). *Ortoreksiya Nervoza: Üniversite Öğrencilerinde Yaygınlığı ve Psikolojik Dayanıklılık, Benlik Saygısı ve Duygu Düzenleme Güçlükleri ile İlişkisi*. İstanbul: Acıbadem Üniversitesi.
- Valente, M., Brenner .R,Cesuroglu .T , Bunders-Aelen .J, V.Syurina .E (2020). “And it snowballed from there”: The development of orthorexia nervosa from the perspective of people who self-diagnose. *Appetite*. 1048-1040.

- Valera, J. H., Ruiz, P.A. , Valdespino B.R, Visioli .F (2014). Prevalence of Orthorexia Nervosa Among Ashtanga Yoga Practitioners: A Pilot Study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 19.4, 469-472.
- van Eeden, A. E., D. van Hoeken ve H. W. Hoek (2021). Incidence, Prevalence and Mortality of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Current Opinion*. 515-524.
- Vargo, M. E. ve W. M. Batsel Jr, (1981). Relationship Between Death Anxiety and Component Of The Self-Actualization Process. *Psychological Reports*. 89-90.
- Viney, L. L. (2007). The Personal Construct Theory of Death and Loss: Toward a More Individually Oriented Grief Therapy. *Death Studies*. 139-155.
- Vuillier, L., S. Robertson ve M. Greville-Harris, (2020). Orthorexic Tendencies are Linked with Difficulties with Emotion Identification and Regulation. *Journal of Eating Disorders*. 1-10.
- Wang, C. Pan .R , Wan, X , Tan Y. , Xu, L. , Ho, C. S, Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors During the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic Among the General Population in China. *International Journal Environmental Research and Public Health*. 1-25.
- Yakın, E. (2021). Distinguishing Between Healthy and Pathological Orthorexia: A Cluster Analytic Study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 1-10.
- Yangın, Y. H. (2021). *Kanser Hastalarında Benlik Saygısı, Başa Çıkma Tutumları ve Sosyodemografik Özelliklerin Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi* İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Yıldırım, E. A. (2018). *Anksiyete Bozukluğu Olgularında Ölüm Anksiyetesi Sıklığının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi* İstanbul: Üsküdar Üniversitesi.
- Yıldız, K. (2020). *Çocukluk Çağı Travmaları ile Mükemmeliyetçilik, Ortorektik Belirtiler ve Yeme Tutumu Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi* İstanbul: Işık Üniveritesi.

- Yılmaz, E. (2021). *Ortoreksiya Nervozanın Yordayıcıları: Romantik İlişki ve Partner Odaklı Obsesif Kompulsif Belirtiler, Mükemmeliyetçilik, Bilişsel Esneklik ve Benlik Saygısı.Yüksek Lisans Tezi* Ankara: Başkent Üniversitesi.
- Yılmaz, M. N. (2022). The Relationship Between Orthorexia Nervosa, Anxiety, and Self-Esteem: A Cross-Sectional Study in Turkish Faculty Members. *BMC Psychology*, 1-7.
- Zhang, J., Peng J., Gao, P., Huang, H.,Cao, Y., Zheng, L. (2019). Relationship between meaning in life and death anxiety in the elderly: self-esteem as a mediator. *BMC Geriatrics*. 1-8.
- Zickgraf, H. F. (2020). Treatment of Pathologic Healthy Eating (Orthorexia Nervosa). J. S. Eric ve A. Storch (Ed.). *Advanced Casebook of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* içinde. Chicago: Elsevier, 21-40.

EKLER

EK 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı kapsamında Psikolog Orkun Karabatak tarafından Dr. Öğr. Üyesi Kader BAHAYİ yürütülen bir tez çalışmasıdır. Bu araştırma genç yetişkinlerde ölüm anksiyetesiyle, mükemmeliyetçilik, benlik saygısı ve ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) eğiliminin ilişkisini incelemektedir. Çalışmaya 18-24 yaş arasında bulunan bireylerin katılması beklenmektedir. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde sizden demografik bilgi formunu ve araştırma ölçeklerini eksiksiz bir şekilde yanıtlamanız beklenmektedir. Kimlik bilgileriniz çalışmanın hiçbir aşamasında istenmeyecektir ve elde edilen tüm veriler gizli kalacaktır. Araştırmada elde edilecek sonuçlar toplu olarak ileride bilimsel amaçlı rapor edilebilir, yayımlanabilir veya sunumlarda kullanılabilir; fakat bu raporlarda, yayınlarda ve sunumlarda katılımcıların bireysel hiçbir bilgisi verilmeyecektir. Bu araştırmada katılımcı olmak tamamen gönüllüdür. Çalışmaya katılmayı reddedebilir ya da katılmayı kabul ettikten sonra araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin katılımınızı geri çekebilirsiniz.

Araştırmamıza verdiğiniz destekten dolayı şimdiden çok teşekkür ederiz. Sorularınız ve daha fazla bilgi almak için Orkun Karabatak ile iletişime geçebilirsiniz.

EK 2: Demografik Bilgi Formu

Değerli katılımcı

Bu çalışma İstanbul Kent Üniversitesinde klinik psikoloji programı öğrencisi olan psikolog Orkun Karabatak'ın bitirme tezi kapsamında; Dr. Öğr. Üyesi Kader BAHAYİ danışmanlığında yürütülmektedir. Bu çalışma kapsamında demografik bilgi formu ile birlikte 4 adet ölçeği doldurmanız beklenmektedir. Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır ve katılımcılardan kimlik bilgileri istenmemektedir. Verdiğiniz yanıtlar sadece bu bilimsel araştırma için olup başka bir üçüncü şahısla paylaşılmayacaktır. Katılımınız için teşekkürler.

Yaşınız:

Cinsiyetiniz: Erkek () Kadın () Diğer ()

Eğitim durumunuz:

İlk okul () Orta okul () Lise () Ön lisans () Lisans () Lisansüstü ()

Önlisans ya da Lisanstaki Bölümünüz:.....

Aylık gelir düzeyinizi nasıl tanımlarsınız ? :

Düşük-Orta () Orta-Yüksek () Yüksek-Çok Yüksek ()

Medeni durumunuzu nasıl tanımlarsınız ? :

Bekar () Evli () Boşanmış/Dul ()

Kilonuz(kg):

Boyunuz(cm):

Herhangi bir sağlık probleminiz var mı?

Evet () Hayır ()

Eğer cevabınız EVET ise nedir

belirtiniz:.....

Düzenli bir ilaç tedavisi alıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

Eğer cevabınız EVET ise nedir

belirtiniz:.....

Daha önce herhangi bir konuda psikolojik yardım aldınız mı?

Evet () Hayır ()

Eğer cevabınız EVET ise nedir

belirtiniz:.....

EK 3: Ortoreksiya Nervoza Ölçeği-11 (ORTO-11)

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

EK 4: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

- 1) Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
- 2) Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
- 3) Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
- 4) Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
- 5) Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
- 6) Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
- 7) Genel olarak kendimden memnunum.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
- 8) Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
- 9) Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
- 10) Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış

EK 5: APS-R

Aşağıdaki ifadeler kişilerin kendilerine, kendi performanslarına ve diğer insanlara yönelik tutumlarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Lütfen ifadeleri aklınıza ilk gelen şekilde puanlayınız, üzerinde çok fazla düşünmeyiniz. Her bir ifadenin size ne kadar uyduğunu aşağıdaki ölçek üzerinde belirtiniz. Size uygun rakama (X) işareti koyunuz.

	Hiç Katılmıyorum					Tamamen Katılıyorum	
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
1.İşte veya okuldaki performansım ile ilgili standartlarım yüksektir.							
2.Düzenli bir insanım.							
3.Hedeflerime ulaşamadığım için kendimi çoğu zaman engellenmiş hissedirim.							
4.Derli toplu olmak benim için önemlidir.							
5.Eğer kendinden çok fazla şey beklemezsen asla başarılı olamazsın.							
6.Elimden gelenin en iyisi bana asla yeterince iyi gibi gelmez.							
7.Bence her şey yerli yerine konmalıdır.							
8.Kendimle ilgili yüksek beklentilerim var.							
9.Yüksek standartlarıma nadiren ulaşıyorum.							
10.Planlı ve disiplinli olmayı hep sevmişimdir.							
11.Elimden gelenin en iyisini yapmak hiçbir zaman yeterli gelmez.							
12.Kendime çok yüksek standartlar koyarım.							
13.Başarılarım beni asla tatmin etmez.							
14.Kendimden en iyisini beklerim.							
15.Beklentilerimi karşılayamayacağıma ilişkin sık sık endişe yaşarım.							
16.Performansım standartlarımı nadiren karşılar.							
17.Elimden gelenin en iyisini yapmış olduğumu bildiğim zaman bile bundan doyum sağlamam.							
18.Yaptığım her şeyde elimden gelenin en iyisini yapmaya çalışırım.							
19.Sahip olduğum yüksek performans hedeflerine nadiren ulaşabilirim.							
20.Performansımdan oldukça zor doyum sağlarım.							
21.Yapmış olduğum şeyin yeterince iyi olduğunu oldukça zor hissedirim.							
22.Güçlü bir mükemmelle ulaşma ihtiyacım var.							
23.Bir işi bitirdikten sonra sıkça hayal kırıklığı yaşarım çünkü daha iyisini yapabileceğimi bilirim.							

PUANLAMA

Yüksek Standartlar = 1, 5, 8, 12, 14, 18, 22,

Düzen = 2, 4, 7, 10,

Uyuşmazlık = 3, 6, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23,

EK 6: Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği (TÖKÖ)

Açıklama: Bu ölçeğe gerilim ya da endişeye neden olabilecek bazı deneyim ve durumlarla ilgili ifadeler yer almaktadır. Her bir maddeyi okuyarak, maddede belirtilen durumun genelde sizi ne kadar rahatsız ettiğini "Hiçbir zaman", "Nadiren", "Ara sıra", "Sık sık" veya "Her zaman" seçeneklerinden birini (X) şeklinde işaretleyerek belirtiniz. Lütfen ifadeler üzerinde fazla düşünmeyiniz. Doğru ya da yanlış cevapyoktur. İfadeyi okuduktan sonra fazla zaman sarfetmeden uygun seçeneği işaretleyiniz.

SıraNo	Her bir ifadenin size göre uygunluğunu en iyi şekilde gösterenkutucuğu (X) şeklinde işaretleyiniz.	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Sık sık	Her zaman
1	Ölümün nasıl bir şey olacağını bilememek beni kaygılandırır					
2	Ölümün belirsizliği beni kaygılandırır					
3	Ölürken yanımda kimsenin olmaması düşüncesi beni kaygılandırır					
4	Öldükten sonra bana ne olacağı konusunda kaygılanıyorum					
5	Ölümden sonra ne olacağını bilememek beni endişelendirir					
6	Ölümün yalnızlığı beni kaygılandırır					
7	Nasıl öleceğimi bilememek beni kaygılandırır					
8	Ölmenin nasıl bir his olduğunu bilmemek beni endişelendirir					
9	Ne zaman öleceğimi bilememek beni kaygılandırır					
10	Ölüme karşı elimden bir şey gelmemesi beni kaygılandırır					
11	Bir tabut görmek beni kaygılandırır					
12	Ölüm hakkında konuşmak beni kaygılandırır					
13	Ölümlle ilgili bir televizyon programı izlemek beni kaygılandırır					
14	Yolda ilerleyen bir cenaze alayını görmek beni kaygılandırır					
15	Taziye ziyaretlerine gitmek beni kaygılandırır					
16	Ölümlle ilgili bir yazı okumak beni kaygılandırır					
17	Ölmüş birinin arkasından ağlayanları görmek beni kaygılandırır					
18	Ölümcül bir hastalığa yakalanmaktan endişe duyarım					
19	Ölürken canımın yanacağı fikri beni kaygılandırır					
20	Yavaş yavaş ölmekten endişelenirim					

ÖZ GEÇMİŞ

Orkun Karabatak, ilköğretimi Namık Kemal İlköğretim Okulu, Ayten Şaban Diri İlkokulu ve Özel Aydın Anadolu Koleji'nde; lise eğitimini ise Özel Aydın Anadolu Koleji'nde tamamlamıştır. 2018 yılında Ufuk Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Lisans Programı'ndan derece ile (GNO:3.85/4.00) mezun olmuştur. 2020 yılında İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı'na (GNO:4.00/4.00) başlamıştır. 2017 yılının yaz ayında Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Bölümü yataklı servisinde staj yapmıştır. 2022 yılının son bahar ayında KASDER'de (Türkiye Kas Hastalıkları Derneği) gönüllülük projesi kapsamında kas hastaları ve onların yakınları ile görüşmeler yapmıştır. Hâlen Kognitif Davranışçı Terapiler Derneği'nde yayın kurulu üyesidir. Yabancı dil becerileri arasında orta düzey İngilizce bulunmaktadır. Hobileri arasında satranç oynama ve kitap okuma öne çıkmaktadır.