

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

**COVID-19 SALGINI SEBEBİYLE OLUŞAN PANDEMİ
SÜRECİNDE YETİŞKİNLERDE SAĞLIK KAYGISI VE
DUYGU DÜZENLEME BECERİLERİNİN YEME
TUTUMLARIYLA İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Güneş Damla ZİNİ

Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji

Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Erkal ERZİNCAN

İSTANBUL – 2022

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

COVID-19 SALGINI SEBEBİYLE OLUŞAN PANDEMİ
SÜRECİNDE YETİŞKİNLERDE SAĞLIK KAYGISI VE
DUYGU DÜZENLEME BECERİLERİNİN YEME
TUTUMLARIYLA İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Güneş Damla ZİNİ

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 tez yazılırken başkalarının çalışmalarından alıntı yapılması durumunda bilimsel normlara uygun ifadelerle atıfta bulunulup, bilimsel kurallar ve ahlaki değerlere uygun olarak yazılmış olduğunu, kullanılmış olan verilerde bir bozulma olmadığını, tezin tamamının veya bir bölümünün herhangi bir üniversitede bir çalışma olarak kullanılmadığını, çalışma olarak belirtilmediğini beyan ederim.

Güneş Damla ZİNİ

12/05/2022

ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasının tamamlanması kısmında, tezimi sahiplenip özenle takip etmiş olan danışmanım Dr.Öğr. Üyesi Erkal ERZİNCAN'a tüm katkıları için teşekkürlerimi sunarım. Bana her konuda sonsuz desteğini gösteren, verdiğim her kararda yanımda olan, arkamda duran, güvenen, her türlü nazımı çeken bu zamana gelmemi sağlayan, emeklerinin karşılığını hiçbir zaman tam olarak ödeyemeyeceğim sevgili annem Hafize SEBAT'a, hayata bakışına, duruşuna, fikirlerine hayran olduğum, ilgi ve desteğini her zaman hissettiren babam Erkan SEBAT'a, güvenini ve ilgisini her zaman gösteren, hayatta attığım her adımda yanımda olacağını bildiğim ağabeyim Selim Sercan SEBAT'a, varlığıyla bana enerji veren yeğenim Zeynep Lina SEBAT'a destekleri için çok teşekkür ederim ve tüm aileme şükranlarımı sunarım, iyi ki varsınız.

Son olarak, Tezimin bitişini en az benim kadar isteyen, desteklerini hiç bir zaman esirgemeyen, bana inanan ve gurur duyan, her anımda yanımda olan, mutluluğumla mutlu olan hayat arkadaşım, sevgili eşim Berker ZİNİ'ye herşey için teşekkür ediyorum. İyi ki varsın.

Tez savunmamı yaparken, jüri üyeleri hocalarım tezimin güncel haline ulaşmasında kıymetli katkılar katmışlardır. Katkıları sebebiyle bütün hocalarıma ve tezimin güncel haline ulaşmasında yardımlarını ve desteklerini eksik etmeyen tüm sevdiklerime teşekkür ederim.

Güneş Damla ZİNİ

12/05/2022

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ	i
ŞEKİL LİSTESİ	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE	3
1.1. Sağlık Kavramı.....	3
1.1.1. Sağlığın Tanımı	3
1.1.2. Sağlığı Koruma	5
1.1.2.1. Birincil Koruma	5
1.1.2.2. İkincil Koruma	5
1.1.2.3. Üçüncül Koruma	6
1.1.3. Sağlığın Gelişimini Etkileyen Unsurlar	6
1.1.4. Sağlıklı Yaşam Davranışları	7
1.1.4.1. Sağlık Sorumluluğu.....	7
1.1.4.2. Fiziksel Aktiviteler.....	8
1.1.4.3. Beslenme	9
1.1.4.4. Manevi Gelişim.....	9
1.1.4.5. Bireylerarası İlişkiler.....	10
1.1.4.6. Stresten Uzak Durma	10
1.2. Kaygı.....	10
1.2.1. Kaygının Tanımı	10
1.2.2. Sağlık Kaygısı	11
1.3. Sağlık Anksiyetesi.....	13
1.3.1. Sağlık Anksiyetesinin Tanımı	13
1.3.2. Bilişsel Özellikleri.....	14
1.3.3. Duygusal Özellikleri	15
1.3.4. Davranışsal Özellikleri.....	15
1.3.5. Sağlık Anksiyetesine Neden Olan Faktörler	15
1.3.5.1. Çevresel ve Genetik Faktörler.....	15

1.3.5.2. Stresli Yaşam Olayları	16
1.3.5.3. Sosyal ve Kültürel Faktörler	17
1.3.5.4. Sağlıkla İlgili Bilgilere Maruz Kalmak	18
1.3.5.5. Nörotisizm.....	18
1.4. Yeme Tutumu.....	19
1.4.1. Yeme Tutumu ve Besin Seçimi	20
1.4.2. Yeme Tutumu ve Beden Kitle İndeksi.....	22
1.4.3. Yeme Bozuklukları	23
1.4.4. Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi.....	25
1.4.5. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi.....	26
1.4.6. Yeme Bozukluklarına İlişkin Yaklaşımlar	28
1.4.6.1. Yeme Bozuklukları ve Psikanalitik Yaklaşım	28
1.4.6.2. Yeme Bozuklukları ve Bilişsel Davranışçı Yaklaşım	29
1.5. Duygu Düzenleme Becerileri	29
1.5.1. Duygu Düzenlemenin Tanımı	29
1.5.2. Duygu Düzenleme Becerilerini Etkileyen Faktörler.....	30
1.5.3. Duygu Düzenleme Becerilerinin Gelişimsel Süreçleri	35
1.5.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü	37
1.6. İlgili Araştırmalar	38
1.6.1. Genel Sağlık Algısına Yönelik Yapılan Araştırmalar.....	38
1.6.2. Sağlık Kaygısına Yönelik Yapılan Araştırmalar.....	40
1.6.3. Yeme Tutumuna Yönelik Yapılan Araştırmalar	41
1.6.4. Duygu Düzenleme Becerilerine Yönelik Yapılan Araştırmalar	42
BÖLÜM 2: ARAŞTIRMA ve YÖNTEM.....	45
2.1. Araştırmanın Yöntemi.....	45
2.2. Araştırmanın Örneklemi.....	46
2.3. Veri Toplama Yöntemi	46
2.4. Yeme Tutumu Testi –YTT.....	46
2.5. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği	47
2.6. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Form	47
2.7. Genel Sağlık Anketi – GSA28	47
2.8. Verilerin Analizi.....	48

BÖLÜM 3: BULGULAR.....	50
3.1. Güvenirlilik Analizi	50
3.2. Demografik Bulgulara İlişkin Değerlendirme	51
3.3. Değişkenlere Yönelik Betimsel Analizi Sonuçları	60
3.4. Fark Testleri	62
3.5. Değişkenlerin Birbiriyle İlişkisi İle İlgili Bulgular	72
BÖLÜM 4: TARTIŞMA.....	75
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	80
KAYNAKÇA	84
EKLER.....	101
ÖZGEÇMİŞ.....	114

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Ölçek ve Alt Boyutlarının Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	49
Tablo 2: Ölçeklere Ait Güvenilirlik Analizi Bulguları	51
Tablo 3: Cinsiyet Durumu Dağılımı.....	52
Tablo 4: Yaş Durumu Dağılımı.....	52
Tablo 5: Medeni Durum Dağılımı.....	53
Tablo 6: Eğitim Durumu Dağılımı	53
Tablo 7: Çalışma Durumu Dağılımı.....	54
Tablo 8: Gelir Düzeyi Dağılımı	55
Tablo 9: Covid-19 Tanısı Alma Durumu Dağılımı	55
Tablo 10: Covid-19 Tanısı Alındıysa Tedavi Sürecinin Sonlanma Durumu Dağılımı..	55
Tablo 11: Covid- 19 Tanısı Alan Birinci Derece Aile Yakını Olma Durumu Dağılımı	56
Tablo 12: Covid- 19 Tanısı Alan Birinci Derece Aile Yakını Var ise Yakınlık Derecesi Dağılımı	56
Tablo 13: Aile Yakınları dışında Covid- 19 Tanısı Alan Yakını Olma Durumu Dağılımı	56
Tablo 14: Covid- 19 Aşısı Olma Durumu Dağılımı.....	57
Tablo 15: Covid-19 Pandemi Sürecinde İş Kaybı Yaşama Durumu Dağılımı	57
Tablo 16: Sağlık Çalışanı Olan Bir Yakını Olma Durumu Dağılımı	57
Tablo 17: Kilo Değerlendirme Durumu Dağılımı	57
Tablo 18: Covid-19 Salgını Öncesine Göre Şu anki Yeme Davranışı Dağılımı.....	58
Tablo 19: “Beden ağırlığınızla ilgili olarak aşağıdakilerden hangisini yapmayı deniyorsunuz” Sorusuna Verilen Cevaplar Dağılımı	58
Tablo 20: Diyetisyene Başvurma Durumu Dağılımı	58
Tablo 21: Diyet Yapma Durumu Dağılımı	59
Tablo 22: Psikiyatrik Tanı Alma Durumu Dağılımı	59
Tablo 23: Psikiyatrik Tanı Aldıysanız Alınan Tanı Dağılımı	59
Tablo 24: Kronik Hastalığı Olma Durumu Dağılımı	60
Tablo 25: BKİ Dağılımı	60
Tablo 26: Değişkenlere Yönelik Betimsel Analizi Sonuçları	61

Tablo 27: Cinsiyetine Göre Değişkenlerden Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu	63
Tablo 28: Medeni Duruma Göre Değişkenlerden Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu	64
Tablo 29: Eğitim Durumuna Göre Değişkenlerden Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu	66
Tablo 30: Çalışma Durumuna Göre Değişkenlerden Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu	68
Tablo 31: Gelir Düzeyine Göre Değişkenlerden Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu	69
Tablo 32: BKİ'ine Göre Değişkenlerden Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu ..	71
Tablo 33: Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları	73

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Medeni Durum Dağılımı	53
Şekil 2: Eğitim Durum Dağılımı	54

ÖZET

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

Tezin Başlığı: Covid-19 Salgını Sebebiyle Oluşan Pandemi Sürecinde Yetişkinlerde Sağlık Kaygısı Ve Duygu Düzenleme Becerilerinin Yeme Tutumlarıyla İlişkisinin İncelenmesi	
Tezin Yazarı: Güneş Damla ZİNİ	Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Erkal ERZİNCAN
Kabul Tarihi: 12/05/2022	Sayfa Sayısı: v (ön kısım) + 100 (tez) + 14(Ek)
Anabilim Dalı: Psikoloji	Bilim Dalı: Klinik Psikoloji
Bu araştırmada, 18-65 yaş arası yetişkinlerde sağlık kaygısı ve duygu düzenleme becerilerinin yeme tutumuna etkisi incelenmiştir. 18-65 yaş arası genç kesim olarak adlandırılan kariyer planları, iş arama, mesleki nitelikler kazanma ve benzeri amaçlara yönelik oldukça önemli bir zaman dilimidir. Bu süreçte bireyler daha çok endişe duyarlar. Zaman zaman kaygı şeklinde kendini gösteren bu süreç, duygu düzenleme ve yeme tutumlarına da yansımaktadır. 2019 yılının sonundan itibaren tüm dünyaya yayılan Covid 19 pandemisi sürecin kaygı düzeyine nasıl etki ettiğini bulmak önem teşkil etmektedir. Bu sebeple kaygı düzeyine etkisi olan maddeleri belirlemeniz gerekir ve bu nedenle çalışmamızda salgın döneminde 18-65 yaş aralığında bulunan yetişkin bireylerin sağlık kaygıları ve duygu düzenleme becerilerinin yeme tutumu ile olan ilişkisini belirlemek amacı doğrultusunda yapılan çalışmada nicel araştırma yöntemleri arasında bulunan tarama modelinde desenlenmiştir. Çalışmada evrenin tamamına ulaşmanın zaman ve maliyet açısından zor olması aynı zamanda pandemi sürecinde olduğu göz önüne alındığında araştırmada örneklem belirleme yöntemi ile örneklem seçilmiştir. Araştırmada kolaylıklılı örneklem yolu ile 281 kişiye ulaşılarak değerlendirilmeler yapılmıştır. Araştırmaya katılan 281 katılımcıya, sosyo-demografik bilgi formu, Yeme Tutum Testi, Genel Sağlık Anketi (GSA 28) ve Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği, sağlık anksiyetesi ölçeği kısa form uygulanmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılımı göstermesi test edildikten sonra, değişkenlerin karşılaştırılması için bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (anova) uygulanmıştır. Katılımcıların yeme tutumu, sağlık kaygısı ve duygu düzenleme düzeyleri ile ilişkinin incelenmesi adına Pearson korelasyonu uygulanmıştır. Araştırmada elden edilen bulgular, dahil edilen katılımcıların yeme tutumu algısı ile sağlık anksiyetesi ve genel sağlık anket puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve düşük düzeyde ilişki varken katılımcıların yeme tutumu algısı ve yaş ile bilişsel duygu düzenleme algısı arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir. Çalışmanın sonuçları ilgili olan literatürle tartışılmış ve gelecek çalışmalar için öneriler sunulmuştur.	
Anahtar Kelimeler: Koronavirüs, Pandemi, Geleceğe Karşı Belirsizlik, Kaygı, yeme bozukluğu	

ABSTRACT

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

Title of the Thesis: Examining The Relationship Of Health Anxiety And Emotion Regulation Skills With Eating Attitudes İn Adults During The Pandemic Due To The Covid-19 Pandemic

Author: Güneş Damla ZİNİ **Supervisor:** Dr. Lecturer Erkal ERZİNCAN

Date: 12/05/2022 **Nu. of pages:** v (pre text) +100(thesis) +14(App.)

Department: Psychology **Subfield:** Clinical Psychology

In this study, the effects of health anxiety and emotion regulation skills on eating attitudes in young adults were investigated. Career plans, which are called young people between the ages of 18-65, are a very important process for job search, gaining professional qualifications and similar purposes. In this process, individuals are more worried. This process, which manifests itself as anxiety from time to time, is also reflected in emotion regulation and eating attitudes. It is important to find out how the Covid 19 pandemic, which has spread all over the world since the end of 2019, affects the level of anxiety. For this reason, you need to detect the factors that affect the level of anxiety. For this reason, in our study, in order to define the relationship between the health concerns and emotion regulation skills of adult individuals between the ages of 18-65 during the epidemic, the study was designed in the screening model, which is among the quantitative research types. . Considering that it is difficult to reach the entire universe in the study in terms of time and cost, and that it is also in the pandemic process, the sample was selected in the research with the sampling method. In the study, evaluations were made by reaching 281 people by means of convenience sampling. Socio-demographic information form, Eating Attitude Test, General Health Questionnaire (GSA 28) and Cognitive Emotion Regulation Scale, short form of health anxiety scale were applied to 281 participants who participated in the study. After testing the normal distribution of the research variables, independent sample t-test and one-way analysis of variance (ANOVA) were applied to compare the variables. Pearson correlation was applied to examine the relationship between the eating attitude, health anxiety and emotion regulation levels of the participants. The findings of the study showed that there was a statistically significant, negative and low level relationship between the eating attitude perception of the included participants and their health anxiety and general health perception, while there was no significant relationship between the participants' eating attitude perception and age and cognitive emotion regulation perception. The results obtained are discussed with the relevant literature and suggestions for further studies are presented.

Keywords: Coronavirus, Pandemic, Uncertainty for the Future, Anxiety, eating disorder

GİRİŞ

Dünya genelinde hemen hemen her toplumu etkisi altına alan COVID-19 salgını bireyler üzerinde fiziksel, ruhsal ve duygusal açıdan bazı olumsuzlukların görülmesine neden olmuştur. Yeni tip bir rahatsızlık olmasından dolayı dünya genelinde herhangi bir tedavi yönteminin bulunmaması ve salgının hızlı bir şekilde ilerlemesi sonucunda, 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) pandemi olarak ilan etmiştir. (Sağlık Bakanlığı, 2020). Dünya genelini ciddi bir tehdit altında bırakan COVID-19 salgını çoğu araştırmacının gündemine giren yeni bir konu olarak değerlendirilebilir. COVID-19 salgını sadece bir halk sağlığı krizi olmaktan çıkmış, buna ek olarak sosyal ve demografik etkileriyle beraber, ekonomik bir tehdit oluşturduğu düşünülmektedir. Herkesi ciddi bir tehlike ile olumsuz psikososyal etkiye maruz bıraktığı da var sayılmaktadır.

Kişinin mevcut durumundaki veya gelecekteki sağlığı ile ilgili aşırıya kaçan kaygı ve korkuları sağlık kaygısına işaret eder (Thorgaard, Frosthalm ve Rask, 2018). Salkovskis ve Warwick (1986) sağlıkla ilgili oluşan kaygı durumunda tıbbi konsültasyon, güvence arama ve bedeni kontrol etme gibi davranışlarda bulunarak sağlık durumuyla ilgili kanıt aramanın görüldüğünü belirtmiştir. Bu davranış türleri bazı görülmemiş bedensel duyum ve gözlemlerle ilgili hafif bir endişe durumundan kaçınmaktan, birçok düşünce ile aktivitenin hastalık düşüncesine odaklandığı, bedensel belirtilerden korkma ile endişelenmenin en tepeye ulaşmasına kadar bir devamlılık içindedir. kişilerin sağlıkla ilişkili kaygıları bakımından bir boyut üzerinde niceliksel olarak farklılaştığını; en ekstrem noktada ise hipokondriyanın olduğunu Ferguson da (2008) belirtmiş. DSM-V'te artık bulunmayan hipokondriya, somatik semptom ile hastalık kaygısı bozukluklarıyla yer değiştirmiştir (APA, 2013). Sağlık kaygısına eşlik eden diğer psikolojik rahatsızlıkların ; bipolar bozukluk, agorafobi, panik bozukluk veya yaygın anksiyete bozukluğu olduğu söylenebilir. Bununla birlikte, sağlık kaygısının bozuk yeme tutumları ile ortoreksiya arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirten araştırmacılar da bulunmaktadır (Hadjistavropoulos ve Lawrence, 2007; Koven ve Abry, 2015). Koven ve Abry (2015), sağlık kaygısı ile bedensel yakınmalarla ortoreksiya arasında bağlantı kurarak, hastalığın önüne geçme çabasının ve hasta olmakla ilgili endişenin, diyet ile yiyecek seçimi davranışlarına etkisi olabileceğini ileri sürmüştür.

İnsanların bedenlerine dair algıları ve bedenleriyle ilişkili düşünceleri ve genetik faktörleri sağlıklı, sağlıksız davranışlar geliştirmelerini etkilemekte ve bu durum bireylerin yeme tutumlarına etki etmektedir (Aslan ve arkadaşları, 2003). Buna ek olarak, kişinin yaşadığı toplumun kültürel özellikleri ve yaşam koşulları kişilerin yemek ile ilişkili davranışlarını, tutumlarını ve alışkanlıklarını etkileyip değiştirebilmektedir (Andersen ve Yager, 2005). Yaşam şartlarına göre, kişinin yeme davranışı, bilinçsiz yeme, dengesiz olarak yeme alışkanlığı, yemek yeme esnasında dikkatin dağılması, zamanın az olmasından kaynaklı hızlı bir biçimde yeme veya yemek yemenin geçirilmesi gibi olumsuz yeme davranışına dönüşebilir (Kundakçı, 2005). Yeme davranışında ortaya çıkan bu değişim, fark edilmemiş veya dikkate alınmamış bir takım davranış türlerinin patolojik olarak kabul edilip edilmeyeceği veya hangi patolojiye yakın olduğu ile ilgili bir tartışma çıkarmıştır (Andersen ve Yager, 2005; Kundakçı, 2005). Tüm bunlar yeme bozukluklarının gelişimine sebep gösterilebilir (Kundakçı, 2005).

Çalışmalarda yeme bozukluklarının özgül sebebi olarak, duygudurum bozuklukları, aile işlevselliği, kişilik özellikleri, maddenin kötüye kullanımı, travma yaşantısı, aile sorunları, ailede yeme ya da psikiyatrik rahatsızlıkların varlığı, düşük benlik saygısı, kilo, obezite ve yemek ile ilgili meşguliyet, ergenlik çağı problemleri, cinsellik, cinsel istismar, sosyo kültürel faktörler, biyolojik ve genetik faktörler sayılır (Kuğu ve arkadaşları, 2008). Bu bilgiler ışığında Covid-19 salgınıyla birlikte 18-65 yaş aralığında bulunan bireylerin sağlık kaygı düzeyleri ile duygu düzenleme becerileri yeme tutumları açısından herhangi bir ilişkinin var olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Sağlık Kavramı

1.1.1. Sağlığın Tanımı

Sağlık kavramının farklı tanımları vardır. Türk Dil Kurumu'nun çevrimiçi sözlüğüne göre sağlık, kişinin fiziki ve ruhi bakımdan tam olarak bir iyilik durumunda bulunması, vücudunun esenlik içinde olması, sıhhat, afiyet şeklinde tanımlanmaktadır. Bunun yanı sıra aynı sözlükte sağlık “canlı, diri ve sağ olma durumu” şeklinde de açıklanmaktadır (TDK,2021). Sağlık kelimesinin kökenine bakıldığında ise “sağ olmak, yaşamak” anlamına geldiği anlaşılmaktadır (Baltaş, 2000). 1948 senesinde DSÖ'nün (Dünya Sağlık Örgütü) tüzüğünde sağlık şöyle tanımlanmıştır: Sadece hastalığın ya da sakatlığın olmaması hali değil, fiziki, toplumsal ve ruhi refah halidir. Sağlıklı olmanın özendirilmesi ve geliştirilmesi çerçevesinde sağlık, soyut bir halden çok işlevsel terimler ile izah edilebilen bir sonuca varma vasıtası bağlamında, kişilerin ferdi, toplumsal ve iktisadi çerçevede verimli bir hayat yaşamasına müsaade eden bir kaynaktır. Sağlık, gündelik hayatın kaynağıdır, yaşamın ereği değildir. Toplumsal ve bireysel kaynakları ve fiziki kapasiteyi ön plana çıkaran olumlu bir terimdir (T.C Sağlık Bakanlığı, 1998).

Öz'e (2004) göre sağlık, sadece hastalığın bulunmaması değildir, ferdi sorumluluk ve hayat kalitesini de kapsayan, geniş bir perspektiften tanımlanabilir. Bu bağlamda sağlık kavramı, “öz bakım, korunma, sağlık davranışı, optimal iyilik hali vb.” birçok yeni terimle ilişkilidir. Sözen'e (2003) göreyse sağlık olumsuz, olumlu ve nötr olmak üzere 3 şekilde incelenebilir:

- Olumsuz sağlık, asıl itibarıyla sağlıksızlık halidir. Bireyin bedeni, ruhi ve toplumsal bakımdan kendisini iyi hissetmemesidir. Bedeni bir rahatsızlığın bulunmaması kadar, sağlık durumunun geliştirilmesi de önem arz eder.
- Olumlu sağlık, gerçek anlamda sağlıklı olma halidir. Bireyin kendisini sağlıklı ve mutlu olarak görmesidir. DSÖ'nün “tam iyilik hali” tanımı bu noktada oldukça önemlidir. Tam bir iyilik hali kolayca sağlanabilecek bir hal değildir. Olumlu sağlık, sağlığın sürekli olarak geliştirilmesidir. Tam iyilik sonsuza kadar giden bir süreci işaret etmektedir.

- Nötr sağlık, tam bir sağlıklılık ya da sağlıksızlık değildir. İnsanın durumunu net olarak bilememesidir. Sağlıkla ilgili bilincin tam olarak gelişmediği, sağlık sorumluluğu daha az toplumlar genel olarak nötrdür (Sözen, 2003).

Berker'e (2007) göre "sağlık" kelimesi birey, toplum, devlet ve döneme göre değişmektedir. Gelişmeyen ve az gelişen devletlerdeki sağlık anlayışı, bireyin yaşamını kaybetmeyecek kadar beslenmesi; tifo, kolera vb. salgınlara yakalanmasıdır. Zaman içinde beslenme şartları ve sağlıkla ilgili hizmetlerin gelişmesine dayalı olarak sağlıklı olma anlayışı da değişebilmektedir fakat gelişmiş ülkelerdeki bireylerin bir bölümünde, kötü bir alışkanlık olarak aşırı yağlı ve karbonhidratlı besinler ile beslenmek, hareket etmemek, sigara ve alkol kullanmak gibi durumlar oldukça fazladır. Gerçekleştirilen bilimsel çalışmalarda kanserin yanı sıra kalp ve damar hastalıkları vb. sorunların bunlara dayalı olarak da ortaya çıkabildiği belirlenmiştir. Doktorlar, bunu "refah hastalığı" şeklinde isimlendirmektedir.

DSÖ (1948), "sağlık" kavramını tümel bir perspektif ile incelemiş ve şöylece açıklamıştır: "Sağlık, kişinin sadece hasta ya da sakat olmama hali değil, hem fiziksel, hem zihinsel, sosyal ve duygusal yönden aynı anda iyi olma durumudur." (Öztürk ve Bıkmaz, 2007). Fakat işte bu açıklamanın haricinde çağımızda "sağlık" tanımı ile ilişkili değişik tanımlamalar da yapılmıştır. Teorisyenler, sağlığı "dengeli, ılımlı, normal, sürekli, durağan, uyumlu vb." terimler çerçevesinde açıklamıştır. Buna göre sağlık; bedene enerjinin girişiyle çıkışı arasındaki dengeyi de kapsayan bir aşama ve bireysel, yapısal ve toplumsal değerlerden de etkilenen bir hal şeklinde açıklanmıştır. Başka bir açıklamaya göreyse sağlık; bireyler arası iyi münasebetler şeklinde açıklanmıştır. Ayrıca fiziki, ruhi, toplumsal ve kültürel bütün alt sistemlerin dengesinin ve bireyin bütün bunlar ile uyum içerisinde yaşamını sürdürmesinin sağlığını pozitif olarak etkileyeceği de belirtilmektedir. Sağlık; kişinin iyilik durumuna uyumu, pozitif ve yapıcı hisler, hayat arzusu vb. farklı etkenler ile dengeli bir hayat sürdürme şeklinde de açıklanmıştır (Tabak, 2000).

Berker'e (2007) göre, DSÖ sağlık kavramını tanımlar iken, 3 ana özelliği ölçüt olarak almaktadır: Bedenin dokularında ve organlarında eksiklik, fonksiyon sorunları, mikrop

taşıma vb. durumların bulunmaması; yaşa uygun düşünmek, düşünceleri anlaşılır olarak ifade etmek, diğer insanları anlayabilmek, yerinde ağlamak ve gülmek, güçlükler ile savaşmak, değişen şartlara uyum sağlamak, başarıları için mutlu olup başarısızlıkları kabullenmek, kendisi ile barışık olmak; nerede, ne şekilde davranması gerektiğini ve sorumluluklarını bilmek, diğer insanlar ile iyi ilişkiler içerisinde olmaktır (Berker, 2007).

1.1.2. Sağlığı Koruma

“Sağlığı koruma” terimi, H. R. Leawell ile E.G. Clark tarafından 1953 senesinde tanımlanan bir terimdir. Kişilerin kişisel sağlıklarını korumak için sergiledikleri uygulamaları kapsayan sağlığın korunması, hastalıkla ve yaralanmayla karşılaşma ihtimalini azaltıp, sağlıkla ilgili risklerin görülme oranını minimuma indirmektedir (Ardıç, 2008). Erken tanıyla hastalıkla ilgili sürece girmeyi önleyen ve erken tedaviyle yetmezlik durumundaki kapasiteyi maksimum seviyeye çıkaracak etkinlikleri kapsar (Bilazer vd., 2008). Sağlığı koruma girişimleri koruyucu sağlık hizmetleri anlayışına göre sağlığın her alanında bulunmaktadır ve bu davranışlar birincil, ikincil ve üçüncül koruma hizmetleri isimleriyle öne sürülmektedir.

1.1.2.1. Birincil Koruma

Sağlığın geliştirilmesiyle koruyucu tedbirleri kapsamaktadır. Kişilerin, ailelerin ve toplumun hasta olma riskini azaltan davranışlar geliştirme, sağlıklı hayat şekli geliştirmeye koruyucu hizmetlerden faydalanmaya dönük etkinlikleri içermektedir (Ardıç, 2008).

1.1.2.2. İkincil Koruma

Birey, aile ve grupların yüksek sağlık seviyesinde korunmasını sağlayarak hastalıkların gelişmesini sınırlar. Hastalıkların yapılan kontrollerle ve taramalarla erken tanı ve tedavisini içerir (Akgül, 2008).

1.1.2.3. Üçüncül Koruma

Bireyleri hastalıkların yinelenmesinden, komplikasyonlarından ve sakatlıklardan koruma ile bağlantılı görevleri kapsar. Üçüncül koruma iyileştirmeye konsantre olur ve bireylerin optimal düzeyde işlev görmelerine yardımcı olur (Ardıç, 2008).

1.1.3. Sağlığın Gelişimini Etkileyen Unsurlar

Sağlığı geliştirme, sağlıkla ilişkili olan belli bir davranışla hayat durumuna yönelik eğitim, çevresel ve kurumsal desteklerin bütünü; bireylerin kendi sağlıkları üstünde kontrolünü yükseltmeyi ve geliştirmeyi imkanlı hale getiren bir süreç şeklinde açıklanmaktadır. Sağlığı geliştirmesi ile bağlantılı başka tanım ise, kişilerin bedensel ve manevi açıdan maksimum sağlık seviyesine ve toplumsal çevreye ulaşabilmeleri amacıyla tutumlarını değiştirebilmelerini temin eden metotları ile değişme sürecine etki eden etmenleri belirleyen bir dönemdir.

DSÖ' nün yaptığı tanıma bakılırsa sağlığı geliştirme, bireylerin kendi denetimlerini artırmayı, ferdi ile toplumsal mesuliyetlerini arttırmayı hedefleyen bir dönemdir. Sağlığı arttırma pratikleri, sağlık politikalarıyla destekleyici çevre oluşturmayı, sağlıkla ilgili hizmetleri tekrardan düzenlemeyi de kapsamaktadır (Koçoğlu ve Akın, 2009).

Sağlığı geliştirme davranışları ile hastalıkların en aza indirilmesi, yaşam süresinin uzaması, yaşam kalitesinin yükselmesi sağlanır ve bunun sonucunda “sağlıklı toplum” olgusu da gerçekleşmiş olur. Bu sürecin ara belirleyicileri ise kısa zamanda sağlığa ilişkin risk faktörlerinin en aza indirgenmesi, orta zaman zarfında pozitif sağlık davranışlarını geliştirilmesi, yaşam türlerinin düzenlenmesi, sağlıklı çevre değişimlerinin sağlanması durumlarını içermektedir (Tiryaki, 2013).

Fertlerin “sağlık” ile “hastalık” kavramlarıyla alakalı algıları farklı durumlarda sağlık elde etme davranışlarını etkileyebilmektedir. Pender'in sağlığı ilerletme yaklaşımında, fertle ilgili demografik niteliklerin, bilişsel-algisal etkenler aracılığıyla sağlığı geliştiren tutumlar üstünde tesirli olduğu, bilhassa yaş, cinsiyet, eğitim, medeni hal ve gelir seviyesinin sağlıklı hayat şekli davranışlarıyla ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Kişinin içerisinde yer aldığı çevrenin davranışların oluşmasında, ferdin bilgi ve beceri

düzeyininse davranışların kazanımında etkili olduğu ifade edilmektedir (Bozhüyük, 2010).

1.1.4. Sağlıklı Yaşam Davranışları

“Davranış” sözcüğü fertlerin uyguladıkları veya uygulamaktan uzak durdukları belirli birtakım şeyleri karşılamaktadır. Yaşam biçimiye bireylerin kontrollerinin kendisinde olduğu ferdi kararların tümüdür. En genel tanımıyla sağlıklı yaşam şekli davranışları bireyleri hastalıktan uzak tutan hayatları süresince sağlıklı olmalarını hedefleyen uygulamaların tamamıdır (Çepni, 2010).

“Sağlıklı yaşam şekli” kelime grubu eskiden tıp ve sağlık sahalarında önce hastaların iyileştirilmeye çalışıldığı daha sonralarda ise hastalıklardan kaçınılması ve korunması yolları sorgulandığında doğmuştur. Sağlıklı hayat biçimi tutumları; cinsiyet, çevre, sosyoekonomik düzey, eğitim düzeyi ve sosyal faaliyetlerin varlığı gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (Arslan ve Ceviz, 2007).

Sağlıklı hayat şekli davranışları; kendini gerçekleştirme, sağlıkla ilgili sorumluluk, fiziki etkinlik, beslenme, bireyler arası destekle stres yönetimini içermektedir (Türköl ve Güneş, 2012).

1.1.4.1. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu terimi eski dönemlerde ortaya çıkmıştır ve bugüne dek gelmiştir. Sağlık sorumluluğu; bireyin sağlığını korumak ve hastalıklardan korunmak üzere kişisel davranışlarını değiştirmesidir. Bu terim aynı zamanda ferdin sağlığına ne şekilde dahil olduğunu da ortaya koyan etkidir. Bireyin sağlığının sorumluluğunu alması ve sağlığının şuuruna varması sağlıklı hayat biçimi davranışları geliştirmesinde son derece önemlidir. Birey sorumluluğunu bilir ise sağlığına zararlı (sigara, içki vs.) olan faktörlerden uzak durabilir (Bozhüyük vd., 2012).

Kişinin sağlıklı hayat biçimiyle ilgili alabileceği sorumluluk düzeyinin birkaç örneği aşağıdaki gibidir (Tiryaki, 2013);

- Kişinin bedenini ve kendini iyi tanması

- Bireyin sağlığında bir değişiklik gördüğünde bir sağlık personeli veya doktora gitmesi
- Kişinin sağlık ile alakalı hususlarda güncel bilgileri izlemesi ve kendini yenilemesi
- Belli aralıklar ile tıbbi tetkikler yaptırması

1.1.4.2. Fiziksel Aktiviteler

Fiziksel aktivitelerle egzersiz, insanlık tarihi süresinde değişik uygarlıklarda ve farklı toplumlarda önemli bir konuma sahip olmuştur. Fiziksel aktivite ve sağlık arasında ilişkide tıpkı fiziksel aktivite de olduğu gibi milattan önceki dönemlere kadar dayanmaktadır. Eski Yunan tarihinde yüksek atletik seviyede olanlar, tanrıların ruhsak ve bedensel güçlerini temsil ederken, Hindistan’da fiziki yakışık, elverişli solunum ve rejim üstüne konsantre olan yoga gibi sistemler hala süregelmektedir. Avrupa tarihçileri bedensel egzersiz ve sağlık arasındaki ilişkilerin Hipokrat ve Gallen dönemlerinden beri devam ettiğini ifade etmektedir (Kuşdemir, 2015).

Fiziksel aktivite, en genel tanımı ile soluk alıp verme hızını belirli derece yükselten, kalp atış hızını belirli düzeyde arttıran, terlemeye sebep olan, kollar ve bacaklar başta olmak üzere büyük kas grubuyla gerçekleştirilen bazal seviyenin üstünde enerji sarf etmeyi gerekli kılan bedeni faaliyetlerdir. Egzersiz fiziki aktivitelerin bir alt kademesi şeklinde kabul edilir. Fiziki aktivite vücutta enerji dengesinin yapılması ve kişideki kilo kontrolünün dengede tutulması için önemli bir belirleyicidir. Fiziksel aktivite ferdin hayat kalitesi için oldukça önemlidir. Dünyada her sene hemen hemen 3,2 milyon kişi yetersiz fiziksel aktiviteden dolayı ölmektedir. Bütün bunların yanı sıra egzersizin ve fiziksel aktivitelerin düzenli şekilde yapılması gerektiği ve bu biçimde olmazsa bir fayda sağlamayacağı belirlenmiştir (Bozhüyük vd., 2012).

Fiziki aktivitelerle egzersizlerin ferdin genel sağlığını uzun seneler korumak ve geliştirmek üzere pek çok olumlu tesiri bulunur. Bunları şöylece sıralayabiliriz (Aslan ve Ceviz, 2007):

- Vücuttaki yağ oranını minimuma indirip kiloyu kontrol eder
- Vücuttaki kasların gücünü artırır

- Kan basıncın düşmesine yardım eder
- Bazı kanser türlerinin engellenmesine yardım eder
- Kan şekeri ve stresi azaltır

1.1.4.3. Beslenme

Beslenme, bireylerin bedeni olarak olgunlaşmasını temin eden besinlerin değerini yitirmeksizin dışarıdan alması ve bunların vücut tarafından kullanılmasıdır. Beslenme kişinin yaşamını sağlıklı bir biçimde sürdürmesi için önemlidir. Doğru beslenme vücudun doğru ve verimli çalışmasını sağlarken yanlış beslenme, yanlış ve verimsiz çalışmasına yol açar. Beslenme konusu toplumlara ve gelişen teknoloji gibi değerlerle farklılaşmakta ve zararlı hal alabilir. Mesela, işleri yoğun olan ve işini oturarak yapan fertlerin daha çok hazır yemek tükettiği görülmüştür. Bu tür bir beslenme vücutta dengesizliklere yol açmaktadır. Bunun yanı sıra beslenme alışkanlıkları kişiyi yalnızca fizyolojik bakımdan değil zihni ve duygusal bakımda etkiler. Beslenmenin sağlıklı sayılabilmesi için yeterli seviyede ve dengeli bir bilimle yapılması lazımdır. Gün içinde alınan besinler kaliteli mineraller içermelidir ve besinlerin yağ, sodyum ve şeker oranı olabildiği kadar az olmalıdır (Bozhüyük vd., 2012).

1.1.4.4. Manevi Gelişim

Manevi gelişim kişiyi fiziksel ve ruhsal açıdan etkiye sahip yine fiziksel ve ruhsal açıdan da etkilenen “bütünleştirici güç” olarak tanımlanmaktadır. Kişinin sağlığına manevi gelişimin de etkisi büyüktür. Manevi gelişim ruhsal bir konudur. Kişinin ruhsal durumu fizyolojik durumuna etkide bulunurken, fizyolojik durumu da aynı biçimde ruhsal durumu etkiler. Manevi gelişim toplumsal çevre, aile ilişkileri, arkadaş ilişkileri gibi boyutları da kapsamaktadır.

Manevi gelişim içerisinde “kişinin kendisini gerçekleştirme” durumu da vardır. Kendini gerçekleştirme, insan davranışlarını yönlendiren bir güdüdür ve ulaşılmak istenen bir seviyedir. Kendini gerçekleştiren birey, kendisini tanıır, bireyin benlik saygısı artar, etrafa uyumlu olur, kendi kapasitesiyle hedeflerini bilir (Çepni, 2010).

1.1.4.5. Bireylerarası İlişkiler

Bireylerarası ilişkiler, bireylerin birbiri arasındaki ilişkiler bütünüdür. Bu olguda en önemli nokta aktif ve pozitif bir ilişkinin ortaya çıkmasıdır. Bireylerarası ilişkide destek veren bireyi şartsız kabulü ve güveni etkili bir iletişimin kurulmasını sağlar. Destek veren kişilerin bu biçimde davranıp kurduğu iletişimle ferдин problemlerine, ihtiyaçlarına ve altta yatan temel nedene ulatılabilir. Kişiler yaşadıkları problemleri ve genel bazı hayat olgularını paylaşmak için diğer kişilerle iletişim kurmak ister. Bundan dolayı başkalarıyla ilişkisi iyi olan kişi problemleri ile daha rahat başa çıkabilir ve bunun sonucu olarak yaşam kalitesi ve sağlık değerlerinin yükseldiği gözlenir (Kuşdemir, 2015).

1.1.4.6. Stresten Uzak Durma

Günümüzdeki toplumunların en önemli problemlerinden birisi olan stres günlük yaşamın ve iş yaşamının bir parçasıdır. “Stres” gerilim, gerginlik ve bunalım vb. kavramlarken kavram olarak stresse, iç ve dış ortamlardan kaynaklı tehdit veya değişim vb. durumlarda ferдин verdiği tepkilerdir. Stres bedeni, ruhsal ve toplumsal etkenlere ayalı olarak ortaya çıkabilir (Güçlü, 2001).

Bireyleri farkında olarak veya olmaksızın pek çok defa stresle karşılaşmakta ve bu da onları etkilemektedir. Bundan dolayı süratle gelişen ve her an maruz kaldığımız stres ile mücadele metotları bilinmelidir ve bu metotları mümkün olduğu kadar yaşamımıza uygulanmalıdır. Stresle baş etme yöntemlerinin amacı stresi an aza indirerek ve kontrol ederek işlevselliği bozmayacak hale getirmektir (Bozhüyük vd., 2012).

1.2. Kaygı

1.2.1. Kaygının Tanımı

Kaygı kişinin istenmeyen durumları deneyimleyeceğini hissetmesiyle beraber devamlı olarak bu fikre sahip olmasıdır (Biçer, 2015). Kişiler kaçmak istediği durum ile karşılaştığı zaman ruhi, bedeni, fikri ve davranışsal kaygı hissedebilir (Semerci ve Özer, 2007). Kaygı, fikirlerden oluşmaktadır. Tecrübe sağlayan hadiselerin neticesinde geliştirilen tavırlar ve kalıplaşmış fikirler kaygının oluşmasına yol açmaktadır (Özer, 1990).

Kaygılı kişiler devamlı olarak olumsuz şeyler olacakmış gibi hissederler. Kaygı seviyesi fazla olan kişiler ruhsal olarak ıstırap duyarlar. Kişi rüya gördüğü zaman da kaygı durumunu deneyimler ve kalktığı zaman panik durumunda bulunabilir ve kaygının nedenini bulamayabilir (Uluşahin ve Öztürk, 2014).

Kaygı, başarı elde etmek üzere konulan amaçlara ulaşamayacağına duyulan inanç azaldıkça artmakta ve bu da ferdi kendini huzursuz hissetmesine yol açmaktadır. Kaygı biyolojik etkenlerden kaynaklı da olabilir. Anne ve babası kaygı durumu yaşayan kişilerle sık bir biçimde karşılaşmaktadır. Kişilerin demografik özellikleri, cinsiyetleri de kaygıyı etkiler. Kadınlar erkeklere nazaran daha kaygılıdır (Kurt, 2006). Kaygı genel olarak ilk yetişkinlikte başlamaktadır ve yoğun bir biçimde deneyimlenmektedir. Kişiler, olgunlaştıklarında kaygı seviyeleri azalır. Kaygı durumu olağan düzeyde olduğu zaman klinik bir durum olmaktan çıkar. Yakınlarının ölmesi, hastalık ve yanında kimsenin olmadığını fikri olağan kaygı durumudur ama nedensizce oluşan, şiddetli ve yoğun kaygı klinik bir durumdur (Kurt, 2006).

Kaygılı kişiler, kendilerine etkide bulunmayan uyarıcıları da bir tehdit şeklinde algılayabilmektedir. Bir hayvandan korkan kişi dışarıdaki hayatta sanki onunla karşılaşacakmış gibi gerilebilmektedir. Devamlı olarak onunla karşılaşacağına inanmaktadır ya da annesi çalışan ve bakıcıların yetiştirdiği bir çocuk annesinden ayrılma korkusunu büyüdükçe daha da fazla yaşıyor ise annesi geldiğinde de bunu hissediyor ise kaygı durumunu deneyimlemektedir. Duygusal olarak kişiler rahatsız eden bir biçimde kaygılanabilmektedir. Bu da fertlerin hayat kalitesini bozabilir (Semerci ve Özer, 2007).

Kaygı oluşturan durumlarla karşılaştığında, kişilerin bu durumlara yüklediği anlamı kaygı seviyesini belirler. Bu seviyeyi kişi kendisi belirleyerek kendisi ortadan kaldırır. Kaygı durumundan kurtulmak üzere kişiler; kaygının belirme nedenleri, kaygılı anlarındaki tepkilerini ve bu tepkilerin neticelerini değerlendirmelidir. Kaygı durumundan kurtulma yollarını aramalıdır (Semerci ve Özer, 2007).

1.2.2. Sağlık Kaygısı

Kaygı, bilinen ya da bilinmeyen sebepler ile ilişkili olağan bir tepkiyle gündelik hayatta gözle görülen işlev bozuklukları arasında bulunan, karar verme sürecini ve muhtemel

tedavi biçimlerine uyumu etkileyen ve hayat kalitesini azaltan bedeni ya da hissi tepkilerdir (APA, 2000). Kaygı, kişinin başına olumsuz bir durum geleceğine ya da gelme ihtimali olduğuna inandığında beliren bir histir. Söz konusu his genel olarak bireyin yaşamda kalmasını temin eden ve yaşamı tehlikeye atan durumlarda fonksiyonellik kazanan zihinsel bir dönemdir. Üzüntü halinde bedenin sempatik sinir sistemi işler ardından birey “kaçma veya savaşma” tepkisi geliştirir. Bu tepki de kişiyi muhtemel tehditlerden korur. Buna göre kaygı bir çeşit “tehdit algısı” biçiminde de özetlenebilir.

Huzursuzluk veren kaygı semptomları çok tipik seyretmektedir. Bu semptomlar, kaygı sırasında bireyi rahatsız, huzursuz ve gergin hissettirir. Temel kaygısal belirtiler şunlardır: “terleme, kalp çarpıntısı, uyku bozukluğu, baş dönmesi, göğüs ağrısı, mide bulantısı” Bu bedeni sorunlardan dolayı kaygılanmak kaygıyı ve söz konusu belirtileri daha da artıran bir etkiye yol açar (Hogan, 2010).

Sağlık kaygısı, kişinin sağlığına dönük ciddi bir tehlike altında olduğu düşüncesi ile ortaya çıkan ve sonuç olarak kişinin bedeni ve hissi kaygı belirtilerini tetikleyen ruhsal bir durumdur (Anderson vd., 2011). Sağlık kaygısında sahip olan kişiler sık sık kendilerinde bir hastalık bulunup bulunmadığına bakmak ister. Rahatsızlıklarının bulunup bulunmadığından emin olmak üzere sık sık doktora giderek sağlıklı oldukları ile alakalı olarak doktor onayı almak isterler. Genel olarak bir hekimin fikri onlar için yeterli gelmez, bundan dolayı söz konusu hastalıkla ilgili olarak başka doktorlara giderek teyit almak isterler. Doktor muayenesinin yanında ailelerine ve arkadaşlarına da sağlıklı olup olmadıklarıyla alakalı fikirlerini sorup onlardan da onay almak isterler. Bunun yanı sıra hastalığa ilişkin bilgi edinmek üzere tıpla ilgili ansiklopedilere, dergilere ve internette bulunan bilgilere bakarlar. Anksiyeteye neden olan hastalık ile alakalı konuşmaların söz konusu olduğu TV programlarını seyretmekten, gazete ve dergileri okumaktan uzak dururlar. Ayrıca, bu hastalık ile alakalı endişelerini tetikleyecek olan yürüme ve spor yapma vb. aktiviteleri de yapmayabilirler (Hogan, 2010).

Sağlıkla ilgili kaygının fiziki belirtileri göğüste ağrı, vücudun farklı yerlerinde yanma ve acı duygusu, ter, titreme, başta ağrı, hissizlik ve belirli organlarda karıncalanma şeklinde ortaya çıkabilir. Bu belirtiler söz konusuyken birey var olan belirtilerin fiziki bir rahatsızlığın habercisi olduğunu düşünerek bu belirtileri ciddi bir tehdit olarak algılar. Bu

da yoğun kaygı hissetmesine yol açar. Deneyimlenen yoğun kaygıdan dolayı kalp çarpıntıları artar, terleme titreme başlar, mide ve bağırsak sisteminde rahatsızlıklar söz konusu olur (Hogan, 2010).

Sağlık kaygısı, rasyonel düzeyde yaygın bir sorun şeklinde pek çok insanda gözlemlenir ve anormal bir rahatsızlık şeklinde değerlendirilmez, aksine kişinin vücut bütünlüğüyle sağlığını muhafaza etmek adına yardımında bulunan bir histir. Sağlık kaygısının “hipokondriazis” durumuna ulaşmış haliyse toplumda nadir olarak görünür (Karapıçak vd., 2012).

1.3. Sağlık Anksiyetesi

1.3.1. Sağlık Anksiyetesinin Tanımı

Anksiyete, reel ya da oluşması muhtemel bir tehdite karşı ortaya çıkan kaygıdır. Rastgele bir uyarıcı olmaksızın oluşan ve hayatı zorlaştıran, günlük yaşam etkinliklerinin yapmayı zorlaştıran endişe, anksiyete bozukluğu olarak açıklanmaktadır (Köroğlu, 2007). Sağlık anksiyetesi, anksiyete bozukluklarından bir tanesidir (Norton vd., 2005). Sağlık anksiyetesi, belli bir bedeni rahatsızlık bulunmamasına karşın bireyin bedenindeki değişiklikleri hastalık varlığı açısından abartılı biçimde değerlendirmesi şeklinde açıklanmaktadır. Sağlık anksiyetesi, “hastalık hastalığı” da denilen “hipokondriyazis”e dayanır. Bu durum, somatoform bozukluklarda da yüksek seviyede bulunmaktadır. Bu rahatsızlık, panik bozukluk, toplumsal korku ve obsesif kompulsif bozuklukların meydana çıkmasına sebep olmaktadır (Noyes vd., 2003).

Anderson vd. (2011) sağlık anksiyetesini, kişide sağlığının sorunlu olması düşüncesiyle beliren, bedeni ve duygusal kaygı semptomlarını tetikleyen ruhsal bir durum şeklinde tanımlamıştır. Sağlıkla alakalı kaygı, çok sık görülen bir durumdur ve rasyonel seviyede olduğu zaman patolojik değildir (Oğulluk, 2019).

Bu durumun bulunduğu bireyler vücutlarında oluşan değişimleri fark ettikleri zaman, bunu abartılı bir biçimde olumsuz olarak değerlendirmekte ve ciddi korkular yaşamaktadır (Gül vd., 2014). Sağlık ve hastalıkla alakalı duydukları, gördükleri haberlerden ve olaylardan hemen etkilenmektedirler, devamlı olarak hekime

gitmektedirler (Kabakaş, 2018). Sağlık anksiyetesi, panik bozukluk, panik atak ve sosyal fobinin artmasına sebep olabilmektedir (Norton vd., 2005).

Sağlık anksiyetesi, morbiditeye etkide bulunan ciddi bir sağlık problemidir (Tyrer vd., 2011). Sağlık anksiyetesi, birtakım fiziki şikayetlerin derecesini artırarak dahiliye, kardiyoloji ve acil servislere yineleyen başvurularda neden olmakta, göğüs ağrısı vb. semptomlardan dolayı kardiyak kateterizasyon vb. invaziv girişimlerin yapılmasına yol açmaktadır (Gül vd., 2014).

Kronik hastalığın bulunması, sağlık anksiyetesine etkide bulunan etmenlerden birisidir (Kehler vd. 2009). Bu tip hastalıklar ve yaşın ilerlemesiyle beraber kişilerin fiziki işlev seviyesinin ve hayat kalitesinin azalmasına dayalı olarak sağlık anksiyetesi seviyesi artmaktadır (El- Gabalawy vd., 2013). Araştırmalarda fibromiyalji, kronik ağrı ile miyofasyal ağrı sendromu bulunan bireylerde sağlık anksiyetesi çok fazla çıkmış ve bu hastalıklar ile sağlık anksiyetesi arasında ilişkinin bulunduğu fark edilmiştir (Uçar vd., 2015). Multiple skleroz hastaları ile kronik ağrı yaşayan hastalar üzerinde yapılan araştırmalarda sağlık anksiyetesi sağlıklı kişilere göre daha ileri seviyede görülmüştür (Kehler vd. 2009). Ayrıca, kronik hastalıklardan dolayı ilaç tüketen hastalarda sağlık anksiyetesi seviyesi ilaç kullanmayanlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (Yılmaz vd., 2018).

1.3.2. Bilişsel Özellikleri

Sağlık anksiyetesi fazla olan bireyler, hekimlerin tanılayamadıkları önemli, ölümcül bir fiziki hastalığa sahip olduklarını düşünürler (Deale, 2007). Bazı hipokondriyal korkuları vardır bu kişilerin. Şimdi bir hastalığa sahip olmaktan, ileride bir hastalığa yakalanmaktan korkarlar ve hastalık ile alakalı uyarıcılarla karşılaşma hususunda kaygı hissederler (Taylor ve Asmundson, 2004). Devam eden bu korku ve kaygı, hastaları dikkatlerini bedeni semptomlar üstüne odaklanmaya yönlendirmektedir. Bu sayede bireyler, olağan ya da zararsız bedeni duyumlarını felaketleştiren bir biçimde yanlış yorumlayabilir. Buna ek olarak sağlık anksiyetesi olan hastalar sağlık ile alakalı bilgilere seçici dikkat göstererek bu bilgileri de yanlış yorumlayabilir (Deale, 2007). Hipokondriyazis teşhisi alan insanların tekrarlayan bir biçimde hastalık ve ölüm ile alakalı istenmeyen, girici düşüncelere ve imgelere sahip olduğu görülmüştür (Warwick ve Salkovskis, 1989).

Doktorların ciddi bir hastalıkları bulunmadığına dair verdikleri güvenceye ve korktukları bedensel belirtilerin kötüleşmemesine rağmen hasta olmakla ilgili kaygıları devam edebilir (Taylor ve Asmundson, 2004: 4).

1.3.3. Duygusal Özellikleri

Sağlık anksiyetesi durumlarında hastalanma endişesi baskındır. Bunun şu anda bir rahatsızlığa sahip olmaktan ve ileride bir hastalığa yakalanmaktan korkma olmak üzere 2 çeşidi vardır. Bir kişi aynı anda her iki korkuya da sahip olabilir. Hastalıkla ilgili korkusu bulunan insanlar, hastalıklar ile alakalı olduğuna inandıkları uyarıcılara maruz kaldıklarında korkar ve endişelenir. Sağlık ile alakalı TV programları gibi yerlerden hastalıklarla ilgili bilgilere maruz kaldıklarında da endişe duyarlar ve bu durum söz konusu hastalıkları edinmiş olmaları konusunda korku duymalarına neden olabilir. Ayrıca hasta gibi görünen insanlarla temasa geçmek de endişelenmelerine yol açabilir (Taylor ve Asmundson, 2004).

1.3.4. Davranışsal Özellikleri

Bir hastalığa sahip olma endişesine sahip bireyler güvence arayışına girme, vücutlarını yeniden kontrol etme, başka bilgi kaynaklarından hastalık ile alakalı araştırmalarda bulunma ve farklı tedavileri deneme vb. davranışlarda bulunabilir. Bunun dışında bir hastalıktan mustarip olan bireyler sürekli olarak “hasta rolünü” yapmakta, mesleksel ve evdeki sorumluluklarından kaçabilirler. Sağlıklarına ilişkin devamlı olarak şikâyetle bulunabilir, endişelerini dinleyen herkes ile ayrıntılı bir şekilde tartışabilirler. Bu tartışmalar ciddi bir hastalıkları olduğuna dair inançlarını nadiren doğrulamış olsa da sık sık tıbbi yardım arayışlarına girebilir (Taylor ve Asmundson, 2004).

1.3.5. Sağlık Anksiyetesine Neden Olan Faktörler

1.3.5.1. Çevresel ve Genetik Faktörler

Torgersen’in (1986) gerçekleştirdiği araştırmada, genetik etkenlerin somatoform bozukluklardaki tesirini incelemiştir. Araştırmaya DSM III teşhis ölçütlerine göre konversiyon bozukluğu, hipokondriyazis, somatizasyon bozukluğu ve ağrı bozukluğu gibi tanıları alan 40 tek yumurta ikizi ve 21 çift yumurta ikizi dahil olmuştur.

Araştırmanın sonucunda tek yumurta ikizleri çift yumurta ikizlerine göre daha çok genetik benzerliğe sahip olmasına karşın somatoform bozukluk öyküsü için kalıtsal açıdan uyum oranının tek yumurta ikizleri ve çift yumurta ikizleri arasında önemli bir farklılığın bulunmadığını ortaya koymuştur. Ayrıca, çocukluk deneyimindeki benzerliğin uyum oranını etkilediği görülmüştür. Bundan dolayı çalışma, somatoform bozukluklarda kalıtsal özellikler kadar çevresel etkenlerin de önemli bir rolü olabileceğini ortaya koymuştur.

Gerçekleştirilen bir başka araştırmada (Taylor vd., 2006), sağlık anksiyetesindeki çevresel ve genetik etkenlerin rolleri incelenmiştir. Araştırmaya klinik olmayan örnekleminden 88 tek yumurta ikizi ve 65 çift yumurta ikizi dahil olmuştur. Araştırmada sağlık anksiyetesini değerlendirmek için Hastalık Tutum Ölçeği (Illnes Attitude Scale: IAS) tercih edilmiştir. Bu ölçek ayrıca katılımcılara belli bir fiziki tanı ya da tedavi alıp almadıklarını soran bir bölümü de kapsamaktadır. Bu bilgiler katılımcıların sağlık anksiyetelerini, tıbbi olarak doğrulanmış hastalıklarına ilişkin gerçekçi endişelerinden ayrı olarak değerlendirmek için kullanılmıştır. Çalışmanın sonucuna göre tıbbi morbidite kontrol edildikten sonra çevresel etkenler sağlık anksiyetesindeki bireysel farklılıkların çoğunu açıklamıştır. Genel olarak çalışma sonuçları sağlık anksiyetesi geliştirme riskinin, kalıtsal etkenlerden çok çevresel faktörlerden etkilendiğini göstermektedir.

1.3.5.2. Stresli Yaşam Olayları

Çocuklukta bireyin kendinin veya ailesinin yaşadığı ağır hastalığın, yetişkinlik dönemindeki sağlık anksiyetesiyle alakalı olduğu tespit edilmiştir. Bilhassa şiddetli, ağır veya sıkıntılı çocukluk çağı hastalıkları, ileride hastalık korkusunu tetikleyebilir. Bireye yakın birisinin ölümü de hipokondriyazise zemin hazırlayan bir etken olarak bulunmuştur. Barsky vd. (1994) gerçekleştirdikleri bir araştırmada hipokondriyazis teşhisi olan ve olmayan örneklemde çocukluk çağı travmalarının, ailelerin sağlık tavırlarının ve fiziki rahatsızlıkların tesirini kıyaslamıştır. Çalışmanın neticeleri hipokondriyazis teşhisi alan kişilerde küçükken daha fazla hastalık ve sağlıkla ilgili sebeplerden dolayı okula devam edememe yaşantısı olduğunu ortaya koymuştur. Yapılan bir başka çalışmada erken yaşam deneyimlerinin somatizasyon üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Çalışmada katılımcılar psikiyatrik semptomlar ve sağlık sorunları

açısından taranmış ve dört gruba ayrılmıştır. Buna göre herhangi bir fiziksel tanısı olmamasına karşın fiziksel hastalık şikâyetiyle çalışmaya katılan kişilerin diğerk gruplara göre 17 yaşından önce kendisinde ve ailesinde fiziki hastalık ve yetersiz ebeveyn bakımı yaşantısının daha fazla olduğu bulunmuştur (Craig vd., 1993).

McNutt ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları çalışmada somatik belirtiler, çocukluk çağında fiziki ve cinsel istismarla karşılaşan, eski hayatında veya son dönemlerde partnerinden fiziki veya cinsel şiddete maruz kalan bireylerde hayli sık görülmüştür. Benzer bir sonuç Barsky ve arkadaşlarının (1994) gerçekleştirdiği bir çalışma ile de elde edilmiştir. Bu araştırmada klinik ve klinik olmayan örneklemeler kıyaslanmıştır. Çalışmanın sonucuna göre hipokondriyazis teşhisi konan kişiler, daha fazla cinsel ve fiziksel istismara maruz kaldığını bildirmiştir. Stein vd. (2004) yaptıkları çalışmadaysa cinsel saldırıyla sağlık anksiyetesi arasında bir ilişki tespit edilmiştir. Çocukluk ağında fiziksel veya cinsel istismar gibi travmatik yaşam olaylarına maruz kalmak, çocuğun zayıf, çaresiz ve savunmasız olduğuna inanmasına ve sağlığı için duyduğu kaygının artmasına neden olabilir (Taylor ve Asmundson, 2004).

1.3.5.3. Sosyal ve Kültürel Faktörler

Hastalıkların tedavisi, toplumsal ve kültürel faktörlerden de etkilenmektedir. Toplum biliminde hasta rolü kavramının gelişmesi sağlık ve hastalık ile alakalı müşterek beklentilerin anlaşılmasına yardım etmektedir. Hasta rolü kavramı bakım ve toplumsal destek için başka insanlara bağımlı olma, bir dizi sağlık hizmetini kullanma gibi bazı haklar içermektedir (Furer vd., 2007). Kimileri, bu hak ve görevleri için ağırlıklı olarak sağlık sistemine güvenir iken, başkaları da kendi kaynaklarına ve sosyal sistemlerine güvenmektedir. Kimileri için hasta rolü uzun müddet boyunca merkezi hale gelebilir. Hastaların sağlık sorunları ile mücadele etme konusundaki inanişları, hasta rolüyle ilgili deneyimlerinden etkilenir. Bazı kişiler hasta rolünü stresli durumlardan veya zorlu yaşam olaylarından kaçmanın bir yolu olarak kullanabilirler (Furer vd., 2007). Craig vd. (1994) tarafından yapılan çalışmada somatizasyon bozukluğu olan kişilerin, diğerk psikolojik bozukluğu (depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobi) ve fiziksel hastalığı olan katılımcılara göre daha az problem çözme becerisine sahip olduğu ve hastalıklarını ikincil kazanç olarak kullandıkları ortaya konulmuştur. Yapılan boylamsal bir çalışmada

(Robbins ve Kirmayer, 1996) ise hipokondriyazis tanısı almış kişilerin aile üyelerinin sağlıkla ilgili endişelere nasıl tepkiler verdiği araştırılmıştır. Çalışmada şiddetli sağlık anksiyetesi olan kişilerin yakınlarının, sağlık anksiyetesi düzeyi düşük olan kişilerin yakınlarına göre fiziksel belirtileri daha az normalleştirdikleri ve kişiyi bir doktora görünmesi için daha az cesaretlendirdikleri ortaya konulmuştur. Buna karşılık sağlık anksiyete şiddeti düşük kişilerin yakınlarının, bedensel belirtileri daha çok normalleştirdikleri ve sağlık sorunları için tıbbi yardım alma konusunda daha çok cesaretlendirdikleri bulunmuştur.

1.3.5.4. Sağlıkla İlgili Bilgilere Maruz Kalmak

İnsanların çok fazla tıbbi bilgiye maruz kalmasının, hastalık ile alakalı inanışlarını etkilediği ve bedeni duyularına karşı seçici olduklarını ortaya koymuştur. Bu bilgiler, insanların yeni öğrendikleri bilgiler bağlamında daha önce önemsemedikleri semptomları tekrardan yorumlamasına yol açabilir (Waterman ve Weinman, 2014). Dyrbye ve arkadaşları (2006) tıp öğrencileriyle yaptıkları çalışmada akademik baskı, iş yükü, uyku yoksunluğu, hastaların acı ve ölümlere maruz kalma vb. pek çok etkenin öğrencilerin ruh sağlıklarını olumsuz etkilediğini göstermiştir. Moss-Morris ve Petrie (2001) bunun nedenine dönük olarak iki değişik bileşen önermiştir: Bilişsel bileşen ve duygusal bileşen. Araştırmada duygusal bileşenin en genç gruplarda daha fazla öne çıktığı, tıp fakültesinin son senelerine doğru önemsizleştiği; bilişsel bileşeninse tıp fakültesinin ilk senelerinden son senelerine dek bütün gruplarda bulunduğu görülmüştür. Batı vd. (2018), sağlık ile alakalı yüksek öğrenim kurumlarında okuyan öğrencilerin hastalıklar ile alakalı yanlış inançlarının sağlık anksiyetesi ve hastalık ile alakalı bilgilerin internet üstünden araştırılması (siberkondri) biçiminde de görülebildiğini ifade edilmiştir.

1.3.5.5. Nörotisizm

Nörotisizm, negatif hisleri tecrübe etme, tehdit, engellenme ve kayıplara karşı negatif duygular ile tepki verme temayüllerini kapsayan kişilik özelliğidir (Lahey, 2009). Nörotisizmden yüksek puan alan bireyler “evhamlı kimseler” olarak tanımlanmış ve bu kişilerin ana özelliklerinin yanlış gidebilecek şeylerle sürekli meşgul olmak ve bu düşüncelere güçlü duygusal tepkiler vermek olduğu belirtilmiştir. Buradan hareketle nörotisizm kişilik özelliğine sahip bireylerin bedensel duyularını tehdit olarak

algılayabilme, olumsuz değerlendirmeler yapabilme, aşırı stres yapabilme ve bunların hepsinin sağlık anksiyetesine neden olma ihtimalinin yüksek olabileceği, daha çok bedensel şikâyetlerde bulunma eğiliminde olabilecekleri söylenebilir (Anagnostopoulos ve Botse, 2016).

1.4. Yeme Tutumu

Yeme tutumu kişilerin hayatlarını sürdürebilmesi için gereksinim hissettikleri en temel duygudur. Hayatın sağlıklı bir biçimde devam edebilmesi için ergenlik ve gençlik dönemi oldukça önemlidir. Yeme içme tutumlarında farklılık arz eden tercihler ile ve aileden ayrılmayla birlikte beslenme tutumunu negatif olarak etkileyebilecek faktörler ile karşılaşılabilir. Yeme sorunları ve obezitenin sıkça rastlanmasına yol açan durumlar arasında fiziki aktivitenin azalması, yüksek kalorili yiyecekler yemek ve fastfood kültürünün yaygınlaşması vb. durumlar vardır (Kadioğlu ve Ergün, 2015).

Çağımızda yeme tutumuyla alakalı olarak gerçekleştirilen çalışmalar artmaktadır. “Yeme tutumu” terimini inceler iken evvela “tutum” sözcüğünün ne anlama geldiğinin lazımdır. Tutum, bireyin pozitif veya negatif bir biçimde nesne, topluluk vb. herhangi bir şeyle karşılaştığında ortaya çıkan tutumdur. Sosyal psikoloji de bu kavram davranışsal, bilişsel ve duyusal olarak üç alt boyutta ele alınır (Atkinson vd., 1987).

Beslenme ve yemekle ilgili fikir, davranış ve hislerin tamamı kişinin yeme içme tutumunu teşkil eder (Yılmaz, 2017). Tüm insanlarda farklılıklar gösteren yeme davranışlarını anlamaya çalışır iken de davranışsal, bilişsel ve duyusal boyutların önemsenmesi lazımdır. Beslenmenin bilinçsiz olması, dengeli olmayan beslenme tutumları, yerken değişik biçimlerde meydana gelebilecek dikkatin dağılması ve süratli yemek yeme vb. değişik biçimlerde yeme tutumlarına rastlanmaktadır. Normal karşılanmayan bu tutumlar çok kompleks bir rahatsızlık olan yeme bozukluklarına yol açmaktadır (Yılmaz, 2014). Yeme davranışındaki bozulmalar yeme bozukluklarına yol açmaktadır (Toker ve Hocaoglu, 2009).

Bireylerin hayatlarını devam ettirebilemesi için gereksinim hissettiği yemek yeme biyolojik bir aktivite olmasına rağmen, ruhsal durumun yeme tutumu üstündeki tesirleri de çok fazla önem arz etmektedir. Kişinin içinde bulunduğu ruhsal duruma dayalı olarak

yeme davranışında farklılık söz konusu olabilir. Gerçekleştirilen bir araştırmanın neticesine göre mutlulukla neşe vb. pozitif duygular içinde bulunan dönemlerde sağlıklı besinleri tüketme temayülü artarken, üzüntüyle öfke vb. negatif hisler içinde bulunan dönemlerde dürtüsel yeme, düzensiz yeme ve abur cubur gibi sağlıksız yiyecekleri yemek temayülünün yükseldiği tespit edilmiştir (Macht, 1999). Ergenler ile gerçekleştirilen bir araştırmanın neticelerine göre bireylerin mutlu, mutsuz, öfkeli ya da hüzünlü olmalarının yeme davranışlarıyla ilgili olduğu tespit edilmiştir. Yaşanan stres, hüznün ya da mutluluk vb. psikolojik durumlar yeme davranışını azaltabilmektedir ya da artırabilmektedir (Özgen vd., 2012).

Yeme davranışının yalnızca fizyolojik açlığı bastırmak üzere yapılmadığını ve yanlış yeme tutumlarının bireylerin işlevselliğini azaltan tesirinin kimi risk faktörleri ve tetikleyicileri vardır (Fairburn,2003). Bu risk faktörlerinin tersi olarak yeme davranışı için kişileri koruyucu etkide bulunabilecek durumların bulunduğu da ifade edilmektedir (Fairburn, 2003).

1.4.1. Yeme Tutumu ve Besin Seçimi

Yeme tutumunun vücut ağırlığı artışıyla ilişkisinde yeme tutumuna dayalı olarak kolay ulaşılabilen, yüksek enerjili, lezzetli besinlerin tercihi muhtemel bir mekanizmadır (Tholin vd. 2005). Diyetle alakalı olarak vücut ağırlığının artmasında yeme tutumu besin tercihinde belirleyicidir. Bundan dolayı diyetlerde mevcut yeme davranışına odaklanmanın, alışıldığı üzere yalnızca besin önerileri yapmaktan daha etkili olduğu ifade edilmektedir (Keskitalo vd., 2008).

Yeme tutumu, beden kitle endeksi ve besin seçimi arasındaki alakayı incelemek için yetişkinler üzerine gerçekleştirilen bir araştırmada, katılımcıların beden kitle endeksiyle beraber üç etkenli yeme ölçeğinden yararlanılarak yeme davranışları tespit edilmiş ve yağlı besin tüketme yoğunlukları ile bu besinler hakkında beğeniler sorgulanmıştır. Araştırmadan çıkan sonuca bakılırsa beden kitle endeksi, yağlı besin tüketmek ve beğenisiyle ilişki gösteren kısıtlayıcı yeme, kontrolsüz yeme ve duygusal yemeye pozitif korelasyon gösterir iken, yemek tercihi ve beğenisiyle ilişki göstermemektedir (Keskitalo vd., 2008).

Yeme tutumlarıyla besin tercihi bağlantısını ergin ve adölesan toplumda araştırılan bir başka araştırmada adölesan kızlarda önleyici yeme duygusal ve kontrolsüz yemeye göre daha yüksek olmayan kalori alımıyla erişkin erkeklerde kontrolsüz yeme daha yüksek kalori alımı ile bağlantılı tespit edilmiştir. Bununla beraber kısıtlayıcı yeme erişkinlerde yeşil sebzeler vb. sağlıklı besin tüketimiyle pozitif, kızartma ve şeker vb. enerji yoğunluğu yüksek besin tüketimiyle negatif korelasyon göstermiş, adölesanlardaysa bilişsel kısıtlama sağlıklı besin tüketimiyle alakalı görülmezken düşük enerji yoğunluklu besin tüketimiyle alakalı görülmüştür. Kontrolsüz yeme enerji yoğunluğu yüksek yağlı besin tüketimiyle pozitif korelasyon gösterirken artan duygusal yeme puanı daha sık atıştırmalık tüketimiyle ilgili görülmüştür. Atıştırmalık tüketimi duygu durumunu düzeltmede besin tüketiminin araç olarak kullanılmasında duygusal yeme tutumuyla ortaklık olarak fonksiyon görmektedir (Heatherton ve Tice, 1994).

Duygusal durumun kontrollü olmayan yeme ve duygusal yeme zemininde besin tüketimiyle ilgisini değerlendiren bir araştırmada olumlu duygu durumu geliştirmeye dönük müdahale yapılan grupta herhangi bir müdahale yapılmayan kontrol grubuna oranlar azalmış kalori alımı raporlaştırılmıştır. Bunun dışında duygusal yemeyle kurabiye tüketimi arasında ilişki bulunmazken duygusal yeme ile kurabiye tüketimi ile pozitif korelasyon gösteren kontrolsüz yeme arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Buna göre duygusal yemenin kontrolsüz yeme aracılığı ile kurabiye tüketimi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Turner vd., 2010).

Duygusal beslenme ve depresif bulguların şekerli ve şekersiz, enerji yoğunluğu yüksek besinler ve meyve veya sebze tüketimi ile alakasıyla beraber depresyonla duygusal beslenme arasındaki ilişkileri ele alan bir araştırmada, duygusal beslenme ve depresyon pozitif korelasyon göstermekle beraber bu değişkenlerde artan skorlar artan BKİ indeksi ile de bağ bulunmuştur. Duygusal beslenme katılımcılarda şekerli besin tüketim yoğunluğu ile pozitif korelasyon göstermiş, depresif semptomlar ise düşmüş sebze ve meyve tüketimi ile bağ tespit edilmiştir. Bu araştırmada, duygusal yemenin negatif duygu durumu ile ilişkili sağlıklı besin tercihinde aracılık ettiği belirtilmiştir (Konttinen vd., 2010).

1.4.2. Yeme Tutumu ve Beden Kitle İndeksi

Yeme tutumu ve beden kitle endeksi arasında iki yönlü ilişki vardır. Beden kitle endeksinde önemli bir etken olan yeme tutumunun gelişmesinde halihazırdaki beden ağırlığı belirleyicidir (Anglé vd. 2009). Beden kitle endeksiyle yeme tutum arasındaki bu iki yönlü ilişkiyi inceleyen bir araştırmada çatışmaya katılanların yeme tutumları ve adipozite oranları arasındaki ilişki 2 senelik periyotta izlenmiştir. Bu amaç çerçevesinde 466 yetişkin ve 271 adölesanla araştırmanın başlangıcında yeme tutumları üç faktörlü yeme ölçeği kullanılarak belirlenmiş, adipozite indikatörleri olarak da beden kitle endeksi, bel çevresi ve yağ oranı ölçümleri yapılmış, ölçümler 2 yılın sonunda tekrarlanmıştır. Başlangıçta bilişsel kısıtlama normal kilolu katılımcılarda beden kitle endeksiyle olumlu korelasyon gösterir iken kilolu katılımcılarda bu tip bir ilişki gözlemlenmemiştir. Bilişsel kısıtlama 2 senenin sonundaki adipozite indikatörleriyle ilişki göstermez iken başlangıç adipozite indikatörleri, iki yılın sonunda elde edilen bilişsel kısıtlama skorunda belirleyici olmuştur (de Lauzon-Guillain vd., 2006). Kısıtlama kuramına göre besin alımının beden ağırlığı ve fiziki görünümü kontrol altına almak için kısıtlanması epizodik aşırı yeme atakları ile döngüsel bir ilişki göstermekte ve kısıtlayıcı yeme tutumu obezite ve yeme bozukluklarının gelişiminde risk etkeni olarak değerlendirilen diyet yapma sıklığının artmasıyla sonuçlanmaktadır (Herman ve Polivy, 1980).

Belli yeme davranışlarının gelişmesinde genetik etkenlerin rolünü ele alan bir ikiz araştırmasında üç faktörlü yeme ölçeği kullanılmış olup bilişsel kısıtlama ile BKİ arasında güçlü pozitif korelasyon belirtilmiştir. Ayrıca yeme tutumlarında genetiğin rolü bilişsel kısıtlama için %59, kontrolsüz yeme için %45 ve duygusal yeme için %60 olarak belirtilmiştir (Tholin vd., 2005).

Tamamı kadınlardan oluşan 2997 katılımcı ile yürütülen bir çalışmada duygusal yeme, bilişsel kısıtlama ve kontrolsüz yeme artan beden kitle endeksi ile ilişkili bulunmuştur. Duygusal yeme skoru beden kitle endeksi 25'in üzerinde olan katılımcılarda en yüksek beden kitle endeksi 18.5'un altında bulunan katılımcılarda ise en düşük olmakla beraber bilişsel kısıtlama alt ölçeğinden alınan skorlar artan beden kitle endeksi skorları ile birlikte artış göstermiştir. Ortalama kontrolsüz yeme skorlarının ise aşırı zayıf, zayıf,

normal, kilolu ve obez olarak sınıflandırılan katılımcılar arasında farklılık göstermediği ifade edilmiştir (Anglé vd., 2009).

1.4.3. Yeme Bozuklukları

Günümüzde yiyeceklere, beden imgesine ve yemeye dönük ilgi ciddi şekilde fazlalaşmıştır (Aslan, 2001). Kişilerin yoğun ilgisinin de bazı bozukluklar ile alakalı olmaması mümkün değildir. Yemeye ilgili bozukluklar, bireyin kalıtsal, ailesel, sosyal, kültürel ve ruhsal etkenlerinin önemli bir role sahip olduğu uyumsuz yeme tutumuyla davranışlarıdır (Çakır, 2013). Kişiler bu uyumlu olmayan yeme tutumuyla davranışlarının neticesinde farklı farklı ruhsal ve fizyolojik problemler deneyimlemektedir (Vardar ve Erzengin, 2011).

DSM’de ilk 1980 senesinde çocuklukta ve ergenlikte başlayan bozuklukların alt başlıklarından birisi olan yeme bozuklukları DSM-IV teşhis kriterleri çalışmasında 3 başlıkta tasnif etmiştir. Ardından, DSM-5’te “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” teşhis grubunda daha detaylı bir şekilde toplamda 8 ana başlık altında tasnif edilmiştir: “kaçıngan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, Anoreksiya nervoza, geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu, bulimiya nervoza, tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu, tıkanırçasına yeme bozukluğu, pika, tanımlanmış bir diğer beslenme ve yeme bozukluğu” Bunlardan en başlıca olanları bulimiya nerzova ve anoreksiya nerzovadır. Anoreksiya nervoza, “az veya çok sistematik olarak yemek yemeyi kabul etmeyen ve psişik çatışmalara bir yanıt şekli olarak davranan yeme bozukluğu” şeklinde tanımlanır (Lacoste, 2017). Anoreksik kişilerde beden imgesi bozukluğu ana patolojidir bir de anoreksiklerin klinik tablosuna bakıldığında zaman zayıf olma isteğinin ve şişmanlama fobisinin öne çıktığı anlaşılmaktadır (Oğlağı, 2012). Birey, beden kitle indeksi açısından olması gerekenden daha düşük vücut ağırlığındayken de bedenini olması gerekenden büyük algılamaktadır ve kilo almaya yönelik yoğun bir korku yaşamaktadır(DSM-IV-TR). Anoreksiya nervozanın, kadınlarda erkeklere göre daha fazla görüldüğü ve 13-14 yaş ile 18-20 yaş aralığının en fazla görülen yaş grubu olduğu ifade edilmektedir (Lacoste, 2017).

DSM-5’teki anoreksiya nervoza 2 çeşittir: Kısıtlayıcı çeşit, bireyin yemeyi kısıtlayıp ya da çok fazla egzersiz yapıp kilo kaybettiği durumları ve aşırı derecede yeme/çıkarma

çeşidi, tekrarlayan tıkanırcasına yeme ve çıkarma dönemini kapsamaktadır. Öteki yeme bozuklukları gibi anoreksiya nervozanın da oluşmasında biyolojik, ruhsal, sosyal ile kültürel pek çok etkenin tesiri bulunduğu iddia edilmektedir (Castillo ve Weiselberg, 2017). Anoreksiya nervoza bozukluğu bulunan kişilerin dışarıya aksettiremediği ruhsal problemleri uyumsuz yeme davranışlarıyla dışarıya yansıttığına inanılmaktadır (Lacoste, 2017).

Bulimiya nervoza bozukluğunun özünde yineleyen tıkanırcasına yeme hadiseleri ve bireyin yemek yemeyi durduramadığı hissi vardır (Oğlağı, 2012). Anoreksiya nervoza gibi bulimiya nervozada da bireyin kiloyla zihni bir uğraşı vardır ama bulimiya nervozada olması istenenden daha az ağırlık bulunmaz. Bulimiya nervozanın daha çok görüldüğü yaşlar genel olarak 12-29'dur. Bulimiya nervoza rahatsızlığı bulunan kişiler ailelerince ya da doktorlarınca saptanamayabilir çünkü bu hastaların kiloları normaldir veya normalin üzerindedir. Bunun dışında anoreksiya nervozada menstrüasyon dönemlerinin hiç bulunmaması gibi medikal yardıma gereksinim hissedilebilecek herhangi bir sağlıkla alakalı bir şikayet bulunmayabilir (Castillo ve Weiselberg, 2017). Bulimiya nervozada kişiye eşlik eden hislerden kimileri suçluluk, kendisinden iğrenme ile depresif duygulardır. Bunlar, kontrolsüz bir biçimde yemek yemelerinin ardından ortaya çıkar ve kusma, laksatif kullanma gibi uygun olmayan telafi davranışlara neden olur. Anoreksiya ve bulimiya nervoza, genel olarak ruhsal, ailesel, toplumsal ve biyolojik etkenler ile ilgili faktörlere dayalıdır (Lacoste, 2017).

DSM-5'teki öteki yeme bozukluklarından biri de tıkanırcasına yeme bozukluğudur. Bu sorun, bulimiya nervozayla uygun olmayan telafi davranışları özelliğinin bulunmaması haricinde, birbirine benzer. Tıkanırcasına yemenin özünde yalnızca tıkanırcasına yeme davranışı vardır. Aşırı kilolu olan, beden imgesinden hoşnut olmayan, sıkça diyet yapan ya da kilo verme kamplarına dahil olan, ailelerinde obezite rahatsızlığı bulunan kişilerde tıkanırcasına yeme bozukluğuna rastlanır (Özsoy, 2017). Bu sorun, ilk defa DSM-5'te açıklanmıştır. Pika genel olarak küçük çocuklarla hamile kadınlarda sıkça rastlanan bir yeme sorunudur (Morrison, 2016). Geri çıkarma bozukluğu bireyin yediklerini midesinden yukarıya çıkararak yeniden çiğnemesidir ve "ruminasyon" şeklinde de isimlendirilmektedir. Kaçınan/kısıtlı yiyecek alım bozukluğunda birey, yeterince yemek yemez ve bununla ilişkili olarak kilo kaybeder ve kilo almaz (Morrison, 2016).

1.4.4. Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Yeme bozukluklarının son yıllarda gündemde olmasının başlıca sebepleri arasında, hayati önem taşıması ve toplumda görülme sıklıklarının gittikçe artması yer almaktadır (Herzog ve Eddy, 2007). Eşik altı şeklinde ifade edilen, bozukluğun tanı alacak kadar şiddetli olmadığı durumlar da göz önünde bulundurulduğunda, düşünülen sayının daha da artacağı çıkarımında bulunmaktadır (Yücel, 2009).

Toplumlar; coğrafi konumları, toplumsal baskı, gelenek ve görenekler gibi çok farklı etkenler ile beslenme düzenlerini değiştirmekte, farklı uygulamalar ortaya koymaktadır (Vardar ve Erzengin, 2011). Buna rağmen tüm toplumlarda yeme bozukluklarının ortak paydası, popülasyonun kadın ve genç nüfusunda sayıca fazla olmalarıdır (Hoek, 2006). Amerika’da gerçekleştirilen epidemiyolojik çalışmaların sonucunda, toplumda anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğunun halk arasında hayat boyunca yaygınlığı sırası ile kadın bireylerde, %0.9, %1.5 ve %3.5; erkek bireylerde %0.3, %0.5 ve %2 şeklindedir (Hudson vd., 2007). Kjelsas ve arkadaşlarının 2004 yılında yayınladıkları makalenin verilerine göre; 14-15 yaş aralığındaki kızların yaşamları boyunca herhangi yeme bozukluğu geliştirme oranı %17.9, erkeklerinse %6.5 olduğu bildirilmiştir. Kızlarda, bu oranı %14,6’yla başka şekilde isimlendirilmeyen yeme bozukluğu, %1,5’le tıknırcasına yeme bozukluğu, %1,2’yle bulimiya nervoza ve %0,7 ile anoreksiya nervoza oluştururken, erkeklerde oranın dağılımı %5 başka bir şekilde isimlendirilmeyen yeme bozukluğu, %0,9 tıknırcasına yeme bozukluğu, %0,4 bulimiya nervoza ve %0,2 anoreksiya nervoza şeklindedir.

Allen, Byrne, Oddy ve Crosby’nin 2013 yılında yayınladıkları makalede ise DSM-IV ve DSM-V Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri arasında gerçekleştirilen karşılaştırmanın sonuçları ortaya konmuştur. Araştırmaları sonucunda, DSM-V’in hastalıkları tanılamada daha spesifik yaklaşımı sayesinde, bu alanda DSM-IV’ten üstünlüğü belirtilmiştir (Allen vd., 2013).

Edirne’de ergen popülasyonu ile gerçekleştirilen araştırmada, yeme bozukluğu nokta yaygınlığı %2.3 bulunmuş, veri değerlendirmesi sadece kızlar için yapıldığıdaysa oran %4’e yükselmiştir (Vardar ve Erzengin, 2011) Sivas’ta, 18-44 yaş aralığında

gerçekleştirilen araştırmada ise yeme bozukluklarının nokta yaygınlığı %1.5 olduğu görülmüştür (Semiz vd., 2013).

Örneklemini üniversite öğrencileri olarak belirleyen Şanlıer, Yabancı ve Alyakurt'un araştırma sonuçlarında, kadınların %25.7 erkeklerde ise %20.4'ünün yeme bozuklukları için yüksek risk grubunda yer aldığı bildirilmiştir (Şanlıer vd., 2008). Verilerin ortalaması alındığıdaysa kişinin yeme bozukluğuna sahip olma riskinin %22.8 olduğu görülmektedir. Özellikle genç kadınlarda sıklıkla görülen yeme bozuklukları, erkeklere nazaran on kat daha fazladır. Anoreksiya ve bulimiya nervoza olgularının %75'inin, tıknırcasına yeme bozukluğunun ise %50'sinin başlangıç yaşının 22'den küçük olduğu tespit edilmiştir (Hudson vd., 2007).

1.4.5. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi

Son yıllarda yapılan çalışmalara bakıldığında, yeme bozukluklarının etiyolojisinde tek bir nedenden çok birden fazla faktörün rol aldığı düşünülmektedir. Bu tip sorunların gelişimi için güncel bilgiler çok yönlüdür, diyet yapmanın yeme bozukluğunun gelişmesine neden olan ortak uyaran olduğu ifade edilmektedir. Biyolojik yatkınlık, ruhsal etkenler ve toplumsal problemler kimi zaman diyet yapmaya neden olmakta ve açlığın tesirleri, kilo kaybıyla ve beslenme sorunlarıyla beraber ruhsal değişiklikler de belirlemektedir. Uyumlu olmayan yeme davranışının ruhsal ve fizyolojik pekiştireçleri, özdeki fonksiyonu bozulan yeme bozukluklarının döngüsünü sürdürmektedir (Maner, 2001). Bütün bu bilgiler çerçevesinde yeme bozukluklarına biyopsikososyal yaklaşım açısından bakılmaktadır. Biyolojik ve ruhsal yatkınlık, ailevi durum ve toplumsal şartların etkileşimi yeme sorunlarındaki ana risk etkenleridir (Siyez, 2006).

Tarihsel süreç içerisinde hastalığın psikolojik faktörlerini çok açıklayan birçok kuram olmuştur. Hastalığı cinsellik ve büyüyip cinsellik kazanmaya karşı duyulan korkuya bağlı olarak yemek yemenin reddedilmesi veya çocuk bedeninin korunması çabası olarak açıklayan kuramlar gibi, yemeye karşı gelişen olumsuz tutumu fobik bir kaçınma olarak açıklayan kuramlar vardır. Gelişimsel kuramlar ise yeme bozukluklarını çocuğun özerklik kazanmasına izin vermeyen anneye karşı çocuğun özerklik kazanabildiği tek alanın yeme davranışı olması ile açıklarlar. Bilişsel davranışçı kuramlar ise yeme bozukluklarını beden ile ilgili rasyonel olmayan inanç ve değerlerle açıklarlar. Hastaların düşük benlik

değerine, mükemmeliyetçi kişilik özelliklerine, obsesyonel ve esnek olmayan düşünce biçimlerine sahip oldukları ve kişilerarası ilişkilerde güvensiz ve aşırı uyumlu oldukları bildirilmiştir (Kabakçı ve Demir, 2001). Ayrıca yeme bozukluğu olan kişilerin öykülerinde travma, cinsel istismar ve alay edilme hikayeleri olduğu belirtilmiştir (Polivy ve Herman, 2002). Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza hastalarının benlik değerlerinin çok düşük olduğu ve benlik değerlerini kilolarına endeksledikleri, kişilerin kilolarının toplumsal ideallere uymadıkları halinde kendilerini değersiz hissettikleri bildirilmiştir (Siyez, 2006).

Yeme bozuklukları cinsiyet faktörü açısından incelendiğinde erkeklerde kızlara göre 8-12 kat daha az görülmektedir. Kadınlar ile erkekler arasında görülme sıklığının en çok fark ettiği psikiyatrik hastalıktır. Bunun nedeni olarak genç kızların bilhassa ergenlikte deneyimledikleri bedeni değişimdir. Bu evrede göğüsler belirginleşmekte, kalça genişlemekte, vücudun yağ oranı artmakta ve birey kilo alarak ideal ölçülerinden uzaklaşmaktadır (Siyez, 2006).

Toplumundaki normların yeme bozukluklarının etiyolojisinde önemli olduğu bilinmektedir (Siyez, 2006). Düşük vücut ağırlığının toplumsal kabul ve beğeni sağladığı toplumlarda yemeye ilgili bozuklukların sık bir biçimde görüldüğü ifade edilmiştir. Kültürle medyanın kadının güzelliğiyle ilgili olarak sunduğu kişiler zayıflığa çok önem vermektedir ama bireyin bu değerleri ne denli içselleştirerek patoloji geliştirip geliştirmeyeceği öteki etkenlere dayalıdır (Polivy ve Herman, 2002).

Anoreksiya nervoza geliştiren kişilerin ödipal çatışmayı çözme konusunda başarısız olduğu, bunun arkasında anne ile tesis edilen ilişkilerin bulunabileceği gibi annenin babayı işaret etmesiyle babanın da fonksiyonel olarak rollerini yapamayışının bulunabileceği ifade edilmektedir. Baba, anoreksiya nervozanın ortaya çıkmasında ve ilerlemesinde ciddi bir etkisi bulunur. Anne ile olan münasebetin önemi kadar babaya ait fikirlerin de kız çocuklarda yemeye, hamilelik hayalleriyle, ödipal çatışmaların çözümlenmesiyle, fallusa sahip olma isteğiyle ve anneyi devre dışı bırakıp babaya sahip olma hayaliyle direkt olarak bağlantılıdır (Sesverir, 2015). Bulimiya nervozalı kişilerin ilk nesne ile ayrılıklarını gerçekleştiremediği, ilişkilerindeki aksaklıklar ile ilgili olarak formu bozulmuş bedensel tasarımlara daha çok yer verdiği, narsistik türde dayanak alma

gereksinimi bulunduğu, tüm ve bağımsız bedeni dizayn etme zorluğu yaşadıkları ve nesne yitimine dönük kaygıların daha fazla olduğu ifade edilmektedir (Pirim Düşgör, 2007).

Yeme bozukluğu bulunan kişilerin annesinin bu sorunu deneyimlemeyenlerin annesine göre çok daha koruyucu ve öteki kişileri kabullenmelerinin az olduğu, babalarına genel olarak uzak ve anneye baba arasında suni bir ilişkisinin bulunduğu iddia edilmiştir. Pek çok araştırmada yemeyle ilgili bozuklukların etiolojisinde ve sonrasında aile yapısıyla aile fonksiyonunda bozulmaların bulunduğu fikri vardır. Ailedeki iletişimin, anne baba bakımıyla beklentilerinin düşük olması risk faktörüdür (Maner, 2010).

1.4.6. Yeme Bozukluklarına İlişkin Yaklaşımlar

Çağımızda yemeyle ilgili bozuklukları açıklayan yaklaşımlara bakıldığında bilhassa 2 yaklaşım üstünde durulduğu görülmektedir. İlki, psikanalitik yaklaşımdır. Brunc (1980), yeme bozukluğunun arkasındaki faktörlerden birisinin ödipal dönemdeki çatışmalar olduğunu belirtmektedir. Kişi, 3-6 yaş arasındaki çatışmalarına çözümler bulamamıştır. Bu da sonraki evrelerde bireyin hayatında regresif bir savunma oluşturmaya ve kaçınma davranışlarında bulunmasına yol açabilmektedir (Akyüz, 1999). Bilişsel davranışçı yaklaşımdaysa yeme bozukluğunun özünde kişilerin vücutlarına dönük algılarındaki problemler ve fonksiyonel olmayan şemalarının varlığı bulunmaktadır. Bunların duygusal bir yanı bulunmaktadır ve bireyin vücut görünümünü hayatının merkezine yerleştirdiğinden söz edilmektedir (Keskingöz,

1.4.6.1. Yeme Bozuklukları ve Psikanalitik Yaklaşım

Yeme bozukluğuyla alakalı psikanalitik açıklamaların başında, yeme reddine dönük davranışların altında bulunan savunma mekanizmalarının mevcudiyeti vardır. Bunun yanı sıra kişilerde rastlanan belirtiler bir travma durumunu simgelemektedir. Diğer taraftan yeme bozukluğu bulunan kişilerin cinsel dürtülerini kontrolde zorluk yaşaması ve bunun meydana getirdiği yetersizlikten dolayı bu tip bir problem yaşadığına dönük düşünceler de vardır (Oral, 2006).

Çağdaş psikodinamik yaklaşım açısından incelendiğinde de nesne ilişkilerinin önemli olduğu görülmektedir. Bu yaklaşım, hayatın ilk senelerinde 2 ana evrenin mevcudiyetine dikkati çeker. İlki, ben ve ötekine dair ayrımın yapılabilmesi iken ikincisi diğer insanların

kendisinden farklı olduğunun kabul edilmesiyle ilgilidir. Bireyde nesnel gerçeklik süreci başladığı zaman ve öznel tüm güçlülük tam olarak gelişemediği zaman, birey kendini güçsüz hissetmektedir. Bu da öteki insanların kendisi üstünde daha güçlü olabileceğine dair inanca yol açmaktadır. Buradaki ana husus, iyi kötü ayrımıyla da alakalıdır. Tamamıyla iyi veya tamamıyla kötü düşüncesi bireyde kendisinin tam anlamıyla iyi olması gerektiğine olan inancının bulunduğunu da ortaya koymaktadır. Bu gerçekleştirmediği zaman iyilerle kötüler birlikte tutamayan kişi, tam olarak kötü olacağını inanacaktır (Keskingöz, 2002).

1.4.6.2. Yeme Bozuklukları ve Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Yemeyle ilgili bozukluklar, bilişsel davranışçı yaklaşımlarla da açıklanmaktadır. Bilassa bulimiya nevroza teşhisi konan bireylerin aç kalma teşebbüsünün tıknırcasına yemeye bir tepki olduğu ifade edilmiştir. Birey, kimi telafi davranışları sergilemekte ve böylece aldığı kiloları vereceğini düşünmektedir. Bir başka nokta bireyin yetersizlik hissinin neticesinde yeme bozukluğu yaşamasıdır. Kişi, kalori almaktan korkmaktadır ve bununla alakalı olarak aşırı seviyede bir endişe yaşamaktadır. Yeme bozukluğunun gelişimiyle alakalı önemli noktalardan birisi de ergenlik dönemidir. Ergenlik bireyin başkalarınca nasıl görüldüğüne önem verdiği, başka insanların beğenisini ve onayını kazanmak için çabaladığı bir süreçtir. Bu gayret, aşırı düzeye vardığı zaman bilhassa kız çocuklarda aneksiya nevroza oluşabilmektedir (Keskingöz, 2002)

1.5. Duygu Düzenleme Becerileri

1.5.1. Duygu Düzenlemenin Tanımı

Sosyal hayat içinde biz kontrol etsek de etmesek de duygularımız değişim halindedir. Trafikte bir anda önümüze kıran bir sürücü sinirlenmemize hatta paniklememize neden olabilirken eve varıp bebeğimizin gülüşünü gördüğümüzde yatışıp rahatlayabiliriz. Kişiler de kendilerini devamlı etkileyen ve davranışlarına yansıyan duygularını sosyal amaçlarla kontrol etme eğilimine girerler. Duygu düzenlemesi genellikle, duygusal deneyim, biliş, tepki ve / veya fizyolojiyi uyarmak, azaltmak, uzatmak veya yoğunlaştırmak için yapılan girişimleri kapsar (Gross ve Thompson, 2007). Bu kavram geçtiğimiz yüzyılda, Sigmund Freud gibi ego araştırmacıları, Bowlby gibi bağlanma

kuramcıları ve Lazarus ile Folkman gibi başa çıkma kuramcıları tarafından ele alınmış olup günümüzde, biyolojik, kognitif, gelişimsel, kişilik, klinik ve sağlık psikolojisi alanlarında önemli bir konu olarak görülmektedir. Google akademik adlı akademik arama motorunun çıkardığı bilgilere göre, bu kavram ile ilişkili 2018 yılından beri 25 binden fazla yazı yayınlanmıştır.

Duygu düzenleme kavramı duyguları düzenlemek için kullanılan stratejileri ifade eder. Geçtiğimiz yüzyılda birçok model ve teori duygu düzenleme stratejilerine değinmiş ve bunları işlevsel ve işlevsel olmayan stratejiler olarak ayırma eğilimine girmiştir. Her kuramcı kendi araştırma konusu bağlamında bir stratejinin işlevselliğini sorgulamıştır. Çalışmanın bu bölümünde meta analizler ve nitel incelemeler yoluyla yaygın olarak kullanıldığı belirlenen duygu düzenleme stratejileri tanıtılacak ardından bunların işlevselliklerini sportif uyum ve performans bakımından karşılaştıran çalışmalara yer verilecektir(Gross ve Thompson, 2007).

1.5.2. Duygu Düzenleme Becerilerini Etkileyen Faktörler

Duygu düzenlemede, içsel ve dışsal faktörler gelişim açısından büyük önem taşır. Kişinin aile tutumları, kardeş, bağlanma ve akran ilişkileri, yaşamış olduğu kültür dışsal faktörleri oluştururken, kişinin mizacı, bilişsel ve bireysel özellikleri içsel faktörleri olarak duygu düzenleme becerilerini etkilemektedir (Fox ve Calkins, 2003).

Mizaç:Kişinin erken yaşlarda farkedilmiş olup hayat boyu devamlılık göstere davranış tarzları, duyguları, uyaranlara karşı göstermiş olduğu karakteristik yön sahibi olan tepkileri ve bu tepkilerdeki değişmeyen kişisel farklılıkları kişinin mizacı olarak tanımlanır (Berk, 2015).

Temeli biyolojik etkilere bağlı olduğu kabul edilen ve hayat boyu devam eden davranışsal eğilimlerin toplamı mizaç olarak adlandırılır (Goldsmith vd.,1987). Mizaç, kişinin erken dönem yaşamında kendini göstererek , kişinin ileri dönem yetişkinliğine dair ipuçları taşır (Plomin ve Buss, 1984). Bazı mizaç özellikleri, kalıtsal özellikler olarak kabul edilebilir veya çevresel faktörler açısından yeniden şekil alabilir.

Kişiler davranışları ve duyguları düzenlemede mizaç açısından birbirinden farklı görünebilir. Çocuk mizaç sayesinde ev, okul veya diğer sosyal ortamlarda kendine has duygusal tepkiler gösterebilir, davranış tarzı geliştirebilir (Rothbart vd, 1994). Mizaç, kişiye bir takım kolaylıklar veya güçlükler katabilir, zor yaşam koşullarının olumsuz etkilerinden çocukları koruyabileceği gibi bazı psikolojik rahatsızlık yaşama oranını da artırabilir (Berk, 2015).

Kişiliğin gelişiminde önemli role sahip duygu donanımı ve tepki durumu gibi davranış ve reaksiyonları kişilik durumuyla ilişkilendirme durumu mizacın etkilerindendir (Boyd ve Bee, 2014). Alexander Thomas ve Stella Chess'in gerçekleştirdiği boylamsal çalışmada, mizaç gelişimi ile ilgili önemli çalışmalara yön verilmiştir (Clark ve Watson, 2008). New York çalışması boylamsal sonuçlarına göre, çocukların davranışları mizacın dokuz boyutunda incelenmiş, bazı özelliklerin kolay mizaçlı, zor mizaçlı ve yavaş ısınan mizaçlı şeklinde üç çocuk kişilik tipini gün yüzüne çıkardığı belirtilmiştir (Prior vd., 2001). Buna karşıt olarak, çocukların %35'inin mizaç özellikleri bu sınıflardan herhangi birine dahil olmayıp özgün bir duruş yansıtmaktadır (Berk, 2015).

Duygu düzenleme becerileri, mizaç özellikleri tarafından önemli ölçüde etki almaktadır. Okul öncesi dönemde, New York boylamsal araştırmasında değinilmiş olan boyutlardan "sebatkarlık, tepkisellik, ve sıcakkanlılık" ın duygu, davranış düzenleme becerilerini etkilediğini yansıtmaktadır (Yağmurlu vd., 2005). Mizaç, bu özelliğiyle çocukların davranış sorunlarını etkileyen en önemli husustur (Denham ve Burton, 2003). Olumsuz duyguları yansıtırken yüksek tepkiselliği olan, yani sinirlilik hali olan ve olumsuz duygularını oldukça yoğun tepkilerle yansıtan çocuklar diğer insanlarla olumlu ilişki kurma konusunda zorluk çekip, duygularını düzenlemede desteğe alma gereksinimi duyarlar (Thompson, 1994).

Yüksek tepkiselliği olan çocukların, duygu düzenleme becerileri olumsuz etkilense bile, sebatkarlık sayesinde çocuklar duygu düzenleme becerileri arasında olumlu bir ilişki vardır. Yeni durumlara yaklaşma eğilimini ifade eden sıcak kanlılık, duygu düzenleme becerileri üzerinde etkilidir. Yüksek sebatkarlık ve sıcakkanlılık gösteren bireylerin güçlü bir duygu düzenleme becerisine sahip oldukları düşünülür (Eisenberg vd., 1995).

Bağlanma: Özel bir kişiye karşı uzun süreli duyulan güçlü yakınlık duyma durumu bağlanma olarak adlandırılmaktadır. Çoğunlukla stresli dönemlerde kurulan bu bağ özel birine karşılık yakınlık hissetme halidir ve kişi kurduğu bu yakınlık ile stresli dönemlerde onların vermiş olduğu destek ile rahatlarlarken, etkileşim içinde olduğu zamanlarda mutlu ve rahat hisseder (Berk, 2015).

Bağlanma, bağlanma kuramı bilgilerine göre kişinin ilişkisinin niteliği, bakım veren kişi ile bebeğin arasındaki güven, destek ve iletişiminin derecesiyle ilgilidir. Bakım veren kişilerin çocuğun ihtiyaçlarıyla ilgili duyarlı olması , ihtiyaçlarının düzenli karşılanması güvenli bağlanmanın oluşumunu sağlamaktadır. Güvenli bağlanma, kişinin ileri dönem yaşlarda psikolojik ve duygusal gelişim açısından önemli rol oynar. Eğer çocuk bakım verenler tarafından korunmuyor, beslenmiyor veya güven gibi ihtiyaçları düzenli olarak karşılanmıyorsa, tutarsız davranışlar sergileniyor ise güvensiz bağlanma oluşur. Olumsuz ebeveyn tutumları ile gerçekleşen bağlanma stili güvensiz bağlanma olarak adlandırılmaktadır (Thompson ve Meyer, 2007).

Bebeğin ihtiyacı olanların doğru şekilde anlaşılıp, düzenli olarak karşılanması ile ebeveynle güvene dayalı ilişki kurulur, kurulan bu ilişkiyle bebeğin duygusal gelişimi desteklenir. Bu nedenle, çocuğun duygu düzenleme becerilerinin gelişiminde, bebek ile birlikte bakım veren kişi arasında oluşan bağlanma türleri önemli rol oynamaktadır (Gross veThompson, 2007). Bağlanmanın temeli bebek ile anne arasındaki duygu düzenleme ilişkisine dayanır. Bebek annenin düzenleyici işlevini farkettiğinde, yeni olaylara karşın tutarlı reaksiyonlar göstermeye başlar (Schore, 2000).

Güvenli bağa sahip çocuklar, korku ve kaygılarını kontrol altında tutarak, olumsuz olaylarla karşılaştıklarında nasıl baş edecekleri ile ilgilenirler ve sahip oldukları olumsuz duyguları fırsata çevirebilirler. Olumsuz duyguları kontrol altına alamayan ve güvensiz bağ sahibi çocuklar ise duygu düzenleme ile ilgili problem çözme durumunda yetersiz olabilirler (Şahin ve Arı, 2015). Güvenli bağlanma stiline sahip olan aileler, çocuklarının rahatsız edici duygularını ifade etmelerini destekler ve onlara duygularını kabul eden davranışlar sergilerler. Bu da çocukların duygularının farkına varmalarını ve duygu düzenleme yetilerinin gelişimini destekler. Güvensiz bağlanma stiline sahip olan ailelerde ise, çocukların duyguları dikkate alınmaz, duygusal ifadelerine karşı eleştirici hatta

cezalandırıcı olumsuz tavırlar sergilenir. Bu, güvensiz bağlanan çocukların duygu düzenleme becerinde yetersizliğe sahip olmasına sebep olmaktadır (Thompson ve Meyer, 2007). Etkili duygu düzenleme yetisine sahip olanlar, pozitif ruh sağlığı ile ilgilidir ve duygu düzenleme becerilerindeki bu olumsuzluk bazı bozukluklara sebep teşkil etmektedir. Duygu düzenleme becerilerin yetersizliği ile duygu durum ve aksiyete bozuklukları, depresyon aynı zamanda yeme bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi ruh sağlığı rahatsızlıkları oluşabilmektedir. Son olarak, güvenli bağ sahibi çocuklar, güvensiz bağlanan çocuklara göre daha da yüksek duygu düzenleme becerisine sahip olduğu sonucuna ulaşılabilir (Şahin ve Arı, 2015).

Çocuk ile ilgili kişisel bazı özellikler ve çevresel özellikler de duygu düzenleme becerileri ile ilgili etkili olabilecek unsurlardandır.

Cinsiyet: Kızlar ile erkekler yaşadıkları olayları değerlendirmede birbirlerinden farklı duygu düzenleme tekniklerini kullanırlar. Kızlar erkeklere oranla daha duygusal ve sosyal destek barındıran stratejiler kullanırken erkekler daha çok dikkat yoğunlaştırır ve bilişsel değerlendirme stratejilerini kullanırlar. Erkekler kızlara göre duygularını ifade etmekte daha net, zaman zaman saldırgan olurken, kızlar olumsuz duyguları üzülmeye ve ağlama gibi tepkilerle daha sakin şekilde yansıtır. Kız çocuklarının duyguları anlama ve ifade yeteneği erkeklere göre daha başarılı olduğu söylenmektedir (Eisenberg vd., 2004).

Duygu düzenleme becerileri içindeki bu cinsiyet farklılığı, bebeklikten itibaren net olarak görülmektedir (Raikes vd., 2007). Daha önce yapılmış çalışmalar, kız çocuklarının olumsuz duyguların düzenlemede erkek çocuklara göre daha başarılı olduklarını gösterir. Erkek çocukların duygu düzenlemede zorluk yaşaması, problem davranış sergilemelerine sebep olmaktadır (Garrett-Peters ve Fox, 2007).

Yapılan çalışmalar, hayatın erken dönemlerinde kız ve erkeklerin, sosyal etkileşimde daha çok hangi duygusal ifadelerin kabul edilebilir olduğuna ilişkin birbirinden farklı çıkarımlar yapabileceğini göstermektedir. Erkek çocuklardaki duyguları dışa vurmamak gerektiği ile ilgili inanç, duygularını yansıtmada konusunda daha fazla desteğe ihtiyaç duyduklarını göstermektedir (Underwood, 1997).

Çevre: Çocuğun ailesinin tutumları, yaşamış oldukları çevre, davranış stilleri veya arkadaş çevresi kişinin kendi veya başka kişilerin duygularını anlamada, ifade etmesinde oldukça önemli bir role sahiptir (Thompson, 1994).

Çocuk bulunduğu çevreki kişilerin duygularını yansıtmaya ve yönetmesini gözlemleyip model alabilir. Yapılan çalışmalar gösteriyor ki, duygularının yönetiminde zorluk yaşayan anne babanın çocukları da aynı sorunları yaşayabiliyorlar. Çocuğa bakım veren kişi veya kişilerin duygu düzenleme yetisinin olması çocukların bu beceriyi kazanmasında oldukça önemli bir role sahiptir. Olumlu tutum ve sıcak kanlı davranış gösteren ailelerin çocukları da duygu düzenleme konusunda başarı gösterirler (Altan, 2006).

Bakım gösteren kişiler, çocuğuna model olmanın dışında aynı zamanda çocuğun kendi duygu düzenleme stratejisinin de oluşmasına katkıda bulunurlar. Çocuğunun duygularını anlayıp, karşılığında olumlu cevaplar veren ebeveynler, çocuklarının daha doğru tepkiler veren, keşife hazır bireyler olduğu ve duygu düzenleme becerilerinin fazla olduğu saptanmıştır. Çocuğunun duygu ve isteklerini farketmeyen ebeveynler de çocuklarının daha fazla stres ve kaygı sahibi olmasına sebep olabilirler. Ek olarak, bakım verenlerin duygusal durumu da çocukların duygu düzenlemeyle ilgili olumlu veya olumsuz etkiye sebep olmaktadır. Olumlu duygusal duruma sahip aileler çocuklarının olumsuz olarak adlandırılan duygularını düzenlemesinde etkindir (Eisenberg vd., 2001). Düşük hayat şartları da ailelerin duygu durum becerilerini olumsuz yönde etkilediğinden dolayı düşük hayat şartlarına sahip olan çocukların da yetersiz duygu düzenleme becerilerine sahip olduğu saptanmıştır (Raikes vd., 2007).

Kültürel normlar ile yaşadığın toplumda sahip olduğun sosyal deneyimler, duygu düzenleme stratejilerinin şekil almasında önemlidir. Kültürel normlar, çocukların çevresindeki gözlemlenebilir davranışları yorumlamasına, ek olarak uygun durumuna karşı çıkarımlar yapmasında etkilidir (Underwood, 1997). Önceki çalışmalarda farklı kültürlerel özellikleri sahip kişilerin duygu düzenleme becerilerini kullandıklarını yansıtmaktadır. Kültürel yaklaşımlar bazı görüşleri desteklerken bazı inanışlar engellenebiliyor. Örneğin; Asyada fiziksel olarak acının dışa vurulması, duygusal acının dışa vurumuna göre daha çok destek görmektedir (Southam-Gerow, 2014).

1.5.3. Duygu Düzenleme Becerilerinin Gelişimsel Süreçleri

Çocuklarda duygu düzenleme becerileri pek çok farklı faktöre bağlı olarak gelişmektedir. Bunlar miza la anne baba gibi dış faktörler olduğu gibi içsel mekanizmalar da olabilir. 2-3 yaşında duygu düzenleme becerisini anneyle göz teması kurmak veya anneye sarılmak suretiyle gerçekleştiren  ocuk, ileriki yaşta kendisini yatıştırma, kendine dokunma, kendisini uyarma, huzursuzluk, nefret bakışları vb. davranışlarla duygularını düzenleme girişiminde bulunmaktadır (Premo ve Kiel, 2014). Pek çok aile, bu tür durumların karşısında davranışlara odaklanıp, söz konusu davranışları düzeltmek istemektedir. Ancak davranışları tetikleyen hislere odaklanıp çocuklara duygu düzenlemenin ne olduğu öğretilmelidir. Duygu düzenleme becerisini öğretmek, sadece öfke nöbetlerini durdurmak veya kaygıyı kontrol etmek değildir. Aynı zamanda o duyguyu nelerin tetiklediğini anlamak ve duyguları diğer insanlara yansıtmaksızın neler yapılabilceğini öğretmektir (Hurley, 2018).

Duygu düzenleme becerilerinin cinsiyet bağlamında değişip değişmediğini anlamak üzere gerçekleştirilen bir deneyde çiftler evlilikleri esnasında çatışmaya neden olan bir konuda tartıştırılıp bu tartışma kaydedilmiştir. Videonun bitiminde kayıt  iflere ayrı ayrı seyretilirmiş ve onlarda tartışma esnasındaki hislerini açıklamaları istenmiştir. Daha sonra video bir defa daha seyretililerek eşlerinin hislerini anlamaları istenmiştir. Karşılıklı olarak verilen yanıtlar karşılaştırıldığında çiftlerin birbirinin hislerini isabetli bir biçimde yakaladığı anlaşılmıştır. Ayrıca erkek bireylerin kadın bireyler kadar başarılı olduğu fark edilmiştir. Deneyin sonucunda ulaşılan verilerden hareketle kadın bireylerin duygularını anlatmak üzere mimik ve kelimeleri daha  zg r bir biçimde kullandığı fakat erkek bireylerin hislerini gizlemeyi, yok sayarak kendilerini tutmayı seçtikleri anlaşılmıştır (Gottman, 2018).

Chang vd. (2003), çocukların duygu düzenleme becerisini toplumsal bilgi süreç modeliyle izah etmiştir. Bilgi süreç yaklaşımı, çocukların meydana gelen durumlara cevap vermek üzere toplumsal işaretleri yorumladığını varsaymaktadır. Söz konusu yaklaşım 5 adımdan müteşekkildir. Çocuğun dikkatini işaretlere verip bu işaretleri algıladığı adımı 1. adım olarak kabul eder. Bunu izleyen 2. adımda  ocuk elde ettiği bilgileri yorumlar. 3. adımda, yorumunu yaptığı durumlar karşısında vereceği davranış

içerikli tepkilere karşılık arar. 4. adımda, aradığı karşılığı bulup bir davranış sergilemeye karar verir. 5. adımdaysa 4. adımdaki davranışı taşır (Onat ve Otrar, 2010).

Erken çocuklukta okulun başlaması ile çocuklar değişik yerlerde vakit geçirmeye başlamakta, yeni arkadaşlarla tanışmakta ve yeni şeyler öğrenmektedir. Onlar için okul eğlencelidir fakat uzun müddet öğretmenlerin anlattığını dinlemeleri lazımdır, arkadaşları da onlar için eğlencelidir fakat bazen arkadaşları kalbini kırabilir. Bütün bu duygularla mücadele edebilmek üzere çocuğun duygu düzenleme konusundaki becerisini geliştirmesi lazımdır. Söz konusu beceri erken çocuklukta en büyük gelişim sahasıdır. Bunun kazanılabilmesi için en uygun şart arkadaşlık ilişkisidir. Oynamayı, paylaşmayı, kendini daha açık bir biçimde anlatabilmeyi, sorunları çözümlemeyi, başka insanların hislerine anlayışla yaklaşabilmeyi bu ilişkilerle öğrenir (Gottman, 2018). Kısacası çocuklar, toplumsal manada beceri elde edebilmek üzere evvela duygusal becerileri kazanmalıdır çünkü sorunların oluşturduğu duygusal neticeleri daha iyi kavrayıp hislerini bu sayede yönetmekte ve sorunlarını düşünüp çözebilmektedirler. Fakat çocuklar kendilerinin ve başkalarının duygularını yanlış anladıklarında sorunlara yanlış çözümler bulmaktadır. Pek çok yaklaşımdan da anlaşıldığı gibi hisleri tanıma ve anlama toplumsal becerileri geliştirmektedir (Durmuşoğlu Saltalı, 2010).

Duygular tanıma ve ifade etme becerisi, duygusal kontrol becerisinin özünü oluşturmaktadır. Hislerini kontrol etme becerileri, çocukların bireysel gelişiminden toplumsal gelişimine, beraber oldukları insanlar ile ilişkilerini devam ettirebilmelerinden hayatın onlara hazırladığı zor sürprizler ile mücadele edebilmelerine dek giden, onların hayatlarının hemen her anı üstünde çok etkili olan bir beceri türüdür. Hislerinin farkında olan kişiler, bu durumun kendilerinin üzerindeki tesirini anlayarak uygun davranışları göstermek üzere gayret gösterirler. Yetişkinlik döneminde “Şimdi ne hissediyorum?” sorusunun yanıtının bulunamama nedeni hayatın ilk senelerinde hislerin bastırılması ve yeteri kadar ifade edilememesidir. Yani çocukları yeni yaşam tecrübelerine hazırlar iken onlara kazandırılması gereken en önemli beceri hislerini algılamalarını sağlamaktır. Hislerini algılayabilen çocuklar, hayatın zor zamanlarında kendilerini ve hislerini doğru değerlendirip yanlış davranışlardan uzaklaşmakta, şuurlu davranmaktadır çünkü duygusal bakımdan sağlıklı olan çocuklar, kendilerini daha iyi hisseder ve daha empatik

davranır. Bunun dışında daha az şiddet gösterirler, baskıya karşı koyma konusunda daha iyidirler, bundan dolayı davranış sorunları daha azdır (Yavuz, 2003).

1.5.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü

Verilen duygusal tepkilerin sosyal bağlamla ya da bireyin davranış ve psikolojik işlevselliği ile uyumsuz olmasını duygu düzenleme konusundaki güçlüğü işaretleri şeklinde incelemektedir (Han ve Shaffer, 2013). Başka bir deyişle, hayatımızdaki çeşitli durumlar hakkında özel düşüncelerimiz var. Bu düşünceler, durumun kişisel bir yorumudur ve nasıl tepki verdiğimiz ve olumsuz veya olumlu bir şekilde nasıl tepki vereceğimizi etkileyebiliriz. Aynı durum farklı insanlarda farklı düşünce ve duygulara yol açabilir. Bilişsel yeniden değerlendirme, daha iyi hissetmek için nötr ya da olumlu (faydalı) düşünceler bağlamındaki bir durumdaki olumsuz (yararsız) düşünceleri analiz etmeye ve dönüştürmeye odaklanan köklü bir tekniktir. Ruhsal dengenin bozulmasının en temel sebeplerinden biri bireyin hayattan soğuması ve hayatta hiçbir etkinlik göstermemesidir (Hökelekli, 2001). İnsan hayatı boyunca farklı farklı zorluklarla karşılaşır. Bazen güler, bazen üzülür, bazen ise ümitsizliğe kapılır. Ümitsizlik ise insanı karamsar yaparak depresyona, depresyon ise bireyin hayata olan inancının azalmasına ve intihara neden olabilir (Peker, 2010). Eğer heyecanlı ve telaşlı bir hayat bizi sinirlenmeye ve öfkelenmeye eğilimli yapmışsa, bu duyguları tanıyarak kendimizi kontrol etmeyi öğrenebiliriz. Yaşadığımız olumsuz deneyimler bizim toplumla ilişkimizi bozuyorsa sosyal beceriler kazanarak bunun önüne geçebiliriz. (Shapiro, 2004). Bradbury ve Shaffer (2012) genç yetişkinler üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada ise çocukluk döneminde duygusal ihmale maruz kalan bireylerin, mevcut romantik ilişkilerinde diğer bireylere göre daha fazla sorun yaşadıkları sonucuna ulaşmış ve bunun sebebi olarak da duygusal istismar ve ilişki memnuniyeti arasında aracı bir rol oynayan duygu düzenlemede görülen güçlükleri göstermişlerdir.

Lilly ve Lim (2013)'in gerçekleştirdiği bir araştırmada duygu düzenleme konusunda yaşanan zorluklarla ilişkili olarak somatizasyon, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğunu anlamlı bulmuşlardır. Bu araştırmaya göre bilişsel duygu düzenleme, stratejileri, incelenen tüm ruhsal bozukluklarda öncü yordayıcı olarak tanımlanabilir. Bununla beraber duygularını kontrol etme ve çevreyi algılayabilme tutumlarının ruhsal

sağlık üzerine etkilerinin, kaygılı bağlanma tarzını ve somatizasyonu ortaya çıkardığı da belirtilmiştir.

Yetişkinlikte ve çocuklukta farklı klinik görünümler arz etmekle beraber pek çok davranış ve uyum sorunuyla ilgili olduğu düşünülen duygu düzenleme becerilerinin çocukluk çağı aile içi etkileşimleri ile biçimlendiğinden bahsedilmektedir (Thomassin vd., 2015).

Durum seçme ve durum değerlendirme süreçlerinin birbirinde farklı olarak algılanması oldukça güçtür; ancak durum değiştirme, etkili bir biçimde yeni bir durum arayışına girme olarak ifade edilebilir. Durumları içsel ve dışsal olarak düşündüğümüzde durum değiştirme, fiziksel çevrenin ve bireyi dışarıdan etkileyen koşulların değiştirilmesi olarak belirtebiliriz. İçsel olarak gerçekleştirilen değişiklikleri bilişsel değişiklikler olarak ele alıp durum değiştirmeye dahil etmeyiz (Gross ve Thompson, 2007). Yetişkin bireylerle yapılan başka bir araştırmada ise çocukluk çağı travmalarının sebebi olarak duygu düzenleme ile depresif belirtiler gösterilmiştir. Duygusal istismar ve depresif belirtiler arasında duygu düzenleme bozukluklarının aracı bir rol olduğu belirtilmiştir (Crow vd., 2014).

1.6. İlgili Araştırmalar

1.6.1. Genel Sağlık Algısına Yönelik Yapılan Araştırmalar

Taşpınar'ın (2011) araştırmasında “sosyo-bilimsel tartışma destekli sağlık eğitimi etkinliklerinin ilköğretim 5. sınıf öğrencilerinde sağlık bilincinin oluşmasına ve içerik bilgilerinin gelişmesine etkisi var mıdır?” sorusunun yanıtı üzerinde durulmuştur. Sağlık ile alakalı pek çok kazanımın bulunduğu 5. sınıf fen ve teknoloji programındaki “Vücudumuz Bilmecesini Çözelim” ünitesi kullanılmıştır. Bu ünite, kontrol ve deney gruplarındaki katılımcılara 5 hafta boyunca anlatılmıştır. Deney ve kontrol grubundaki öğrencilere çalışmadan önce ve sonra olarak 2 kere içerik bilgisi testi ve sağlık bilinci anketi uygulanıp ,öğrencilerin içerik bilgisi seviyesi ve sağlık bilinci kazanımı arasındaki değişimler değerlendirilmiş ve şu sonuçlara ulaşılmıştır: “1.Sosyo-bilimsel tartışma destekli etkinlikler ile derslerin işlenmesi içeriğe dair bilginin yapılandırma modeldekine göre artmasını sağlamıştır. 2.Sosyo-bilimsel tartışma destekli etkinlikler ile derslerin işlenmesinin deney grubu öğrencilerinde sağlık bilincinin gelişmesinde etkili

olduğu ama deney ve kontrol grubu sağlık bilinci testi son testleri kıyaslandığında anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir.”

Bozdağ (2016) üniversite öğrencileri üzerinde sağlık kontrol odağı ve sağlıklı yaşam biçimi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu çalışmanın amacı üniversitede okuyan öğrencilerde sağlık kontrol odağıyla sağlıklı hayat şekli davranışları arasındaki ilişkinin tespit edilmesi ve sosyodemografik bilgilere göre farklılıkların incelenmesidir. Bu kapsamda yapılan anket çalışmasına İstanbul Üsküdar Üniversitesi’nde okuyan yaş ortalaması 20,62 olan 122 kadın ve 78 erkek toplamda 200 kişi dahil olmuştur. Analizler sonucunda manevi gelişim boyutu ile iç kontrol odağı arasında $r=0,221$, kişilerarası ilişkiler boyutu ve iç kontrol odağı arasında $r=0,197$ ’lik pozitif korelasyon, sağlık sorumluluğu boyutu ve güçlü başkaları kontrol odağı arasında $r=0,236$ değerinde pozitif korelasyon bulunmuştur. Sosyodemografik değişkenler için cinsiyet, tanıli kronik rahatsızlık olması, sınıf ve okunan fakülte değişkenleri için sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kontrol odağı boyutları ile ilgili farklılık bulunmuş.

Şimşekoğlu (2013) çalışmasında, Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde çalışan hemşirelerin sağlıklı hayat şekli davranışlarıyla sağlık endişesi düzeylerini belirlemek için kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan 206 hemşire teşkil etmiştir. Hemşirelerin sağlık endişesi puanlarının ortalaması düşük bulunmuştur ($54,5 \pm 0,78$). Yapılan çoklu regresyon analizi sonucu sağlıklı yaşam biçimi üzerinde evdeki fertlerin sayısı, çalışma müddeti ve hayatın büyük bir kısmının geçirildiği yerin belirleyici olduğu, sağlık kaygısı içinse mülkiyet durumu ve hanedeki birey sayısının belirleyici olduğu saptanmıştır. Bekar, 20-24 yaşındaki ve hayatının büyük bir kısmını köyde geçiren kişilerin spor yapma alışkanlıkları yüksek bulunmuştur. Evli ve 2 çocuğu olan hemşirelerin yeme içme alışkanlıkları iyi iken aylık ortalama 10-12 nöbet tutan kişilerin yeme içme alışkanlıklarının iyi olmadığı belirlenmiştir. Çalışma süresi bir yıldan az olanların kişilerarası destekleri yüksek düzeydedir. Geliri giderine denk olanların ve kronik hastalığı olmayanların stres yönetiminin iyi olduğu, işinden memnun olanların kendini gerçekleştirme düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bir çocuk sahibi hemşirelerin sağlık kaygısı yüksek bulunmuştur. Erkek bireylerin kaçınma davranışı, kadın bireylerin güvenlik arama davranış puanı yüksek çıkmıştır.

1.6.2. Sağlık Kaygısına Yönelik Yapılan Araştırmalar

Sağlık durumu ile ilişkili olan sağlık endişesi, kişilerin birçok davranışını etkilemektedir ve hayat kalitesini azaltmaktadır. Benzer şekilde, sağlık kaygısını da çeşitli faktörler etkilemektedir. Bu nedenle bu çalışmanın temel amacı, yetişkin bireylerde normal olmayan hastalık davranışları, hayat kalitesi, sağlık endişesi, endişe hassasiyeti, sağlık ile alakalı fonksiyonel olmayan inanışlar ve aleksitimi arasındaki ilişkileri sağlık kaygısının bilişsel davranışçı modeli ve literatür kapsamında incelemektir. 343 katılımcıyla yapılan çalışmada normal olmayan hastalık davranışları, hayat kalitesi, sağlık endişesi, endişe hassasiyeti, sağlık ile alakalı fonksiyonel olmayan inanışlarla aleksitimi arasındaki ilişkiler yol analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, sağlıkla ilgili kaygının kaygı hassasiyeti, sağlık ile alakalı fonksiyonel olmayan inanışlar, aleksitimi ve anormal hastalık davranışları ile pozitif; yaşam kalitesiyle negatif bakımdan ilişkisinin bulunduğu bulunmuştur. Kaygı duyarlılığıyla sağlık ile alakalı fonksiyonel olmayan inanışların sağlıkla ilgili kaygıyı yordadığı; sağlıkla ilgili kaygınsa normal olmayan hastalık davranışlarıyla hayat kalitesini yordadığı tespit edilmiştir. Bunun dışında, kaygı hassasiyeti ve sağlık ile alakalı fonksiyonel olmayan inanışların normal olmayan hastalık davranışları ile olumlu; kaygıyla ilgili duyarlılığın hayat kalitesiyle de olumsuz yönde ilişkisinin bulunduğu tespit edilmiştir. Kaygıyla ilgili duyarlılığın normal olmayan hastalık davranışlarıyla hayat kalitesini yordadığı saptanmıştır. Sağlıkla ilgili kaygının, kaygıyla ilgili duyarlılığın normal olmayan hastalık davranışlarıyla ilişkisinde kısmi aracılık; hayat kalitesiyle ilişkisindeyse tam aracılık ettiği anlaşılmıştır.

Karadayı (2020) çalışmasında ortoreksiye ile bozuk yeme tutumlarının beden imgesi, sağlık kaygısı ve obsesif inançlarla ilişkisini incelemiştir. Bu çerçevede, çalışmaya yaşları 18-45 arasındaki 203 kadınla 178 erkek gönüllü katılmıştır. Artan sağlık endişesi, sağlık ile alakalı uğraşlar ve görünüş ile alakalı hoşnutsuzluğun ortoreksiya ve yeme bozukluklarını yordadığı anlaşılmaktadır. İlave olarak, ortoreksiyayla yeme bozukluklarındaki artışı izah etmede en önemli payı alır iken; obsesif inanışlardan aşırı sorumluluk algısı/tehdit beklentisinin sadece ortoreksiyanın izah edilmesinde bir role sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Ünalan (2014) üniversitede okuyan öğrencilerin ruh sağlığıyla sağlık endişesi seviyelerinin sağlıklı hayat şekli davranışlarıyla ilişkisinin tespit edilmesi için tasviri bir

400 katılımcıyla bir çalışma yapmıştır. Çalışmanın neticelerine göre ruh sağlığı seviyesi yüksek olan öğrencilerle sağlık endişe seviyesi düşük olanların sağlıklı hayat şekli davranışları toplamının, öteki bağımsız değişken gruplara göre manidar seviyede fazla olduğu görülmüştür. Ulaşılan neticeler, algılanan sağlık seviyesi yüksek olan katılımcıların, öteki katılımcılara nazaran hayli düşük ruhsal problem seviyesi ile sağlık endişesi skoruyla daha yüksek sağlıklı hayat şekli davranışları skoruna sahip olduğunu ortaya koymuştur.

1.6.3. Yeme Tutumuna Yönelik Yapılan Araştırmalar

Pehlivan (2017) çalışmasında, yeme tutum inançları, yalnızlık düzeyleri ve bağlanma stillerinin yeme tutumu üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Araştırmanın örneklemini İstanbul Teknik Üniversitesi'nde okuyan 148 üniversite öğrencisi teşkil etmektedir. Yapılan analizlere göre, yeme tutumuna ilişkin olumsuz inançlardan “Kendini Kabul” ve “Yeme Üzerinde Kontrol” bağımsız değişkenlerinin varyansın %18’ini açıkladığı bulunmuştur. Yeme Tutumu Testinden alınan puanlar ile UCLA Yalnızlık, YİYE Kaygı, YİYE Kaçınma ve YTIÖ Olumsuz Kişisel İnanç ölçek ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında manidar bir ilişki bulunmazken; yeme tutumu ile yeme tutumuna ilişkin olumsuz inançlardan “Kendini Kabul” “Başkaları Tarafından Kabul” ve “Yeme Üzerinde Kontrol” alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Öztürk (2020) çalışmasında fitness’ın bireylerin yeme tutumları, vücut algıları ve obsesyonları üzerindeki etkileri araştırmıştır. Çalışmanın örneklemini; Fitness’a başlama düşüncesi olan, 0-2 senedir ve 2 sene ve üzeri süredir Fitness ile uğraşan bireyler oluşturmaktadır. Çalışmaya İstanbul ve Antalya’da bulunan Athletic-o ve Akdeniz Akademi spor salonlarından, yaşları 18-45 yaş aralığında olan 55’i kadın 95’i erkek; toplam 150 gönüllü katılmıştır. Araştırmanın bulguları, Fitness ile ilgilenme süresinin, kişilerin yeme tutumunu ve obsesyon-kompulsiyon değerlerini olumsuz yönde etkilediğine; vücut algısı yönünden ise kişilerde pozitif sonuçlar doğurduğuna işaret etmektedir.

Kaya (2019) çalışmasında aynı üniversitede okuyan 18-25 yaşlarındaki 303 öğrencinin yeme tutumlarıyla vücut algısı arasındaki ilişkide rasyonel olmayan inanışlarla ontolojik

iyi oluş seviyelerinin aracılık işlevleri incelenmiştir. Analizlerin neticesinde ulaşılan neticelere dayalı olarak üniversitede okuyan öğrencilerde rasyonel olmayan inanışlarla yeme tutumu arasında olumlu bir ilişki tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra ontolojik iyi oluşla yeme tutumu arasında olumsuz yönde ilişki belirlenir iken rasyonel olmayan inançlarla beden algısı arasında olumsuz yönde bir ilişki belirlenmiştir. Ontolojik iyi oluşla vücut algısı arasında olumlu yönde ilişki belirlenmiştir. Yeme tutumuyla vücut algısı arasında rasyonel olmayan inançlarla ontolojik iyi oluşun aracılık etkisine sahip olduğu tespit edilmiştir.

Üçüncü (2020) çalışmasında 22-57 yaşlarındaki 117 kadınla (%80,1), 29 erkek (%19,9) ile normal ve normal olmayan yeme tutumuna sahip kişilerde öfkenin ifade biçimi seviyelerinde bir farklılaşmanın bulunup bulunmadığı incelenmiş ve yeme tutumundaki yordayıcı ana değişkenler tespit edilmeye gayret edilmiştir. Çalışmanın bulgularında; yüksek lisans eğitimi alan öğrencilerin devamlı öfke - öfke ifade biçimiyle yeme tutumu seviyelerinin yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim dönemi, sosyoekonomik seviye vb. demografik bilgilerin yanı sıra çalışmaya katılanların gelir getirici bir iş yapıp yapmadıklarına kimlerle yaşamlarını sürdürdüklerine, kardeşlerinin sayısına, evin kaçınıcı çocuğu olduklarına, boylarına ve kilolarına, ulaşmak istedikleri ideal kilolara, eskiden ve şimdi psikiyatri kliniğine başvurup başvurmadıklarına; sigara, alkol ya da madde kullanıp kullanmadıklarına, beden kitle indekslerine bağlı farklılık göstermediği anlaşılmıştır.

1.6.4. Duygu Düzenleme Becerilerine Yönelik Yapılan Araştırmalar

Ülkemizdeki duygu düzenlemeyle ilgili çalışmalarda duygu düzenlemeyle alakalı olduğuna inanılan pek çok değişkenin tasviri yöntem ile incelendiği ve bu konuyla ilgili çalışmaların giderek popülerleştiği anlaşılmaktadır fakat duygu düzenlemeyle ilgili gerçekleştirilen bilhassa deneysel araştırmalar çok azdır. Söz konusu araştırmalarda geliştirilmiş olan programın lise öğrencileri üstündeki tesirinin ele alındığı sadece bir araştırmaya rastlanmıştır fakat genel olarak bu tip araştırmaların öğrenciler üstünde yapıldığı fark edilmiştir. Gerçekleştirilen çalışmalarda değişik yaş gruplarıyla da çalışılmıştır. Duygu düzenlemeyle alakalı deneysel çalışmalar şöyledir.

Altunbaş (2014) geliştirdiği mükemmeliyetçilik ile mücadele etme psiko-eğitim programının, üniversitede okuyan öğrencilerin zihinsel duygu düzenleme stratejilerini

kullanmasına ve mükemmeliyetçilik seviyelerine tesirini ele almıştır. Uygulamaları deney grubuna dahil öğrenciler ile 9 oturumda gerçekleştirmiştir ve programların, öğrencilerin zihinsel duygu düzenleme stratejisini kullanmasına ve mükemmeliyetçilik seviyelerine herhangi bir tesirinin bulunmadığı anlaşılmıştır.

Gülgez ve Gündüz (2015) “Diyalektik Davranış Terapisi” merkezli bir duygu düzenleme programı geliştirip söz konusu programın, üniversitede okuyan öğrencilerin duygu düzenleme zorluklarını azaltma konusundaki tesirini incelemiştir. 8 oturumda yapılan program ile farkındalık durumunu artırma, duygu düzenlemeyle ilgili becerileri geliştirme, sıkıntılara dayanma kuvvetini artırma ve bireyler arası ilişkilerde etkili olma becerisini kazandırmayı hedefleyerek 9 öğrenci ile gerçekleştirdikleri uygulamanın neticesinde, programın öğrencilerin duygu düzenleme zorluklarını azaltma konusunda etkili olduğunu belirlenmiştir.

Karataş (2016) çalışmasında yapılandırılmış grup sanat terapisi Programı’nın ergen bireylerin mutluluk seviyelerine, hislerini ifade etme temayüllerine, duygularını düzenleme güçlüklerine ve bunların psikiyatrik semptomlarına tesirini incelemiş, 15-18 yaşlardaki ergen bireylere 11 oturumda uygulamıştır. Uygulamanın neticesinde, bütün değişkenlerde deney grubu lehine manidar bir farklılığın bulunduğu fark edilmiştir. Deney grubunda yer alanların psikiyatrik semptom seviyesinde, düşmanlık alt boyutu; duygu düzenleme zorluğu seviyesinde, dürtü alt boyutunun azaldığı; mutluluk seviyesinde, olumlu duygu alt boyutunun; duygu ifade temayülleri seviyesinde, olumlu ve yakınlık boyutunun arttığını belirlemiştir.

Aktürk (2016) çalışmasında oyun merkezli psiko-eğitim programı geliştirmiştir ve programın boşanan ailelerden okul öncesi çocukların duygu düzenleme becerileri üstündeki tesirini ele almıştır. Araştırmanın deney grubunu 8’i kız, 6’sı erkek toplamda 14 öğrenci teşkil etmiştir. Uygulamanın neticesinde oyun tabanlı psiko-eğitim programının deney grubundaki öğrencilerin duygu düzenleme becerilerinde manidar bir artma gerçekleştirdiği neticesine varılmıştır. Bunun erkek öğrencilerin ve anne-babasını daha sıkça gören öğrencilerin lehine olduğu anlaşılmıştır.

Ulusoy (2018) aile katılımlı eğitimsel program hazırlamış ve bunu okul öncesindeki çocukların duygu düzenleme becerisine dönük tesirini ele almıştır. Programı, 20 çocukla

annesinin teşkil ettiği deney grubuna haftada 3 oturum şeklinde 12 hafta sũre ile toplamda 36 oturum şeklinde tatbik edilmiştir. Uygulamanın neticesinde programın duygu dũzenleme becerileri ũstũnde etkiye sahip olduğu anlaşılmıştır.

Gem (2018), 2 evreden oluşan araştırmasının ilk evresinde, duygu dũzenleme hususunda ȳnemli bir yere sahip olan duygu farkındalığıyla duygu mitlerini değerlendirmeye dȳnũk 2 ȳlęme vasıtası geliştirmiştir. 2. evredeyse hazırladığı duygu dũzenlemeye dȳnũk bũtũnsel duygu dũzenleme eğitim programını, 7 ȳęrencinin bulunduğu deney grubuna 5 oturumda tatbik etmiştir. Uygulamanın neticesinde programın yalnızca duygu mitlerinde manidar bir farklılığa sahip olduğu anlaşılmıştır.

BÖLÜM 2: ARAŞTIRMA ve YÖNTEM

Covid-19 salgınıyla birlikte 18-65 yaş aralığında bulunan bireylerin sağlık kaygı düzeyleri ile duygu düzenleme becerileri , yeme tutumları arasında herhangi bir ilişkinin olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda araştırmanın sorular aşağıdaki gibidir:

1. Katılımcıların sağlık kaygıları ve yeme tutumları arasında herhangi bir ilişki var mı?
2. Duygu düzenleme becerileri ve yeme tutumları arasında herhangi bir ilişki var mı?
3. Katılımcıların genel sağlık algıları ve yeme tutumları arasında bir ilişki var mı?
4. Katılımcıların demografik özellikleri ve yeme tutumları arasında anlamlı farklılık var mı?

Araştırmanın soruları kapsamında ve araştırmanın amacı doğrultusunda hazırlanan araştırmanın hipotezleri aşağıda sunulmuştur:

- H1. Katılımcıların sağlık kaygıları ile yeme tutumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H2. Katılımcıların duygu düzenleme becerileri ile yeme tutumları arasında anlamlı ilişki vardır.
- H3. Katılımcıların genel sağlık algıları ve yeme tutumları arasında anlamlı ilişki vardır.
- H4. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık anksiyetesi, bilişsel duygu düzenleme ve yeme tutumu puanları anlamlı farklılaşmaktadır.

2.1. Araştırmanın Yöntemi

Salgın döneminde 18-65 yaş aralığında bulunan yetişkin bireylerin sağlık kaygıları ve duygu düzenleme becerilerinin yeme tutumu ile olan ilişkisini belirlemek amacı doğrultusunda yapılan çalışmada nicel araştırma türleri arasında bulunan tarama modelinde desenlenmiştir. Araştırmada olgu ve olayları nesnelleştirerek, gözlemlenebilir, ölçülebilir ve sayısal olarak ifade edilebilir bir şekilde ortaya koyabilmek amacıyla nicel

araştırma modelinin kullanılmasına karar verilmiştir. Tarama modeline göre asıl amaçlanan durum geçmiş dönemlerde gerçekleşen bir olayı veya durumu betimlemekte kullanılan bir yaklaşım olarak ifade edilmektedir (Karasar, 2009).

2.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada evrenin tamamına ulaşmanın zaman ve maliyet açısından zor olması aynı zamanda pandemi sürecinde olduğu göz önüne alınarak kolaylıklı örneklem yolu ile 281 kişiye online platformlar ile ulaşılmıştır.

2.3. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak anket yönteminden yararlanılmıştır. Araştırmada kullanılan anket formu beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların demografik özelliklerini belirleyen kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan diğer ölçekler aşağıda detaylı bir şekilde verilmiştir.

2.4. Yeme Tutumu Testi –YTT

Bireylerin yeme tutumlarını ve davranışlarında meydana gelen bozulmaları değerlendirmek amacı ile Garner ve Garfinkel (1979) tarafından geliştirilen ve Savaşır ve Erol (1989) yılında Türkçeye çevrilen Yeme Tutum Testi- YTT (The Eating Attitude Test) ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan bu ölçekte toplam 40 madde yer almaktadır. Ölçek 6'lı likert tipte oluşturulmuş ve bir ucu “daima” diğer ucu ise “hiçbir zaman” olacak şekilde puanlanmıştır. Ölçek maddesinden alınan en yüksek puan ”3”, en düşük puan ”0” 71 olmak üzere alınan puanlar 0-3 aralığındadır. Değerlendirme için patolojik olarak uç noktalarda yer alan yanıtlara göre puanlama yapılmaktadır. Buna göre ölçekte yer alan 1, 18, 19, 23, 27 ve 39 numaralı sorular için „bazen” yanıtı 1, „nadiren” yanıtı 2, „hiç bir zaman” yanıtı ise 3 puan olarak değerlendirilirken diğer yanıtlar 0 puan almaktadır. Ölçekteki diğer tüm maddeler için ise daima, çok sık ve sık sık seçenekleri sırasıyla 3, 2 ve 1 puan olarak değerlendirilirken diğer seçenekler 0 puan almaktadır. Tüm sorulara verilen puanların toplanması ile ölçeğin toplam puanı elde edilmekte ve toplam puandaki artış yeme tutumlarındaki bozulmaya işaret etmektedir. Ölçeğin orijinal formunda bozulmuş yeme örüntüsü riskinin saptanması için kesme noktası 30 puan olarak belirlenmiştir.

2.5. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

Garnefski (2002) tarafından geliştirilen ve sonrasında Onat ve Otrar (2010) tarafından Türkçeye uyarlanan “Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçekte toplam 36 madde yer almakta olup 5’li likert tipte hazırlanan sorular “1: hiçbir zaman ve 5: her zaman” şeklinde puanlanmıştır. Ölçekte toplam 9 boyut yer almaktadır. Bunlar; kendini suçlama, kabul, ruminasyon, pozitif tekrar odaklanma, plana tekrar odaklanma, pozitif yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme ve diğerlerini suçlama boyutlarıdır. Her boyutta 4 soru bulunmaktadır.

2.6. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Form

Salkovskis ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilen ve sonrasında Türkçe adaptasyonu Aydemir ve arkadaşları (2012) tarafından orijinaline uygun olarak iki boyutlu bir şekilde çevrilmiştir. İlk faktör, ilk 14 maddeyi içermekte ve bedensel duyumlara karşı aşırı duyarlılık ile kaygıyı temsil etmekte olup “Gövde Boyut” ismini almaktadır. İkincisi ise, son 4 maddeyle “Hastalığın Olumsuz Sonuçlarıyla İlişkili Boyuttur”. İç tutarlılık katsayısı .91 olarak bulunan ölçeğin test tekrar test güvenilirliği .57 olarak saptanmıştır. Ölçeğin bedensel belirtilere yönelik kaygıyı değerlendirmede geçerli olduğu da ortaya konmuştur (Aydemir vd., 2012).

2.7. Genel Sağlık Anketi – GSA28

Goldberg tarafından geliştirilen ve Kılıç (1996) yılında Türkçe’ye uyarlanan “Genel Sağlık Anketi” (GSA) kullanılmıştır. Araştırma zaman içerisinde farklı formlarda hazırlanarak kısa formları oluşturulmuştur. Bu çalışmada 28 soruluk kısa formu kullanılmıştır. GSA hasta tarafından doldurulan bir ölçektir ve hastadan kendisine en yakın seçeneği işaretlemesi istenir. Her soru için 4 cevap seçeneği vardır. Bu seçenekler; “hiçbir zaman”, “her zamanki kadar”, “her zamankinden sık” ve “çok sık”tır. İki tip puanlama yöntemi mevcuttur. Likert ölçeği şeklinde (0-1-2-3) ve GSA el kitabında önerilen Goldberg tarafından GSA için geliştirilen şekilde (0-0-1-1) puanlama yapılabilmektedir. Bu çalışmada Goldberg yöntemi ile puanlama tercih edilmiştir. Ölçeğin skorlarının değerlendirilmesinde 2 ve altındaki puanlar psikopatoloji olmadığını göstermektedir.

2.8. Verilerin Analizi

Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS 25.0 programı ile yapılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler belirtilmiş olup ilk olarak yeme tutumu testi, bilişsel duygu düzenleme ölçeği, sağlık anksiyetesi ölçeği ve genel sağlık anketine yönelik iç tutarlılık analizi yapılarak ölçeklerin çalışmada kullanılmasında bir sakıncanın bulunup bulunmadığı ele alınmıştır.

Bilişsel duygu düzenleme ölçeği, sağlık anksiyetesi ölçeği ve genel sağlık anketinin normal dağılım hipotezine uyup uymadığı çarpıklık ve basıklık katsayılarına bakılmak suretiyle tespit edilmiş ve parametrik test yöntemleri tercih edilmiştir (Tablo 1). Bilişsel duygu düzenleme ölçeği, sağlık anksiyetesi ölçeği ve genel sağlık anketine yönelik betimsel analiz sonuçları incelendikten sonra katılımcıların kişisel bilgilerine göre değişkenlerin grup ortalama puanlarının farklılaşma durumu incelenirken normal dağılım varsayımını sağlayan değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında “bağımsız örneklem t testi” üç ve üzeri grup karşılaştırmalarında “Tek Yönlü ANOVA” kullanılmıştır. Ulaşılan bütün sonuçlarda istatistiki anlamlılık $p<0,05$ seviyesinde değerlendirilmiştir.

Tablo 1: Ölçek ve Alt Boyutlarının Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Ölçek	N	Çarpıklık	Basıklık
Yeme Tutumu Testi	281	-,655	,546
Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği	281	,031	,642
Kendini suçlama	281	,616	,370
Kabul	281	,110	-,429
Ruminasyon	281	-,079	-,685
Olumlu Yeniden Odaklanma	281	,085	-,640
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	281	-,601	,083
Olumlu Yeniden Değerlendirme	281	-,350	-,510
Olayın değerini azaltma	281	-,009	-,607
Felaketleştirme	281	,715	,040
Diğerlerini suçlama	281	,936	1,217
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	281	1,031	1,102
Gövde Boyut	281	1,041	1,500
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	281	1,025	1,253
Genel Sağlık Anketi	281	,698	,582

Seçer (2015, s. 28) normal dağılım varsayımının; ‘çarpıklık ve basıklık’ değerleri bakılarak değerlendirmenin daha doğru bir yaklaşım olduğunu değerlendirmiştir. Tabachnick ve Fidell (2013), çarpıklıkla basıklık değerlerinin +1,50 ve -1,50 değerlerinin arasında olduğu hallerde normal dağılımın sağlandığını kabul etmektedir. Gerçekleştirilen analizler sonucunda değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir.

BÖLÜM 3: BULGULAR

Bilgisayar ortamına aktarılan veriler, eksik/yanlış değerler ve aykırı değerler açısından kontrol edilmiş ve araştırmanın örneklemini, evren içerisinde kolaylıklarla örneklem ile seçilen 281 katılımcı oluşturmuştur. Bilişsel duygu düzenleme ölçeği, sağlık anksiyetesi ölçeği ve genel sağlık anketinde yer alan ifadelerle birlikte kişisel bilgi formunun uygulanması ile elde edilmiş olup verilerin analizi bu bölümde yapılmıştır.

3.1. Güvenirlilik Analizi

Çalışmanın bu noktasında; veri toplama vasıtası olarak tercih edilen bilişsel duygu düzenleme ölçeği, sağlık anksiyetesi ölçeği ve genel sağlık anketi ifadeleri toplamda 122 maddeden oluşmakta olup ölçeklere verilen cevaplara göre güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 2’de verilmiştir. Güvenilirlikle ilgili katsayının değerlendirme ölçütleri aşağıda yer almaktadır;

“ $0.00 < \alpha < 0.40$ aralığında ise güvenilir değil”

“ $0.40 < \alpha < 0.60$ aralığında ise düşük güvenilirlikte.”

“ $0.60 < \alpha < 0.80$ aralığında ise oldukça güvenilir.”

“ $0.80 < \alpha < 1.00$ aralığında ise yüksek derecede güvenilir” (Özdamar, 1999, s. 513).

“Cronbach Alfa katsayısı, bireysel puanların k soru içeren bir ölçekte sorulara verilen cevapların toplanması ile bulunduğu durumlarda soruların birbirleri ile benzerliğini, yakınlığını ortaya koyan bir katsayıdır” (Terzi, 2019).

Tablo 2: Ölçeklere Ait Güvenilirlik Analizi Bulguları

Ölçekler	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Yeme Tutumu	,857	40
Bilişsel Duygu Düzenleme	,911	36
Kendini suçlama	,717	4
Kabul	,715	4
Ruminasyon	,777	4
Olumlu Yeniden Odaklanma	,832	4
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	,813	4
Olumlu Yeniden Değerlendirme	,779	4
Olayın değerini azaltma	,740	4
Felaketleştirme	,777	4
Diğerlerini suçlama	,815	4
Sağlık Anksiyetesi	,840	18
Gövde Boyut	,818	14
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	,696	4
Genel Sağlık	,914	28

Tablo 9’da sunulan iç tutarlılık analizi sonuçları incelendiğinde; yeme tutumu testi 0,857, bilişsel duygu düzenleme ölçeği 0,911, kendini suçlama 0,717, kabul 0,715, ruminasyon 0,777, olumlu yeniden odaklanma 0,832, plan yapmaya yeniden odaklanma 0,813, olumlu yeniden değerlendirme 0,779, olayın değerini azaltma 0,740, felaketleştirme 0,777, diğerlerini suçlama 0,815, sağlık anksiyetesi ölçeği 0,840, gövde boyut 0,818, hastalığın olumsuz sonuçları 0,696, genel sağlık anksiyetesi 0,914 olduğu görülmektedir.

Bu değerlere göre minimum değer hastalığın olumsuz sonuçları ile 0,696 ve maksimum değer 0.914 ile genel sağlık durumudur.

Bu değerler; ölçeklerin güvenilir olduğunu ve analizde kullanılmasında bir engelin olmadığını göstermektedir (Özdamar, 1999, s. 513).

3.2. Demografik Bulgulara İlişkin Değerlendirme

Araştırmanın bu kısmında katılımcıların kişisel özelliklerinden cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, Covid-19 tanısı alma, tedavi sürecinin sonlanma durumu, Covid- 19 tanısı alan birinci derece aile yakını olma durumu, yakınlık derecesi, aile yakınları dışında Covid- 19 tanısı alan yakını olma durumu, Covid-19 aşısı olma durumu, Covid-19 pandemi sürecinde iş kaybı yaşama durumu, sağlık çalışanı olan bir yakını olma, yakınlık derecesi, kilo durumu, boy durumu, kilo

değerlendirme durumu, Covid-19 salgını öncesine göre şu anki yeme davranışı, beden ağırlığınızla ilgili olarak aşağıdakilerden hangisini yapmayı deniyorsunuz” sorusuna verilen cevaplar, diyetisyene başvurma durumu, diyet yapma durumu, psikolojik tanı alma durumu, alınna tanı durumu, kronik hastalığı olma durumu, kronik hastalık durumu, dağılımları incelenmiş olup kişisel özelliklerine yönelik tanımlayıcı analizler yapılmış ve tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 3: Cinsiyet Durumu Dağılımı

	Cinsiyet Durumu	f	%
Cinsiyet	Kadın	175	62,3
	Erkek	106	37,7
	Toplam	281	100,0

Tablo 3’te yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %62,3’ünün kadın ve %37,7’sinin erkek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4: Yaş Durumu Dağılımı

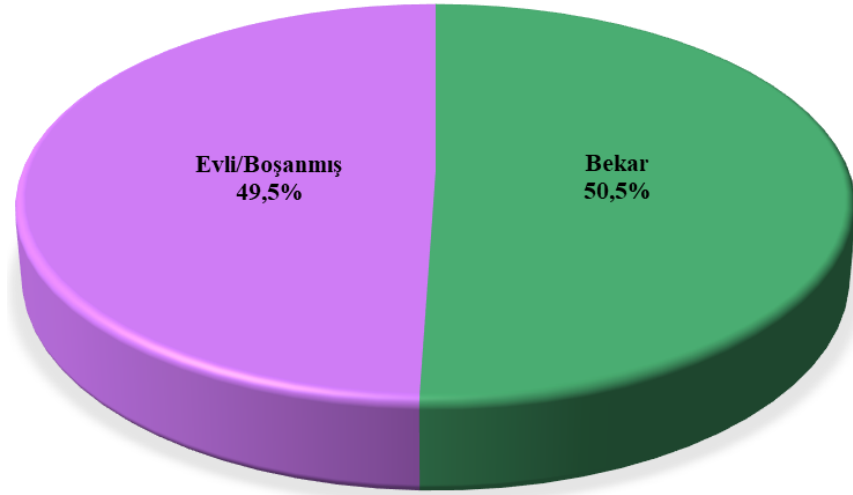
	Yaş Durumu	f	%
Yaş	18-26 Yaş Arası	89	31,7
	27-37 Yaş Arası	97	34,5
	38 Yaş ve Üzeri	95	33,8
	Toplam	281	100,0
	Ort(SS)	34,56(11,57)	

Tablo 4’te yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %34,5’inin 27-37 yaşlarında, %33,8’inin 38 yaş ve üzeri ve %31,7’sinin 18-26 yaşlarında olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların yaş ortalamasının $34,56 \pm 11,57$ olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5: Medeni Durum Dağılımı

	Medeni Durum	f	%
Medeni Durum	Bekar	142	50,5
	Evli	125	44,5
	Boşanmış	14	5,0
	Toplam	281	100,0

Tablo 5’te yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %50,5’inin bekar, %44,5’inin evli ve %5,0’inin boşanmış olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte; daha anlamlı ve doğru sonuçlar elde etmek için evli ve boşanmış grubu birleştirilerek “Evli/Boşanmış” olarak yeniden adlandırılarak medeni durum dağılımı Şekil 1’de sunulmuştur.

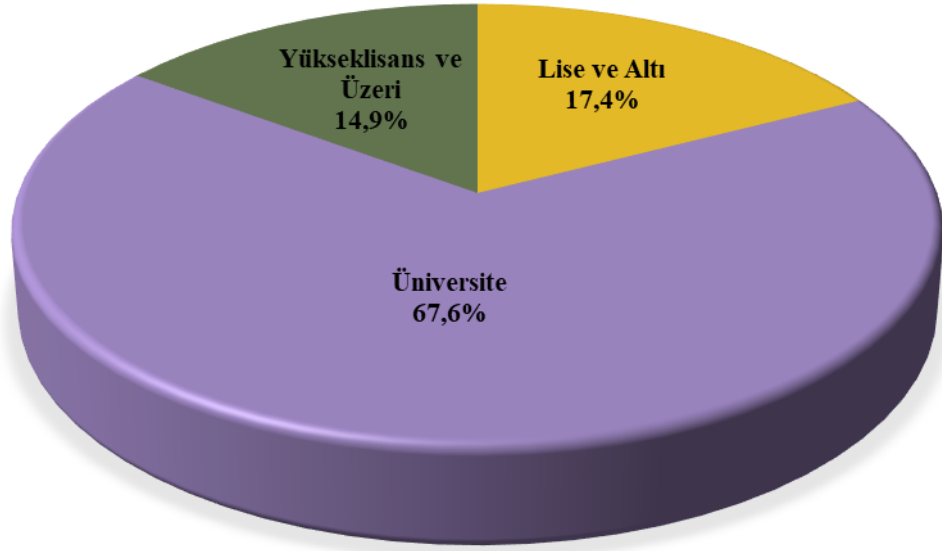


Şekil 1: Medeni Durum Dağılımı

Tablo 6: Eğitim Durumu Dağılımı

	Eğitim Durumu	f	%
Eğitim Durumu	İlkokul	2	,7
	Ortaokul	1	,4
	Lise	46	16,4
	Üniversite	190	67,6
	Yüksek Lisans ve Üzeri	42	14,9
	Toplam	281	100,0

Tablo 6’da yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %62,6’sının üniversite, %16,4’ünün lise ve %14,9’unun yüksek lisans ve üzeri olduğu görülmektedir. Bununla birlikte; daha anlamlı ve doğru sonuçlar elde etmek için ilkokul, ortaokul ve lise grubu birleştirilerek “Lise ve Altı”, olarak yeniden adlandırılarak eğitim durum dağılımı Şekil 2’de sunulmuştur.



Şekil 2: Eğitim Durum Dağılımı

Tablo 7: Çalışma Durumu Dağılımı

	Çalışma Durumu	f	%
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	204	72,6
	Çalışmıyorum	77	27,4
	Toplam	281	100,0

Tablo 7’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %72,6’sının çalışıyorum %27,4’ünün çalışmıyorum cevabını verdiği belirlenmiştir.

Tablo 8: Gelir Düzeyi Dağılımı

	Gelir Düzeyi	f	%
Gelir Düzeyi	Düşük	34	12,1
	Orta	214	76,2
	Yüksek	33	11,7
	Toplam	281	100,0

Tablo 8’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %76,2’sinin orta, %12,1’inin düşük ve %11,7’sinin yüksek gelirli olduğu belirlenmiştir.

Tablo 9: Covid-19 Tanısı Alma Durumu Dağılımı

	Covid-19 Tanısı Alma	f	%
Covid-19 Tanısı Alma	Evet	26	9,3
	Hayır	255	90,7
	Toplam	281	100,0

Tablo 9’da yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %90,7’sinin Covid-19 tanısı almadığı görülmektedir.

Tablo 10: Covid-19 Tanısı Alındıysa Tedavi Sürecinin Sonlanma Durumu Dağılımı

	Tedavi Sürecinin Sonlanma Durumu	f	%
Tedavi Sürecinin Sonlanma Durumu	Evet	26	9,3
	Almadım	255	90,7
	Toplam	281	100,0

Tablo 10’da yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %90,7’sinin Covid-19 tedavisi almadığı görülmektedir.

Tablo 11: Covid- 19 Tanısı Alan Birinci Derece Aile Yakını Olma Durumu Dağılımı

	Covid- 19 Tanısı Alan Birinci Derece Aile Yakını Olma	f	%
Covid- 19 Tanısı Alan Birinci Derece Aile Yakını Olma	Evet	61	21,7
	Hayır	220	78,3
	Toplam	281	100,0

Tablo 11’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %78,3’ünün Covid-19 tanısı alan birinci derece yakını olmadığı görülmektedir.

Tablo 12: Covid- 19 Tanısı Alan Birinci Derece Aile Yakını Var ise Yakınlık Derecesi Dağılımı

	Yakınlık Derecesi	f	%
Yakınlık Derecesi	Anne	17	6,0
	Baba	8	2,8
	Eş	13	4,6
	Kardeş	23	8,2
	Yok	220	78,3
	Toplam	281	100,0

Tablo 12’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %8,2’sinin kardeşinin, %6,0’sının annesinin, %4,6’sının eşinin ve %2,8’inin babasının Covid-19 tanısı aldığı görülmektedir

Tablo 13: Aile Yakınları dışında Covid- 19 Tanısı Alan Yakını Olma Durumu Dağılımı

	Covid- 19 Tanısı Alan Birinci Derece Aile Yakını Olma	f	%
Covid- 19 Tanısı Alan Birinci Derece Aile Yakını Olma	Evet	220	78,3
	Hayır	61	21,7
	Toplam	281	100,0

Tablo 13’te yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %78,3’ünün birinci derece aile haricinde Covid-19 tanısı alan yakını olduğu görülmektedir.

Tablo 14: Covid- 19 Aşısı Olma Durumu Dağılımı

	Covid- 19 Aşısı Olma	f	%
Covid- 19 Aşısı Olma	Evet	6	2,1
	Hayır	275	97,9
	Toplam	281	100,0

Tablo 14’te yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %97,9’unun Covid-19 aşısı olmadığı görülmektedir.

Tablo 15: Covid-19 Pandemi Sürecinde İş Kaybı Yaşama Durumu Dağılımı

	Covid-19 Pandemi Sürecinde İş Kaybı Yaşama	f	%
Covid-19 Pandemi Sürecinde İş Kaybı Yaşama	Evet	77	27,4
	Hayır	204	72,6
	Toplam	281	100,0

Tablo 15’te yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %72,6’sının Covid-19 pandemi sürecinde iş kaybı yaşamadığı görülmektedir.

Tablo 16: Sağlık Çalışanı Olan Bir Yakını Olma Durumu Dağılımı

	Sağlık Çalışanı Olan Bir Yakını Olma	f	%
Sağlık Çalışanı Olan Bir Yakını Olma	Evet	97	34,5
	Hayır	184	65,5
	Toplam	281	100,0

Tablo 16’da yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %65,5’inin hayır sağlık çalışanı yakını olmadığı görülmektedir.

Tablo 17: Kilo Değerlendirme Durumu Dağılımı

	Kilo Değerlendirme	f	%
Kilo Değerlendirme	Zayıf	13	4,6
	Normal	173	61,6
	Şişman	95	33,8
	Toplam	281	100,0

Tablo 17’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %61,6’sının normal, %33,8’inin şişman ve %4,6’sının zayıf olduğunu değerlendirmişlerdir.

Tablo 18: Covid-19 Salgını Öncesine Göre Şu anki Yeme Davranışı Dağılımı

	Covid-19 Salgını Öncesine Göre Şu anki Yeme Davranışı	f	%
Covid-19 Salgını Öncesine Göre Şu anki Yeme Davranışı	Eskisine göre daha az yemek yiyorum	37	13,2
	Daha çok yemek yiyorum	101	35,9
	Yeme düzenimde değişiklik olmadı	143	50,9
	Toplam	281	100,0

Tablo 18’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %50,9’unun Covid-19 salgını öncesine göre yeme düzenimde değişiklik olmadığını, %35,9’unun Covid-19 salgını öncesine göre daha çok yemek yediğini ve %13,2’sinin Covid-19 salgını öncesine göre daha az yemek yediğini belirtmişlerdir.

Tablo 19: “Beden ağırlığınızla ilgili olarak aşağıdakilerden hangisini yapmayı deniyorsunuz” Sorusuna Verilen Cevaplar Dağılımı

	f	%
Kilo almak veya vermek ile ilgili uğraş içinde değilim	130	46,3
Kilo vermeye çalışıyorum	141	50,2
Kilo almaya çalışıyorum	10	3,6
Toplam	281	100,0

Tablo 19’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %50,2’sinin kilo vermeye çalıştığını, %46,3’ünün kilo almak veya vermek ile ilgili uğraş içinde olmadığını ve %3,6’sının kilo almaya çalıştığını belirtmişlerdir.

Tablo 20: Diyetisyene Başvurma Durumu Dağılımı

	Diyetisyene Başvurma	f	%
Diyetisyene Başvurma	Evet	81	28,8
	Hayır	200	71,2
	Toplam	281	100,0

Tablo 20’te yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %71,2’sinin diyetisyene başvurmadığı görülmektedir.

Tablo 21: Diyet Yapma Durumu Dağılımı

	Diyet Yapma	f	%
Diyet Yapma	Evet	168	59,8
	Hayır	113	40,2
	Toplam	281	100,0

Tablo 21’te yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %59,8’inin diyet yaptığı görülmektedir.

Tablo 22: Psikiyatrik Tanı Alma Durumu Dağılımı

	Psikiyatrik Tanı Alma	f	%
Psikiyatrik Tanı Alma	Evet	35	12,5
	Hayır	246	87,5
	Toplam	281	100,0

Tablo 22’te yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %87,5’inin psikiyatrik tanı almadığı görülmektedir.

Tablo 23: Psikiyatrik Tanı Aldıysanız Alınan Tanı Dağılımı

	Alınan Tanı	f	%
Alınan Tanı	Obsesif Kompulsif Bozukluk	3	1,1
	Panik Atak	9	3,2
	Anksiyete	9	3,2
	Kaygı Bozukluğu	6	2,1
	Bipolar	1	,4
	Davranış Bozukluğu	1	,4
	Depresyon	5	1,8
	Sosyal Fobi	1	,4
	Yok	246	87,5
	Toplam	281	100,0

Tablo 23’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %3,2’sinin panik atak ve anksiyete, %2,1’inin kaygı bozukluğu, %1,8’inin depresyon, %1,1’inin obsesif kompulsif bozukluk ve %0,4’ünün bipolar, davranış bozukluğu gibi tanı aldığı görülmektedir.

Tablo 24: Kronik Hastalığı Olma Durumu Dağılımı

	Kronik Hastalığı Olma Durumu	f	%
Kronik Hastalığı Olma Durumu	Evet	55	19,6
	Hayır	226	80,4
	Toplam	281	100,0

Tablo 24’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %80,4’ünün kronik hastalığı olmadığı görülmektedir.

Tablo 25: BKİ Dağılımı

	BKİ	f	%
BKİ	24,99 ve Altı BKİ	164	58,3
	25,00-29,99 Arası BKİ	82	29,2
	30,00 ve Üzeri BKİ	35	12,5
	Toplam	281	100,0

Tablo 25’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; katılımcıların %58,3’ünün BKİ’sinin 24,99 ve altı, %29,2’sinin BKİ’sinin 25,00-29,99 arası ve %12,5’inin BKİ’sinin 30,00 ve üzeri olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre katılımcıların %12,5’inin Obez ve %29,2’sinin Pre-Obez olduğu değerlendirilebilir. Ayrıca katılımcıların %58,3’ünün BKİ normal olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın bu noktasından sonra yapılan analizlerde katılımcıların BKİ değerlendirmesi Normal, Pre-Obez ve Obez olarak değerlendirilecektir.

3.3. Değişkenlere Yönelik Betimsel Analizi Sonuçları

Araştırmanın değişkenleri; yeme tutumu testi, bilişsel duygu düzenleme ölçeği, kendini suçlama, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama, sağlık anksiyetesi ölçeği, gövde boyut, hastalığın olumsuz sonuçları, genel sağlık anketinden oluşmaktadır. Çalışmanın bu aşamasında, değişkenlerle ilişkili tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Tablo 26: Değişkenlere Yönelik Betimsel Analizi Sonuçları

Ölçek	N	Min.	Maks.	Ort.	SS
Yeme Tutumu	281	78,00	237,00	171,33	22,56
Bilişsel Duygu Düzenleme	281	66,00	175,00	113,36	17,79
Kendini suçlama	281	4,00	20,00	11,19	3,07
Kabul	281	5,00	20,00	12,77	3,36
Ruminasyon	281	4,00	20,00	14,10	3,38
Olumlu Yeniden Odaklanma	281	4,00	20,00	12,62	3,86
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	281	5,00	20,00	15,48	3,28
Olumlu Yeniden Değerlendirme	281	5,00	20,00	15,22	3,44
Olayın değerini azaltma	281	5,00	20,00	14,10	3,39
Felaketleştirme	281	4,00	20,00	9,52	3,56
Diğerlerini suçlama	281	3,00	19,00	8,37	2,93
Sağlık Anksiyetesi	281	19,00	66,00	31,64	6,85
Gövde Boyut	281	15,00	53,00	24,81	5,52
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	281	4,00	16,00	6,83	2,23
Genel Sağlık	281	33,00	103,00	54,05	12,00

Araştırmaya dahil olan katılımcılar tarafından yeme tutumu testi ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $171,33 \pm 22,56$, en az puanı 78,00 ve en fazla puanı 237,00 olarak tespit edilmiştir.

Araştırmaya dahil olan katılımcılar tarafından bilişsel duygu düzenleme ölçeği ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $113,36 \pm 17,79$, en az puanı 66,00 ve en fazla puanı 175,00, kendini suçlama ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $11,19 \pm 3,07$, en az puanı 4,00 ve en fazla puanı 20,00, kabul ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $12,77 \pm 3,36$, en az puanı 5,00 ve en fazla puanı 20,00, ruminasyon ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $14,10 \pm 3,38$, en az puanı 4,00 ve en fazla puanı 20,00, olumlu yeniden odaklanma ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $12,62 \pm 3,86$, en az puanı 4,00 ve en fazla puanı 20,00, plan yapmaya yeniden odaklanma ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $15,48 \pm 3,28$, en az puanı 5,00 ve en fazla puanı 20,00,

olumlu yeniden değerlendirme ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $15,22 \pm 3,44$, en az puanı 5,00 ve en fazla puanı 20,00, olayın değerini azaltma ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $14,10 \pm 3,39$, en az puanı 5,00 ve en fazla puanı 20,00, felaketleştirme ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $9,52 \pm 3,56$, en az puanı 4,00 ve en fazla puanı 20,00, diğerlerini suçlama ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $8,37 \pm 2,93$, en az puanı 3,00 ve en fazla puanı 19,00 olarak tespit edilmiştir.

Araştırmaya dahil olan katılımcılar tarafından sağlık anksiyetesi ölçeği ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $31,64 \pm 6,85$, en az puanı 19,00 ve en fazla puanı 66,00, gövde boyut ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $24,81 \pm 5,52$, en az puanı 15,00 ve en fazla puanı 53,00, hastalığın olumsuz sonuçları ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $6,83 \pm 2,23$, en az puanı 4,00 ve en fazla puanı 16,00 olarak tespit edilmiştir.

Araştırmaya dahil olan katılımcılar tarafından genel sağlık anketi ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $54,05 \pm 12,00$, en az puanı 33,00 ve en fazla puanı 103,00 olarak tespit edilmiştir.

3.4. Fark Testleri

Çalışmanın bu kısmında araştırma grubunu teşkil eden katılımcıların, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeyine göre değişkenlerden elde edilen toplam puanlar arasındaki farklılaşmalar ele alınacaktır.

Tablo 27: Cinsiyetine Göre Değişkenlerden Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Cinsiyet Durumu	f	$\bar{X}$	SS	t	p
Yeme Tutumu	Kadın	175	170,27	22,65	-	,316
	Erkek	106	173,07	22,42	1,005	
Bilişsel Duygu Düzenleme	Kadın	175	111,18	17,80	-	,008
	Erkek	106	116,95	17,27	2,664	
Kendini suçlama	Kadın	175	10,86	3,10	-	,020
	Erkek	106	11,74	2,97	2,341	
Kabul	Kadın	175	12,38	3,44	-	,012
	Erkek	106	13,42	3,13	2,523	
Ruminasyon	Kadın	175	14,53	3,55	2,940	,004
	Erkek	106	13,38	2,95		
Olumlu Yeniden Odaklanma	Kadın	175	12,22	3,97	-	,027
	Erkek	106	13,27	3,59	2,227	
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Kadın	175	15,14	3,39	-	,028
	Erkek	106	16,03	3,01	2,210	
Olumlu Yeniden Değerlendirme	Kadın	175	15,02	3,62	1,253	,211
	Erkek	106	15,55	3,11		
Olayın değerini azaltma	Kadın	175	13,71	3,38	-	,014
	Erkek	106	14,74	3,34	2,467	
Felaketleştirme	Kadın	175	9,13	3,26	-	,022
	Erkek	106	10,18	3,93	2,317	
Diğerlerini Suçlama	Kadın	175	8,19	2,62	1,235	,218
	Erkek	106	8,66	3,36		
Sağlık Anksiyetesi	Kadın	175	32,02	6,36	1,185	,237
	Erkek	106	31,02	7,58		
Gövde Boyut	Kadın	175	25,23	5,20	1,647	,101
	Erkek	106	24,11	5,97		
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	Kadın	175	6,79	2,15	-,426	,671
	Erkek	106	6,91	2,37		
Genel Sağlık	Kadın	175	55,57	10,58	2,594	,010
	Erkek	106	51,54	13,73		

Analiz sonucuna göre (Bkz. Tablo 27); katılımcıların, bilişsel duygu düzenleme, kendini suçlama, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, genel sağlık puanları, cinsiyetine göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşırken ($p < 0.05$) katılımcıların, yeme tutumu, olumlu yeniden değerlendirme, diğerlerini suçlama, sağlık anksiyetesi, gövde boyut, hastalığın olumsuz sonuçları puanları, cinsiyetine göre istatistiki bakımdan anlamlı

farklılaşmamaktadır ($p>0.05$). Diğer bir ifade ile katılımcıların cinsiyeti, bilişsel duygu düzenleme, kendini suçlama, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, genel sağlık grup ortalama puanları arasında farklılık oluştururken yeme tutumu, olumlu yeniden değerlendirme, diğerlerini suçlama, sağlık anksiyetesi, gövde boyut, hastalığın olumsuz sonuçları grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

Tablo 28: Medeni Duruma Göre Değişkenlerden Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Medeni Durumu	f	$\bar{X}$	SS	t	p
Yeme Tutumu	Bekar	142	169,75	24,34	-	,236
	Evli/Boşanmış	139	172,94	20,55	1,188	
Bilişsel Duygu Düzenleme	Bekar	142	113,86	18,87	,475	,635
	Evli/Boşanmış	139	112,85	16,67		
Kendini suçlama	Bekar	142	11,61	2,97	2,317	,021
	Evli/Boşanmış	139	10,76	3,12		
Kabul	Bekar	142	12,95	3,22	,901	,369
	Evli/Boşanmış	139	12,59	3,49		
Ruminasyon	Bekar	142	14,30	3,40	1,037	,300
	Evli/Boşanmış	139	13,88	3,35		
Olumlu Yeniden Odaklanma	Bekar	142	12,12	3,93	2,207	,028
	Evli/Boşanmış	139	13,13	3,73		
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Bekar	142	15,42	3,36	-,280	,779
	Evli/Boşanmış	139	15,53	3,20		
Olumlu Yeniden Değerlendirme	Bekar	142	15,06	3,59	-,756	,450
	Evli/Boşanmış	139	15,37	3,29		
Olayın değerini azaltma	Bekar	142	14,12	3,59	,100	,920
	Evli/Boşanmış	139	14,08	3,19		
Felaketleştirme	Bekar	142	9,75	3,72	1,063	,289
	Evli/Boşanmış	139	9,29	3,39		
Diğerlerini Suçlama	Bekar	142	8,53	3,15	,937	,349
	Evli/Boşanmış	139	8,20	2,68		
Sağlık Anksiyetesi	Bekar	142	32,53	7,46	2,216	,028
	Evli/Boşanmış	139	30,73	6,06		
Gövde Boyut	Bekar	142	25,51	6,25	2,189	,029
	Evli/Boşanmış	139	24,09	4,57		
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	Bekar	142	7,01	2,15	1,380	,169
	Evli/Boşanmış	139	6,65	2,31		
Genel Sağlık	Bekar	142	55,44	12,81	1,981	,049
	Evli/Boşanmış	139	52,63	10,98		

Analiz sonucuna göre (Bkz. Tablo 28); katılımcıların, kendini suçlama, olumlu yeniden odaklanma, gövde boyut, genel sağlık puanları, medeni durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşırken ($p<0.05$) katılımcıların yeme tutumu, bilişsel duygu düzenleme, kabul, ruminasyon, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama, sağlık anksiyetesi, hastalığın olumsuz sonuçları puanları medeni durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ($p>0.05$). Diğer bir ifade ile katılımcıların medeni durumu, kendini suçlama, olumlu yeniden odaklanma, gövde boyut, genel sağlık grup ortalama puanları arasında farklılık oluştururken yeme tutumu, bilişsel duygu düzenleme, kabul, ruminasyon, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama, sağlık anksiyetesi, hastalığın olumsuz sonuçları grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

Tablo 29: Eğitim Durumuna Göre Değişkenlerden Elde Edilen Skorların Farklaşma Durumu

Değişkenler	Eğitim Durumu	f	$\bar{X}$	SS	F	p/*	Grup Fark
Yeme Tutumu	(1)Lise ve Altı	49	171,86	18,27	,044	,957 ,837*	
	(2)Üniversite	190	171,38	23,72			
	(3)Yükseklisans ve Üzeri	42	170,48	22,18			
Bilişsel Duygu Düzenleme	(1)Lise ve Altı	49	114,96	18,02	,239	,788 ,786*	
	(2)Üniversite	190	113,02	18,56			
	(3)Yükseklisans ve Üzeri	42	113,05	13,79			
Kendini suçlama	(1)Lise ve Altı	49	10,08	3,39	4,173	,016 ,006*	1→2
	(2)Üniversite	190	11,36	3,00			1→3
	(3)Yükseklisans ve Üzeri	42	11,71	2,77			
Kabul	(1)Lise ve Altı	49	11,35	3,48	7,439	,001 ,000*	1→2
	(2)Üniversite	190	12,88	3,30			1→3
	(3)Yükseklisans ve Üzeri	42	13,95	2,96			
Ruminasyon	(1)Lise ve Altı	49	13,82	3,20	1,392	,250 ,175*	
	(2)Üniversite	190	13,99	3,54			
	(3)Yükseklisans ve Üzeri	42	14,88	2,71			
Olumlu Yeniden Odaklanma	(1)Lise ve Altı	49	14,35	3,88	6,164	,002 ,014*	1→2
	(2)Üniversite	190	12,26	3,82			1→3
	(3)Yükseklisans ve Üzeri	42	12,21	3,57			
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	(1)Lise ve Altı	49	16,29	3,12	1,909	,150 ,152*	
	(2)Üniversite	190	15,26	3,43			
	(3)Yükseklisans ve Üzeri	42	15,50	2,59			
Olumlu Yeniden Değerlendirme	(1)Lise ve Altı	49	16,24	3,42	3,092	,047 ,010*	1→3
	(2)Üniversite	190	15,09	3,51			
	(3)Yükseklisans ve Üzeri	42	14,57	2,93			
Olayın değerini azaltma	(1)Lise ve Altı	49	14,96	3,20	2,972	,053 ,011*	
	(2)Üniversite	190	14,07	3,50			
	(3)Yükseklisans ve Üzeri	42	13,24	2,95			
Felaketleştirme	(1)Lise ve Altı	49	9,59	3,32	,158	,854 ,386*	
	(2)Üniversite	190	9,57	3,56			
	(3)Yükseklisans ve Üzeri	42	9,24	3,90			
Diğerlerini Suçlama	(1)Lise ve Altı	49	8,29	2,96	1,273	,282 ,254*	
	(2)Üniversite	190	8,53	2,78			
	(3)Yükseklisans ve Üzeri	42	7,74	3,48			
Sağlık Anksiyetesi	(1)Lise ve Altı	49	30,33	6,44	1,364	,257 ,046*	
	(2)Üniversite	190	31,76	7,00			
	(3)Yükseklisans ve Üzeri	42	32,62	6,52			
Gövde Boyut	(1)Lise ve Altı	49	23,94	4,87	1,148	,319 ,086*	
	(2)Üniversite	190	24,84	5,65			
	(3)Yükseklisans ve Üzeri	42	25,69	5,62			
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	(1)Lise ve Altı	49	6,39	2,26	1,183	,308 ,169*	
	(2)Üniversite	190	6,93	2,21			
	(3)Yükseklisans ve Üzeri	42	6,93	2,26			
Genel Sağlık	(1)Lise ve Altı	49	52,43	11,16	,840	,433 ,136*	
	(2)Üniversite	190	54,11	12,67			
	(3)Yükseklisans ve Üzeri	42	55,69	9,62			

Analiz sonucuna göre (Bkz. Tablo 29); katılımcıların, kendini suçlama, kabul, olumlu yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme puanları, eğitimi durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşırken katılımcıların yeme tutumu, bilişsel duygu düzenleme, ruminasyon, plan yapmaya yeniden odaklanma, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama, sağlık anksiyetesi, gövde boyut, hastalığın olumsuz sonuçları, genel sağlık puanları medeni durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır. Diğer bir ifade ile katılımcıların eğitim durumu, kendini suçlama, kabul, olumlu yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme grup ortalama puanları arasında farklılık oluştururken yeme tutumu, bilişsel duygu düzenleme, ruminasyon, plan yapmaya yeniden odaklanma, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama, sağlık anksiyetesi, gövde boyut, hastalığın olumsuz sonuçları, genel sağlık grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır. Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni post hoc testi ile incelenmiştir. Analiz sonuçları incelendiğinde;

- a.** Lise mezunu katılımcıların kendini suçlama ve kabul düzeylerinin diğer eğitim gruplarındaki katılımcıların kendini suçlama ve kabul düzeylerinden düşük olduğu ve bu durumunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.
- b.** Lise mezunu katılımcıların olumlu yeniden odaklanma düzeylerinin diğer eğitim gruplarındaki katılımcıların olumlu yeniden odaklanma düzeylerinden yüksek olduğu ve bu durumunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.
- c.** Lise mezunu katılımcıların olumlu yeniden değerlendirme düzeylerinin yüksek lisans ve üzeri eğitimi olan katılımcıların olumlu yeniden değerlendirme düzeylerinden yüksek olduğu ve bu durumunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir .

Tablo 30: Çalışma Durumuna Göre Değişkenlerden Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Çalışma Durumu	f	$\bar{X}$	SS	t	p
Yeme Tutumu	Çalışıyorum	204	171,84	22,62	,623	,534
	Çalışmıyorum	77	169,96	22,51		
Bilişsel Duygu Düzenleme	Çalışıyorum	204	114,54	17,08	1,817	,070
	Çalışmıyorum	77	110,23	19,32		
Kendini suçlama	Çalışıyorum	204	11,42	3,06	2,080	,038
	Çalışmıyorum	77	10,57	3,04		
Kabul	Çalışıyorum	204	13,00	3,23	1,860	,064
	Çalışmıyorum	77	12,17	3,63		
Ruminasyon	Çalışıyorum	204	14,33	3,34	1,886	,060
	Çalışmıyorum	77	13,48	3,43		
Olumlu Yeniden Odaklanma	Çalışıyorum	204	12,62	3,62	,021	,983
	Çalışmıyorum	77	12,61	4,46		
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Çalışıyorum	204	15,58	3,08	,773	,441
	Çalışmıyorum	77	15,21	3,76		
Olumlu Yeniden Değerlendirme	Çalışıyorum	204	15,38	3,27	1,273	,204
	Çalışmıyorum	77	14,79	3,85		
Olayın değerini azaltma	Çalışıyorum	204	14,26	3,29	1,328	,185
	Çalışmıyorum	77	13,66	3,63		
Felaketleştirme	Çalışıyorum	204	9,60	3,63	,573	,567
	Çalışmıyorum	77	9,32	3,38		
Diğerlerini Suçlama	Çalışıyorum	204	8,35	3,01	-,172	,863
	Çalışmıyorum	77	8,42	2,70		
Sağlık Anksiyetesi	Çalışıyorum	204	31,43	7,06	-,852	,395
	Çalışmıyorum	77	32,21	6,26		
Gövde Boyut	Çalışıyorum	204	24,51	5,75	-1,575	,117
	Çalışmıyorum	77	25,58	4,80		
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	Çalışıyorum	204	6,91	2,28	,967	,335
	Çalışmıyorum	77	6,62	2,10		
Genel Sağlık	Çalışıyorum	204	53,51	11,83	-1,218	,224
	Çalışmıyorum	77	55,47	12,41		

Analiz sonucuna göre (Bkz. Tablo 30); katılımcıların, kendini suçlama puanları, çalışma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşırken ($p < 0.05$) katılımcıların yeme tutumu, bilişsel duygu düzenleme, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama, sağlık anksiyetesi, gövde boyut, hastalığın olumsuz sonuçları, genel sağlık puanları çalışma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ($p > 0.05$). Diğer bir ifade ile katılımcıların çalışma durumu, kendini suçlama grup ortalama puanları arasında farklılık oluştururken yeme tutumu, bilişsel duygu düzenleme, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama, sağlık anksiyetesi, gövde boyut, hastalığın olumsuz sonuçları, genel sağlık grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

Tablo 31: Gelir Düzeyine Göre Değişkenlerden Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Gelir Düzeyi	f	$\bar{X}$	SS	F	p/
Yeme Tutumu	Düşük	34	165,74	22,04	1,397	,249
	Orta	214	172,46	22,28		
	Yüksek	33	169,76	24,59		
Bilişsel Duygu Düzenleme	Düşük	34	112,71	15,32	,078	,925
	Orta	214	113,59	18,48		
	Yüksek	33	112,52	15,91		
Kendini suçlama	Düşük	34	10,68	2,14	,536	,586
	Orta	214	11,26	3,13		
	Yüksek	33	11,24	3,51		
Kabul	Total	281	11,19	3,07	,162	,850
	Düşük	34	12,47	3,44		
	Orta	214	12,80	3,29		
Ruminasyon	Yüksek	33	12,88	3,77	,608	,545
	Düşük	34	13,50	3,41		
	Orta	214	14,17	3,41		
Olumlu Yeniden Odaklanma	Yüksek	33	14,24	3,13	1,608	,202
	Düşük	34	13,00	3,95		
	Orta	214	12,73	3,85		
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Yüksek	33	11,52	3,74	,107	,899
	Düşük	34	15,24	3,35		
	Orta	214	15,50	3,29		
Olumlu Yeniden Değerlendirme	Yüksek	33	15,55	3,22	,624	,537
	Düşük	34	14,94	3,29		
	Orta	214	15,34	3,47		
Olayın değerini azaltma	Yüksek	33	14,70	3,40	,082	,921
	Düşük	34	14,18	2,94		
	Orta	214	14,12	3,41		
Felaketleştirme	Yüksek	33	13,88	3,81	1,253	,287
	Düşük	34	9,59	2,72		
	Orta	214	9,37	3,57		
Diğerlerini Suçlama	Yüksek	33	10,42	4,19	1,344	,263
	Düşük	34	9,12	2,93		
	Orta	214	8,29	2,87		
Sağlık Anksiyetesi	Yüksek	33	8,09	3,22	,617	,541
	Düşük	34	32,41	6,96		
	Orta	214	31,68	6,87		
Gövde Boyut	Yüksek	33	30,58	6,71	1,266	,284
	Düşük	34	25,24	5,08		
	Orta	214	24,96	5,60		
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	Yüksek	33	23,39	5,36	1,061	,347
	Düşük	34	7,18	2,79		
	Orta	214	6,72	2,11		
Genel Sağlık	Yüksek	33	7,18	2,38	,966	,382
	Düşük	34	56,38	17,06		
	Orta	214	53,93	11,08		

Analiz sonucuna göre (Bkz. Tablo 31); katılımcıların, yeme tutumu, bilişsel duygu düzenleme, kendini suçlama, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama, sağlık anksiyetesi, gövde boyut, hastalığın olumsuz sonuçları, genel sağlık puanları, gelir düzeyine göre istatistiki bakımdan anlamlı

farklılaşmamaktadır ($p>0.05$). Diğer bir ifade ile katılımcıların gelir düzeyi, yeme tutumu, bilişsel duygu düzenleme, kendini suçlama, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama, sağlık anksiyetesi, gövde boyut, hastalığın olumsuz sonuçları, genel sağlık grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

Tablo 32: BKİ'ine Göre Değişkenlerden Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	BKİ	f	$\bar{X}$	SS	F	p/	Grup Fark
Yeme Tutumu	(1)Normal	164	172,66	22,41	1,092	,337	
	(2)Pre-Obez	82	170,67	20,54			
	(3)Obez	35	166,60	27,35			
Bilişsel Duygu Düzenleme	(1)Normal	164	113,01	17,93	,610	,554	
	(2)Pre-Obez	82	112,74	17,70			
	(3)Obez	35	116,46	17,52			
Kendini suçlama	(1)Normal	164	11,29	3,08	,812	,445	
	(2)Pre-Obez	82	10,84	2,76			
	(3)Obez	35	11,51	3,71			
Kabul	(1)Normal	164	12,88	3,22	,727	,484	
	(2)Pre-Obez	82	12,41	3,51			
	(3)Obez	35	13,11	3,62			
Ruminasyon	(1)Normal	164	14,47	3,38	2,435	,089	
	(2)Pre-Obez	82	13,56	3,21			
	(3)Obez	35	13,60	3,58			
Olumlu Yeniden Odaklanma	(1)Normal	164	12,37	3,86	,860	,424	
	(2)Pre-Obez	82	13,01	3,91			
	(3)Obez	35	12,89	3,74			
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	(1)Normal	164	15,30	3,20	1,020	,362	
	(2)Pre-Obez	82	15,52	3,54			
	(3)Obez	35	16,17	2,98			
Olumlu Yeniden Değerlendirme	(1)Normal	164	15,12	3,45	,330	,719 ,711*	
	(2)Pre-Obez	82	15,48	3,59			
	(3)Obez	35	15,06	3,06			
Olayın değerini azaltma	(1)Normal	164	14,01	3,31	1,446	,237	
	(2)Pre-Obez	82	13,89	3,67			
	(3)Obez	35	15,00	3,07			
Felaketleştirme	(1)Normal	164	9,30	3,45	1,692	,186	
	(2)Pre-Obez	82	9,55	3,62			
	(3)Obez	35	10,51	3,84			
Diğerlerini Suçlama	(1)Normal	164	8,26	2,92	,271	,763	
	(2)Pre-Obez	82	8,48	2,94			
	(3)Obez	35	8,60	2,98			
Sağlık Anksiyetesi	(1)Normal	164	32,30	6,84	3,468	,033	1→3
	(2)Pre-Obez	82	31,44	6,91			
	(3)Obez	35	29,00	6,22			
Gövde Boyut	(1)Normal	164	25,37	5,54	4,118	,017	1→3
	(2)Pre-Obez	82	24,70	5,41			
	(3)Obez	35	22,46	5,15			
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	(1)Normal	164	6,94	2,30	,545	,580	
	(2)Pre-Obez	82	6,74	2,22			
	(3)Obez	35	6,54	1,90			
Genel Sağlık	(1)Normal	164	55,73	11,20	3,996	,019	1→2 1→3
	(2)Pre-Obez	82	51,48	13,38			
	(3)Obez	35	52,20	11,22			

Analiz sonucuna göre (Bkz. Tablo 32); katılımcıların, yeme tutumu, bilişsel duygu düzenleme, kendini suçlama, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama ve hastalığın olumsuz sonuçları puanları, BKİ'ine göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmazken ($p>0.05$) katılımcıların sağlık anksiyetesi, gövde boyut ve genel sağlık puanları, BKİ'ine göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmaktadır ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile katılımcıların BKİ, yeme tutumu, bilişsel duygu düzenleme, kendini suçlama, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama ve hastalığın olumsuz sonuçları grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmazken sağlık anksiyetesi, gövde boyut ve genel sağlık grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmaktadır. Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni post hoc testi ile incelenmiştir. Analiz sonuçları incelendiğinde;

a. BKİ'ine göre Obez olarak sınıflandırılan katılımcıların sağlık anksiyetesi, gövde boyut ve genel sağlık düzeylerinin BKİ'ine göre normal olarak sınıflandırılan katılımcıların sağlık anksiyetesi, gövde boyut ve genel sağlık düzeylerinden düşük olduğu ve bu durumunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

b. BKİ'ine göre Pre-Obez olarak sınıflandırılan katılımcıların genel sağlık düzeylerinin BKİ'ine göre normal olarak sınıflandırılan katılımcıların genel sağlık düzeylerinden düşük olduğu ve bu durumunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

3.5. Değişkenlerin Birbiriyle İlişkisi İle İlgili Bulgular

Çalışmanın bu kısmında, yeme tutumu, bilişsel duygu düzenleme, sağlık anksiyetesi ve genel sağlık anketi arasındaki ilişki parametrik test yöntemlerinden “Pearson Korelasyon Analizi”yle incelenmiştir, istatistiki anlamlılık $p<0,05$ seviyesinde değerlendirilmiştir. Korelasyon katsayısının değerlendirme ölçütleri şöyledir;

“0.00 = r_p ise ilişki yoktur.”

“0.00 < r_p < 0.29 ise düşük düzeyde ilişki vardır.”

“0.30 < r_p < 0.69 ise orta düzeyde ilişki vardır.”

“ $0.70 < r_p < 0.99$ ise yüksek düzeyde ilişki vardır.”

“ $1.00 = r_p$ ise mükemmel ilişki vardır” (Köklü, Büyüköztürk ve Bökeoğlu, 2006)¹.

“ $1.00 = r_p$ ise mükemmel ilişki vardır”.

Tablo 33: Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

	1.	2.	3.	4.	5.
1.Yeme Tutumu	r_p 1	-,058	-,245**	-,270**	,091
	p	,334	,000	,000	,129
2. Bilişsel Duygu Düzenleme	r_p	1	-,029	,062	-,077
	p		,629	,301	,196
3. Sağlık Anksiyetesi	r_p		1	,430**	-,173**
	p			,000	,004
4.Genel Sağlık	r_p			1	-,142*
	p				,017
5. Yaş	r_p				1
	p				

** $p < 0.01$

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların yeme tutumu algısı ile sağlık anksiyetesi ve genel sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve düşük düzeyde ilişki ($p < 0,05$) varken katılımcıların yeme tutumu algısı ve yaş ile bilişsel duygu düzenleme algısı arasında anlamlı ilişki ($p > 0,05$) olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuca göre hipotez değerlendirmesi yapıldığında;

“H1. Katılımcıların sağlık kaygıları ile yeme tutumları arasında anlamlı ilişki vardır.” sağlık anksiyetesi ile yeme tutumu arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişli olduğu için hipotezin desteklendiği,

“H2. Katılımcıların duygu düzenleme becerileri ile yeme tutumları arasında anlamlı ilişki vardır.” bilişsel duygu düzenleme ile yeme tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişli olmadığı için hipotezin desteklenmediği,

“H3. Katılımcıların genel sağlık algıları ile yeme tutumları arasında anlamlı ilişki vardır.” genel sağlık ile yeme tutumu arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişli olduğu için hipotezin desteklendiği belirlenmiştir.

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların bilişsel duygu düzenleme algısı ile sağlık anksiyetesi, genel sağlık algısı ve yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p>0,05$) olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların sağlık anksiyetesi algısı ile genel sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve orta düzeyde ilişki ($p<0,05$) varken katılımcıların sağlık anksiyetesi algısı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve düşük düzeyde ilişki ($p<0,05$) olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların genel sağlık algısı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve düşük düzeyde ilişki ($p<0,05$) olduğu belirlenmiştir.

BÖLÜM 4: TARTIŞMA

Araştırma, COVID 19 salgın döneminde 18-65 yaş aralığındaki bireylerin sağlık kaygı düzeyleri ile duygu düzenleme becerileri ve yeme tutumları arasında herhangi bir ilişkinin olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yapıldı. Salgın dönemi olması sebebiyle kişilere online olarak ulaşıldı ve kolaylıklı örneklem yolu ile 281 katılımcıya ulaşıldı. Katılımcıların kişisel özelliklerinden cinsiyet, medeni durum, yaş, çalışma durumu, eğitim durumu ve gelir düzeyi dağılımları incelendiğinde; araştırmaya dahil edilen katılımcıların %62,3'ünün kadın, %34,5'inin 27-37 yaşlarında, %50,5'inin bekar, %62,6'sının üniversite mezunu, %72,6'sının çalıştığı ve %76,2'sinin orta gelirli olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların yeme tutumu, sağlık anksiyetesi ve genel sağlık anketi puanları arasında anlamlı negatif yönde bir ilişki saptanmıştır, Sağlık kaygı seviyesi yüksek bulunan kişilerde beslenme stratejileriyle ilişkili zihinsel uğraş seviyelerinin de yüksek olduğu söylenmektedir (Hadjistavropoulos ve Lawrence, 2007). Macht (2008), insanların strese rağmen daha güçlü yediklerini ancak daha fazla şeker, karbonhidrat ve yağ içeren yiyecekleri tercih ettiklerini belirtmiştir. Hadjistavropoulos ve Lawrence (2007) çalışmalarında, sağlığıyla ilgili endişe sahibi olan kadınların bozuk yiyeceklerle ilişkili zihinsel olarak meşguliyet ve yeme tutumlarından çok fazla diyet yapma durumlarına sahip olduklarını söylemişlerdir. Başka bir çalışmada, Van da Strein ve ark. (2003) ve Duenyas (2014) tarafından yapılan bir araştırmada, katılımcıların düşük duygusal farkındalık ve duyguları ayarlamada zorluk nedeniyle yeme davranışını bozma olasılığının daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır. Bireyler sağlıksız yiyecek ve içeceklere kolaylıkla ulaşım sağladığında, yemek yemeyi stresle baş etme stratejisi olarak kullanabildiği görülmüştür. Bu sonuç, kişinin beden aldıyla ilişkili hassasiyetinin fazlalaşmasına, bununla birlikte, ruh sağlığıyla ilişkili sorunlarına temel hazırlamaktadır (Atik ve Örtün 18). Tüm bu bilgiler doğrultusunda araştırmadaki sonuçlardan sağlık anksiyetesinin artması durumunda olumsuz yeme tutumlarının artması ve genel sağlık anketi puanlarının azalması sonucu desteklenmektedir.

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların sağlık anksiyetesi algısı ile genel sağlık anketi puanlarıyla ilgili istatistiksel düzeyde anlamlı ve pozitif yönde ilişki varken buna göre; Deveci ve arkadaşları (2012) yılında lisans öğrencileriyle gerçekleştirdikleri çalışmada

genel sağlıklarını kötü olarak düşünen öğrencilerin süreklilik anksiyete puanlarının ortalamaları farklı gruplar ile karşılaştırıldığında daha yüksek seviyede olduğu gözlemlenmiştir.. Öte yandan çalışmamızı destekler nitelikte olarak , depresyon ve anksiyete gibi insan psikolojisini olumsuz etkileyen durumların da duygusal yeme davranışını etkilediğı gösterilmiştir. Heatherton ve Baumeister (1991), olumsuz duyguları algılayan insanların duygularından kurtulmak için duygusal beslenme davranışı sergilediğini tespit etmiştir. Bu davranışa, bireyin öz farkındalığını riske atan belirli koşul ve koşulların neden olduğu; Kişi psikolojik bütünlüğünün tehdit edildiğini hissettiğinde duygusal yeme davranışı gösterdiğini belirtmiştir. Başka bir çalışmada da Yılmaz (2017) yeme tutumunu “bireylerin yeme ve beslenme ile ilgili düşüncelerinin, duygularının ve davranışlarının” oluşturduğunu belirtmektedir. (Köroğlu, 2013).

Katılımcıların beden kitle indeksi, yeme tutumu, bilişsel duygu düzenleme grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmazken sağlık anksiyetesi, gövde boyut ve genel sağlık anketi ortalama puanları arasında farklılık oluşturduğu saptanırken mevcut çalışmalarda, Clum vd (2014); Pandemi sürecinde bireyin strese bağı duygusal beslenme alışkanlıkları yüksek kalorili gıdalara eğilimi artırabilir ve bu tür beslenme değışiklikleri obezitenin gelişmesine neden olabilir. Duygusal bir diyetin vücut kitle indeksi (BMI) stres ve depresyon ile aktif olarak ilişkili olduğunu göstermiştir. Başka bir çalışmada ise Özyıldırım (2015) kişilerin sağlıklarıyla olan kaygılarının beden kitle indeksiyle algılamış oldukları stresle aralarında negatif yönlü ilişkili olduğu yönündedir. Bunun anlamı stresli olan bir bireyin kilo kaybı yaşayabileceğidir.

Katılımcıların yeme tutumu algısı ile bilişsel duygu düzenleme algısı ve yaş arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiş, bu çalışmadan farklı olarak Smolak (2002) ise duygu düzenleme ve becerilerinin yeme bozukluğuna etkisi araştırmak üzere yapmış olduğu çalışmasında 6 yaşından itibaren çocuk olarak nitelendirilen bireylerin toplum tarafından kilolu bireylere yönelik olan tepkileri fark edebilecekleri ve bu sebepten dolayı yeme bozukluğu oluşacağı yönünde bulgular olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların sağlık anksiyetesi algısı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde ilişki olduğu ve genel sağlık algısı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir. Sim ve Zeman (2006), yeme bozukluğunun risk grubunu temsil eden ergenler üzerinde yaptıkları bir çalışmada, düşük

duygusal farkındalık, olumsuz duygular ve olumsuz duyguların işlevsizliğinin memnuniyeti arasında bir aracı olarak tedavisinin tıknırcasına yeme ve vücudun belirtisi olduğunu bulmuşlardır. Kolaç ve ark. (2018) yılında çalışanlar üzerinde yapmış oldukları çalışmada elde ettiğimiz bulguya benzer olarak, sağlık algısı ile çalışanların demografik nitelikleri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre sağlık algısı ile yaş arasında istatistiksel olarak farklılık tespit edilmiştir. Araştırmaya dahil edilen katılımcıların cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi, yeme tutumu, bilişsel duygu düzenleme, kabul, kendini suçlama, olumlu yeniden odaklanma, ruminasyon, plan yapmaya yeniden odaklanma, olayın değerini azaltma, olumlu yeniden değerlendirme, felaketleştirme, diğerlerini suçlama, sağlık anksiyetesi, gövde boyut, hastalığın olumsuz sonuçları, genel sağlık anketi ortalama puanları arasında farklılık oluşturmadığı görülmüş, Buna karşıt olarak, Bozdağ (2016) üniversite öğrencileri üzerinde sağlık kontrol odağı ve sağlıklı yaşam biçimi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu çalışmanın amacı üniversitede okuyan öğrencilerde sağlık kontrol odağıyla sağlıklı hayat şekli davranışları arasındaki ilişkinin tespit edilmesi ve sosyodemografik bilgilere göre farklılıkların incelenmesidir. Sosyodemografik değişkenler için cinsiyet, tanımlı kronik rahatsızlık olması, sınıf ve okunan fakülte değişkenleri için sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kontrol odağı boyutları ile ilgili farklılık bulunmuş. Cinsiyet ile yeme tutumlarıyla ilişkili literatürde, Şanlıer, Yabancı ve Alyakurt'un 2008 senesinde üniversite öğrencileriyle beraber yapmış olduğu araştırmada, cinsiyete bağlı yeme tutumlarıyla çalışılmış, kadınların %25,7 oranda , erkeklerin ise %20,4'ünün yüksek seviyede yeme bozukluğu riskine sahip olduğu bulunmuştur. Üniversite öğrencileri ile beraber gerçekleştirilen başka bir araştırma kadınların %12 oranında normal olmayan yeme tutumlarına sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır (Çelikel vd., 2008). Çalışma sonuçları da gösteriyor ki yeme tutumları kadın ve erkekler cinsiyette farklılık gösterebilmektedir. Literatüre'deki bilgilere karşıt olarak çalışmamızda cinsiyet demografik özelliği anlamlı bir ilişki sunmamaktadır. Yapılan literatüre karşılaştırmasıyla bazı demografik özelliklerin yeme tutumu, sağlık kaygısı ve duygu düzenleme üzerinde anlamlı fark yaratabilecekken çalışmamızda bütün demografik özelliklerin anlamlı farkı desteklemediği sonucu saptanmıştır.

Tüm bu bilgiler ışığında çalışmamızın sonuçlarının sağlık anksiyetesi ve genel sağlık anketi puanları arasındaki pozitif yönlü anlamlı ilişkinin literatüre tarafından

desteklendiği, yine aynı şekilde yeme tutumu, bilişsel duygu düzenleme ve sağlık kaygısı arasındaki fark yaratan ilişkinin literatüre tarafından desteklendiği, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi gibi bazı demografik özelliklerin çalışmamız için anlamlı bir ilişki sunmadığı, literatürdeki bilgilere göre desteklendiği saptanmıştır. Doğruel ve Kırılı'nın yaptığı, tıp fakültesi öğrencilerinin yeme tutumu ve stresle baş etme yollarının incelendiğinde bir diğer araştırmada öğrencilerin yeme tutumunda demografik değişkenler yönünden bir farklılık bulunmamıştır. Ayrıca yeme tutumu ve stresle başa çıkma yollarından kaçınan başa çıkma ve problem odaklı başa çıkma arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Doğruel ve Kırılı, 2021).

Çalışmamızın Koronavirüs döneminde gerçekleştirilmiş olması, kişinin yaşayabileceği stres, sağlık kaygısı, iş kaybı gibi durumlarla karşılaşma ihtimalinin yüksek olması sebebiyle demografik bilgilerin etkilenmesi durumundan kaynaklı olarak literatüre ile karşıtlık saptandığı düşünülmektedir. Torres ve Nowson, stres ve yeme davranışı arasındaki ilişkiyi analiz etmişler ve insanların daha iyi hissetmek için yemek yiyip içerek stresle başa çıktıklarını belirlemişlerdir (Torres ve Nowson., 2007). Bu sebeple salgın döneminde stres altında kalan kişiler sağlık kaygısı geliştirerek yeme tutumlarında değişim yaşamış olabilirler. Stres faktörü, yemek yeme amacının yeme tutumuyla mevcut duygusal durumu kontrol etmek için yapıldığını göstermektedir (Konttinen ve ark., 2010). Salgın dönemindeki stresi kontrol altına alma isteği ile geliştirilmiş olabilecek bu davranışlar araştırmanın sınırlılıklarından bir diğeri de olabilir. Ölçümlerin mevcut dönemdeki stres koşullarından etkilenmiş olma olasılığı ile ileri dönemde salgın olmayan bir zaman dilimi içerisinde araştırmanın geliştirilmesi ölçümlerin güvenilirliğini artırma özelliği taşıyabilir.

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda, Covid 19 salgın dönemini de göz önünde bulundurarak katılımcıların çevrimiçi formlarla anketlere yanıt vermesi sebebiyle veri toplama açısından sınırlı olabileceği düşünülmektedir. Araştırma verilerinin katılımcıların öz bildirimine dayalı ölçülmesi ve yüz yüze görüşme yerine online platformlarda toplanmış olması nedeniyle ölçümlerin güvenilirliği etkilenebilir. Öte yandan, araştırmanın klinik örneklemde yeme bozuklukları ile yapılmaması araştırmanın belirtilmesi gereken sınırlılıklarındandır. Gelecekteki çalışmalar için önemli olduğu düşünülmektedir. Gelecek araştırmalarda değişkenlerinin klinik örneklemde ve

yüz yüze ölçüm ile veri toplanarak çalışmanın tekrar edilmesi bulgularının geçerliği ve güvenilirliği açısından büyük önem taşıyabilir.

Son olarak, araştırmanın sınırlı bir popülasyon ile kesitsel bir çalışma olması, genellenebilir olmaması, araştırmanın kesitsel bir çalışma olması çalışmasının sınırlılıkları içerisindedir. Yorumlanan bu sınırlılıkların gelecek dönem yapılacak araştırmalar için dikkate alınarak çalışmaların evrenin daha fazla bir kesimine ulaşarak düzenlenmesi gerektiği düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, genç yetişkinlerin koronavirüs salgını dönemindeki beslenme davranışlarını belirlemeye çalışmıştır. Olumsuz yeme tutumlarının duygu düzenleme becerileri ve sağlık anksiyetesi ile ilgili ilişkisi incelenmiştir. Ayrıca Covid 19 salgın süresinde bireylerin yeme tutumlarının demografik bilgilere göre farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Bunu akılda tutularak, bu araştırma, koronavirüs salgını esnasında insanların nasıl beslendiğine dair önemli bilgiler sağlamakta ve çeşitli disiplinlerdeki literatüre katkıda bulunmaktadır. Çalışmada göze çarpan ilk bulgu araştırmaya dahil edilen katılımcıların sağlık anksiyetesi ile genel sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişki olması ile edilen katılımcıların yeme tutumu algısı ile sağlık anksiyetesi ve genel sağlık anket puanları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı ve negatif yönlü ilişki varken katılımcıların yeme tutumu algısı ile bilişsel duygu düzenleme algısı ve yaş arasında anlamlı ilişki olmadığıdır.

Yapılan çalışma 281 örneklem üzerinde gerçekleştirilmiş olup; bu katılımcıların büyük bir kısmı Covid 19 geçirmediği görülmüştür. Ancak bununla beraber yakın çevresinde bu virüse yakalananlar olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma grubunu teşkil eden katılımcıların, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma ve gelir durumuna göre değişkenlerden elde edilmiş toplam puanlar için farklılaşmalara bakıldığında;

- Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyetinin, bilişsel duygu düzenleme, kabul, ruminasyon, kendini suçlama, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden odaklanma, olayın değerini azaltma, felaketleştirme gibi genel sağlık grup ortalama puanları arasında farklılık oluştururken yeme tutumu, olumlu yeniden değerlendirme, diğerlerini suçlama, sağlık anksiyetesi, gövde boyut, hastalığın olumsuz sonuçları grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmadığı,

- Katılımcıların medeni durumunun, kendini suçlama, olumlu yeniden odaklanma, gövde boyut, genel sağlık grup ortalama puanları arasında farklılık oluştururken yeme tutumu, bilişsel duygu düzenleme, ruminasyon, kabul, olumlu yeniden değerlendirme, plan yapmaya yeniden odaklanma, olayın değerini azaltma,

felaketleştirme, diğerlerini suçlama, sağlık anksiyetesi, hastalığın olumsuz sonuçları grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmadığı,

- Katılımcıların eğitim durumunun, kabul, kendini suçlama, olumlu yeniden değerlendirme, olumlu yeniden odaklanma, grubun ortalama puanları arasında farklılık oluştururken yeme tutumu, bilişsel duygu düzenleme, plan yapmaya yeniden odaklanma, ruminasyon, olayın değerini azaltma, diğerlerini suçlama, felaketleştirme, hastalığın olumsuz sonuçları, sağlık anksiyetesi, gövde boyut, genel sağlık grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmadığı,

- Katılımcıların çalışma durumunun, kendini suçlama grubun ortalama puanları içinde farklılık oluştururken yeme tutumu, bilişsel duygu düzenleme, ruminasyon, kabul, olumlu yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, plan yapmaya yeniden odaklanma, olayın değerini azaltma, diğerlerini suçlama, felaketleştirme, sağlık anksiyetesi, gövde boyut, hastalığın olumsuz sonuçları, genel sağlık grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmadığı,

- Katılımcıların gelir düzeyinin, yeme tutumu, bilişsel duygu düzenleme, ruminasyon, kendini suçlama, plan yapmaya yeniden odaklanma, kabul, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, olumlu yeniden odaklanma, diğerlerini suçlama, sağlık anksiyetesi, felaketleştirme, gövde boyut ile hastalığın olumsuz sonuçları, genel sağlık grup ortalama puanları içinde farklılık oluşturmadığı,

Katılımcıların beden kitle indeksinin, yeme tutumu ile , bilişsel duygu düzenleme, kendini suçlama, kabul, olumlu yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, ruminasyon, olayın değerini azaltma, plan yapmaya yeniden odaklanma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama ile hastalığın olumsuz sonuçları grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmazken sağlık anksiyetesi, gövde boyut ve genel sağlık grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturduğu saptanmıştır.

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların yeme tutumu algısı ile sağlık anksiyetesi ve genel sağlık algısı adına istatistiksel düzeyde anlamlı ve negatif yönlü ilişki varken katılımcıların yeme tutumu algısı ile bilişsel duygu düzenleme algısı ve yaş arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların sağlık anksiyetesi algısı ile genel sağlık algısı için istatistiksel bağlamda anlamlı ve pozitif yönlü ilişki varken katılımcıların sağlık anksiyetesi algısı ile yaş için istatistiksel bağlamda anlamlı ve negatif yönlü ilişki olduğu görülmüştür.

Aylardır devam eden COVID 19 pandemisinin psikolojik ve sosyal etkilerine ilişkin güncel araştırmalar, paydaşların psikolojik ve sosyal süreçleri hakkında bilgi sağlayan bütünsel içgörüler üretmiştir. Uzun bir karantina döneminde orta ila şiddetli kaygı ve umutsuzluk belirtileri gösteren katılımcıların nispeten yüksek bir oranını gösteren mevcut çalışmalar, COVID 19 pandemisinin psikolojik etkilerine ilişkin önceki çalışmaların sonuçlarıyla tutarlıdır. Bu bulgulardan yola çıkarak, "ev yasakları" ya da sosyal izolasyon stratejilerine uyanların psikolojik dayanıklılıklarını güçlendirmek ve bu önlemlerin sürdürülebilirliğini artırmak için çeşitli ihtiyaçlara odaklanılmalıdır.

Önde gelen ihtiyaçlardan biri, COVID 19 pandemisinin neden olduğu kriz sırasındaki temel endişelerin bir öncelik olarak anlaşılmasını sağlamak için şeffaflık çerçevesinde araştırmaları teşvik etmek ve geliştirmek olmalıdır. Bu süreci mümkün olan en sağlıklı şekilde yönetmek, yerel ve küresel düzeyde toplulukların ekonomik, sağlık ve güvenlik kaygılarını anlamak ve bunları ele almak için yönetim ve işbirlikçi yaklaşımlar geliştirmek önemlidir. Korku ve umutsuzluk ile karakterize edilen COVID 19 pandemisi sırasında psikolojik ve tıbbi desteğe duyulan ihtiyaç göz önüne alındığında, ruh sağlığı desteğine erişimin teşvik edilmesi faydalıdır. Virüsün yayılmasını kontrol altına almaya yönelik tedbirler yönetim stratejilerinin merkezinde yer alırken, bireylerin fiziksel ve zihinsel sağlığını destekleyen uygulamaların hayata geçirilmesi gerekmektedir. Birey bu sürece daha az fiziksel ve psikolojik zarar vererek tahammül edebiliyorsa, ülke bu sürece uzun vadede daha az ekonomik ve sosyal zararla devamlılığı sağlanacaktır.

Bununla birlikte, bu çalışmada bulunan sonuçlar olumsuz yeme tutumlarının iyileştirilmesinde pandemi tarihine kaynak olarak hangi stratejilerin daha etkili olabileceği konusunda ipucu olabileceği için önemli olduğu düşünülmektedir. Çalışmada bulunan risk faktörleri ileri dönem koruyucu ruh sağlığı müdahaleleri için yol gösterici olabilir.

Yapılacak ileri çalışmalar için klinik örneklem ile daha geniş hasta grubu ile ulaşılan sonuçları genişletmek çalışmanın sonuçları için öneri niteliği taşımaktadır. Bu yol ile, çalışmanın sonuçları evrende daha geniş bir gruba hizmet etmiş olacaktır. Bu verilerden yola çıkarak klinik vakalar ile yeme bozuklukları, duygu düzenleme becerileri ve sağlık kaygısı ilişkileri incelenebilir. Öte yandan çalışmanın covid 19 salgın döneminde gerçekleştirilmiş olması sebebiyle kişilerin kaygı durumları mevcut hayat koşulları dışında da etkilenebileceği düşünülür ise, çalışmanın sonuçlarının doğrulanması ve verilen yanıtların salgın döneminin getirebileceği kaygı durumundan ayrıştırılması adına ileri çalışmaları salgın döneminin sonlanmış olduğu bir zaman diliminde gerçekleştirmek, ulaşılan sonuçların salgın döneminin getirebileceği kaygı durumundan ayrışarak değerlendirilmesini sağlayabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Akgül, G. (2008). Sivas İl Merkezi Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik- Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Aktürk, B. (2016). Oyun Tabanlı Psikoeğitim Programının Boşanmış Aileye Sahip Okul Öncesi Çocukların Duygu Düzenleme Beceri Düzeylerine Etkisi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Melikşah Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri.
- Allen, K., Bryne, M. S., Oddy, H. W. ve Crosby, R. (2013). DSM-IV-TR and DSM-V Eating Disorders in Adolescents; Prevalence Stability and Psychosocial Correlates in a Population-Based Sample of Male and Female Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 720-732.
- Altan, Ö. (2006). The Effects of Maternal Socialization and Temperament on Children's Emotion Regulation. *Yüksek Lisans Tezi*. Koç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Altunbaş, G. (2014). Psikoeğitim Programının Üniversite Öğrencilerinin Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Kullanımına ve Mükemmeliyetçi Bilişlerine Etkisi. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- American Psychiatry Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed., Rev.). Washington, D.C: APA, 1994, Author.
- Anagnostopoulos, F. ve Botse, T. (2016). Exploring the Role of Neuroticism and Insecure Attachment in Health Anxiety, Safety-Seeking Behavior Engagement, and Medical Services Utilization: a Study Based on an Extended Interpersonal Model of Health Anxiety, *SAGE Open*, 6(2), 1-13.
- Anderson, R., Saulsman, L. ve Nathan, P. (2011). Helping Health Anxiety. Perth, Western Australia: Centre for Clinical Interventions.

- Angl , S., Engblom, J., Eriksson, T., Kautiainen, S., Saha, M. T., Lindfors, P., Lehtinen, M. ve Rimpel , A. (2009). Three Factor Eating Questionnaire-R18 as A Measure of Cognitive Restraint, Uncontrolled Eating and Emotional Eating in A Sample of Young Finnish Females. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6(1), 41.
- Ard , A. (2008) Adölesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Arslan, C. ve Ceviz, D. (2007). Ev Hanımı ve  alışan Kad nlar  Obezite Prevalas  ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Tıp Dergisi*, 21(8), 211-220.
- Aslan, H. S. (2001). Beden İmgesi ve Yeme Davranışları Bozuklukları ile Medya İlişkisi. *Düşünen Adam Dergisi*, 14(1), 41-47.
- Atkinson, R., Smith, E. ve Hilgard, E. (1987). Introduction to Psychology. Orlando: Harcourt Brace Jovanovich Publishers.
- Baltaş, Z. (2000). Sağlık Psikolojisi: Halk Sağlığında Davranış Bilimleri. İstanbul: Remzi Yayınları.
- Barsky, A. J., Wool, C., Barnett, M. C. ve Cleary, P. D. (1994). Histories of Childhood Trauma in Adult Hypochondriacal Patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 397-401.
- Batı, A. H., Mandıracioğlu, A., Govsa, F. ve  am, O. (2018). Health Anxiety and Cyberchondria among Ege University Health Science Students. *Nurse Education Today*, 71, 169-173.
- Berk, L. E. (2015). Infants and Children Prenatal Through Middle Childhood. *Bebekler ve  ocuklar Doğum  ncesinden Orta  ocukluğa*. 7. Baskı. N. Erdoğan ( ev.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd şti.
- Berker, N. (2007). Sağlık Bilgisi Ortaöğretim Ders Kitab . Ankara: Mega.

- Biçer, U. (2015). Sınav Kaygısını Yenmek İçin 16 Etkin Uygulama. İstanbul: Cinius Yayınları.
- Bilazer, F. N., Konca, G. E., Uğur, S., Uçak, H., Erdemir, F. ve Çıtak, E. (2008). Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları. Ankara: Türk Hemşireler Derneği.
- Boyd, D. R. ve Bee, H. L. (2014). The Growing Child. 13. Baskı. United States: Pearson.
- Bozdağ, G. (2016). Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Kontrol Odağı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Bozhüyük, A. (2010). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi*. Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana.
- Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdek, H., Akpınar, E., Saatçi, E. ve Bozdemir, N. (2012). Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(1), 13-18.
- Bradbury, L. L. ve Shaffer, A. (2012). Emotion Dysregulation Mediates the link between Childhood Emotional Maltreatment and Young Adult Romantic Relationship Satisfaction. *Journal of Agression, Maltreatment and Trauma*, 21, 497-515.
- Castillo, M. ve Weiselberg, E. (2017). Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47, 85-94. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.004>
- Chang, L., Schwartz, D., Dodge, K. A. ve McBride-Chang, C. (2003). Harsh Parenting Inrelation to Child Emotion Regulation and Parenting. *Journal of Family Psychology*, 17, 598–606.
- Clark, L. A., Watson, D. (2008). Temperament. In: Handbook of Personality: *Theory and Research*, Pervin, L. A. ve O. P. John (Ed.), 3. Baskı. New York: Guilford Press, 265-286.

- Clum, G. A., Rice, J. C., Broussard, M., Johnson, C. C. ve Webber, L. S. (2014). Associations Between Depressive Symptoms, Self-Efficacy, Eating Styles. *Exercise and Body Mass Index in Women*, 37, 577–586.
- Craig, T. K. J., Boardman, A. P., Mills, K., Daly-Jones, O. ve Drake, H. (1993). The South London Somatization Study I: Longitudinal Course and The Influence of Early Life Experiences. *The British Journal of Psychiatry*, 163, 579–588.
- Craig, T. K. J., Drake, H., Mills, K. ve Boardman, A. P. (1994). The South London Somatization Study II. Influence of Stressful Life Events, and Secondary Gain. *The British Journal of Psychiatry*, 165, 248–258.
- Crow, T., Cross, D., Powers, A. ve Bradley, B. (2014). Emotion Dysregulation as a Mediator between Childhood Emotional Abuse and Current Depression in a Low Income African American Sample. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1590-1598.
- Çakır, Z. (2013). Kadın Üniversite Öğrencilerinde Yeme Tutumlarının Mükemmeliyetçilik, Sosyotropi-Otonomi, Üstbilişler, Duygulara İlişkin İnançlar, Duygusal Zorlanmaya Toleranssızlık ve Kaçınma ile İlişkisi: Yatkınlaştırıcı ve Sürdürücü Faktörlere Dayalı Bir Model Önerisi. *Yayınlanmış Doktora Tezi*. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Çepni, S. A. (2010). Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sağlık Kontrol Odağı ve Sağlık Öz Yeterliliği İlişkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- De Lauzon-Guillain, B., Basdevant, A., Romon, M., Karlsson, J., Borys, J. M., Charles, M. A. ve Group, F. S. (2006). Is Restrained Eating a Risk Factor for Weight Gain in A General Population. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 83(1), 132-138.
- Deale, A. (2007). Psychopathology and Treatment of Severe Health Anxiety. *Psychiatry*, 6(6), 240-246.
- Denham, S. A. ve Burton, R. (2003). Social and Emotional Prevention and Intervention Programming for Preschoolers. New York: Springer Science+Business Media.

- Duenyas, R. (2014). The Relation Between Eating Attitudes, Attachment and Emotion Regulation. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Durmuşoğlu Saltalı, N. (2010). Duygu Eğitiminin Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Duygusal Becerilerine Etkisi. *Doktora Tezi*. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A. ve Murphy, B. C. (1995). Relations of Shyness and Low Sociability to Regulation and Emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(3), 505-517.
- Eisenberg, N., Liew, J. ve Pidada, S. U. (2001). The Relations of Parental Emotional Expressivity with Quality of Indonesian. *Children's Social Functioning Emotion*, 1(2), 116-136.
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L. ve Smith, C. L. (2004). Emotion-Related Regulation: Its Conceptualization, Relations to Social Functioning, and Socialization. In: The Regulation of Emotion. Philippot P. ve R. S. Feldman (Ed.). 1. Baskı. New Jersey: Psychology Press, 277-306.
- El-Gabalawy, R., McKenzie, C. S. ve Thibodeau, M. A. (2013) Health Anxiety Disorders in Older adults: Conceptualizing Complex conditions in Late Life. *ClinPsychol Rey*, 33, 1096-1105.
- Fairburn, C. G. ve Harrison, P. J. (2003). Eating Disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416.
- Fox, N. A. ve Calkins, S. D. (2003). The Development of Self-Control of Emotion: Intrinsic and Extrinsic Influences. *Motivation and Emotion*, 27(1), 7-26.
- Furer, P., Walker, J. R. ve Stein, M. B. (2007). Treating Health Anxiety and Fear of Death: A Practitioner's Guide. New York: Springer.

- Garrett-Peters, P. T. ve Fox, N. A. (2007). Cross-cultural Differences in Children's Emotional Reactions to a Disappointing Situation. *International Journal of Behavioral Development*, 31(2), 161-169.
- Gem, Z. (2018). Duygu Farkındalığı ve Duygu Mitlerine Yönelik Ölçüm Araçlarının ve Duygu Düzenlemeye Yönelik Bütünsel Bir Müdahale Programının Geliştirilmesi: Bir Ön Değerlendirme. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Goldsmith, H. H., Buss, A. H., Plomin, R., Rothbart, M. K., Thomas, A., Chess, S. ve McCall, R. B. (1987). Roundtable: What is Temperament? Four Approaches. *Child Development*, 58(2), 505- 529.
- Gottman, J. ve Declaire, J. (2018). Duygusal Zekâsı Yüksek Çocuklar Yetiştirmek. Ankara: Görünmez Adam Yayıncılık.
- Gross, J. J., ve Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. J. J. Gross (Ed.). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: The Guilford Press.
- Güçlü, N. (2001). Stres Yönetimi. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 91-109.
- Gül, A. İ., Özdemir, T., Börekçi, E. (2014) Dahiliye Polikliniğine Birden Fazla Gelen Hastalarda Sağlık Anksiyetesi Düzeyi. *J Clin Analytical Med* ,1-3. Doi : 10. 4328/JCAM.2951
- Gülgez, Ö. ve Gündüz, B. (2015). Diyalektik Davranış Terapisi Temelli Duygu Düzenleme Programının Üniversite Öğrencilerinin Duygu Düzenleme Güçlüklerini Azaltmadaki Etkisi. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 44(2), 191- 208.
- Han, Z. R. ve Shaffer, A. (2013). The Relation of Parental Emotion Dysregulation to Children's Psychopathology Symptoms: The Moderating Role of Child Emotion Dysregulation. *Child Psychiatry and Human Development*, 44(5), 591-601.

- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S. ve Styra, R. (2004). SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis.*, 10(7), 1206-1212. <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>
- Heatherton, T. F., Herman, C. P. ve Polivy, J. (1991). Effect of Physical Threat and Egothreat on Eating Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 138–143.
- Heatherton, T. ve Tice, D. M. (1994). Losing Control: How and Why People Fail at Self Regulation. San Diego: Academic Press.
- Herman, C. ve Polivy, J. (1980). Restrained Eating. *AJ Stunkard Obesity* (Ed.), 8(2), 208-225.
- Herzog, D. B. ve Eddy, K. T. (2007). Diagnosis, Epidemiology and Clinical Course of Eating Disorders. J. Yager ve P. S. Powers içinde. *Clinical Manual of Eating Disorders*, 129. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Hoek, H. W. (2006). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389-394.
- Hogan, B. (2010). Coping with Health Anxiety. Improving Access to Psychological Therapies, 1-24.
- Hökelekli, H. (2001) Din Psikolojisi, Ankara: T.D.V. Yayınları.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G. ve Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Hurley, K. (2018). Mükemmel Çocuk Mu? Mutlu Çocuk Mu? İstanbul: Beyaz Balina Yayınları.
- Kabakaş, K. (2018), Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Ölüm Korkusu ve Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri, *Yüksek Lisans Tezi*. Üsküdar Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Kadioğlu, M. ve Ergün, A. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu, Öz-Etkililik ve Etkileyen Faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 96-104.
- Karadayı, Ö. (2020) Ortoreksiya ve Bozuk Yeme Tutumlarının Beden İmgesi, Sağlık Kaygısı ve Obsesif İnançlarla İlişkisinin İncelenmesi, *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Karapınar, Ö. K., Aslan, S. ve Utku, Ç. (2012). Panik Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu ve Hipokondriaziste Sağlık Kaygısı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar*, 1(1), 43-51.
- Karataş, E. (2016). Yapılandırılmış Grup Sanat Terapisi Programının 15-18 Yaş Aralığındaki Ergenlerin Mutluluk Düzeyleri, Duygularını İfade Etme Eğilimleri, Duygu Düzenleme Güçlükleri ve Psikiyatrik Belirtilerine Etkisi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kaya, F. (2019). Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu ile Beden Algısı İlişkisinde İrrasyonel İnanışlar ve Ontolojik İyi Oluşun Aracılık Rollerinin İncelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kehler, M. D. ve Hadjistavropoulos, H. D. (2009). Is Health Anxiety a Significant Problem for Individuals with Multiplesclerosis? *J BehavMed*, 32, 150-61.
- Keskitalo, K., Tuorila, H., Spector, T. D., Cherkas, L. F., Knaapila, A., Kaprio, J., Silventoinen, K. ve Perola, M. (2008). The Three-Factor Eating Questionnaire, Body Mass Index, and Responses to Sweet and Salty Fatty Foods: A Twin Study of Genetic and Environmental Associations. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 88(2), 263-271.

- Keskingöz, B. (2002). Üniversite Öğrencileri ile Anoreksiya Nervoza Tanısı Alan ve Almayan Bireylerde Bağlanma Biçimleri, Kişiler Arası Şemalar ve Yeme Örüntüleri Arasındaki İlişkiler. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Koçoğlu, D. ve Akın, B. (2009). Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Deuhyo Ed*, 2(4), 145-154.
- Konttinen, H., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K. ve Haukkala, A. (2010). Emotional Eating, Depressive Symptoms and Self-Reported Food Consumption. *A Population-Based Study*, 54(3), 473-479.
- Köroğlu, E. (2007). Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM- IV- TR), Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Kurt, İ. (2006). Sorularla Kaygı ve Sınav Kaygısı. 2.Baskı. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Kuşdemir Derin, C. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Lacoste, S. M. (2017). Looking For The Origins of Anorexia Nervosa in Adolescence – A New Treatment Approach. *Aggression and Violent Behavior*, 36, 76-80.
- Lahey, B. B. (2009). Public Health Significance of Neuroticism. *American Psychologist*, 64, 241-256.
- Lilly, M. M. ve Lim, B. H. (2013). Shared Pathogeneses of Posttrauma Pathologies: Attachment, Emotion Regulation, and Cognitions. *Journal of Clinical Psychology*, 69(7), 737-748.
- Macht, M. (1999). Characteristics of Eating in Anger, Fear, Sadness and Joy. *Appetite*, 33(1), 129-139.

- Macht, M. (2008). How Emotions Affect Eating: a Five-way Model. *Appetite*, 50(1), 1-11.
- Maner, F. (2001). Yeme Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 5(4), 130-139.
- McNutt, L. A., Carlson, B. E., Persaud, M. ve Postmus, J. (2002). Cumulative Abuse Experiences, Physical Health and Health Behaviors. *Annals of Epidemiology*, 12, 123-130.
- Morrison, J. (2016). DSM-5'i Kolaylaştıran: Klinisyenler İçin Tanı Rehberi. H. U. Kural (çev.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Moss-Morris, R. ve Petrie, K. J. (2001). Redefining Medical Students' Disease to Reduce Morbidity. *Medical Education*, 35, 724-728.
- Norton, P. J., Sexton, K. A. ve Walker, J. R. (2005). Hierarchical Model of Vulnerabilities for Anxiety: Replication and Extension with a Clinical sample. *CognBehavTher*, 34, 50-63.
- Noyes, R. J., Stuart, S. P. ve Langbehn, D. R. (2003). Test on An Interpersonal Model of Hypochondriasis. *PsychosomMed*, 65, 292-300.
- Oğlağı, Z. (2012). Yeme Bozukluklarında Çocukluk Çağı Travmalarının Benlik Saygısı ve Beden Algısı Değişkenleri Üzerine Etkisi. *Yayınlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi*. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Oğulluk, A. Z. (2019). Sosyodemografik Özellikler ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Anksiyetesi Üzerine Etkisinin Araştırılması. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara.
- Onat, O. ve Otrar, M. (2010). Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 31, 123-143.

- Oral, N. (2006). Yeme Tutum Bozukluğu ile Kişilerarası Şemalar, Bağlanma Stilleri, Kişilerarası İlişki Tarzları ve Öfke Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Öz, F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj Yayınlar.
- Özer, A. K. (1990). Sınav ve Sınanma Kaygısı. İstanbul: Varlık Yayınları.
- Özgen, L., Kınacı, B. ve Arlı, M. (2012). Eating Attitudes and Behaviors of Adolescents. *Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences*, 45(1), 229-247.
- Özsoy, E. (2017). Yeme Bozukluklarında Kişilik Özellikleri. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(1), 255-266.
- Öztürk, D. ve Bıkmaz, F. (2007). İlköğretim Programında Sağlık Bilinci: Sağlığa Bütüncül Yaklaşım Çerçevesinde Bir İçerik Analizi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 40(1), 215-242.
- Öztürk, B. (2020). Kişilerin Vücut Algısı, Yeme Tutumu ve Obsesyonlarının Fitness ile İlişkisi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Pehlivan, B. (2017). Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutum İnançları, Bağlanma Stilleri, Yalnızlık Düzeylerinin Yeme Tutumu Üzerindeki Etkisi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Peker, H. (2010). Dua, İbadet ve Dinî Törenler” Din Psikolojisi, Hölekli, H. (Ed.). Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2051 Açık Öğretim Fakültesi Yayını No: 1085, 192-213.
- Pirim- Düşgör, B. (2007). Anoreksiya Nervozada Babalık İşlevinin Projektif Testlerle Değerlendirilmesi, *Yayımlanmamış Doktora Tezi*. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.

- Plomin, R. ve Buss, A. M. (1984). The EAS Approach to Temperament. In: *Temperament: Early Developing Personality Traits*. Plomin, R., J. Dunn, L. Erlbaum (Ed.). London: Psychology Press, 76-80.
- Polivy, J. ve Herman, P. (2002). Causes Of Eating Disorders. *Annu. Rev. Psychol.*, 53, 187- 213.
- Premo, J. E. ve Kiel, E. L. (2014). The Effect of Toddler Emotion Regulation on Maternal Emotion Socialization: Moderation by Toddler Gender. *American Psychological Association*, 14(4), 782-793.
- Prior, M., Smart, D., Sanson, A. ve Oberklaid, F. (2001). Longitudinal Predictors of Behavioural Adjustment in Pre-Adolescent Children. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(3), 297-307.
- Raikes, H. A., Robinson, J. L., Bradley, R. H., Raikes, H. H. ve Ayoub, C. C. (2007). Developmental Trends in Self-Regulation among Low-Income Toddlers. *Social Development*, 16(1), 128 149.
- Robbins, J. M. ve Kirmayer, L. J. (1996). Transient and Persistent Hypochondriacal Worry in Primary Care. *Psychological Medicine*, 26, 575–589.
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A. ve Hershey, K. L. (1994). Temperament and Social Behavior in Childhood. *Merrill-Palmer Quarterly*, 19(82), 21-39.
- Schore, A. N. (2000). Attachment and The Regulation of The Right Brain. *Attachment and Human Development*, 2(1), 23-47.
- Semerci, B. ve Özer, A. S. (2007). Sınav Stresi ve Başa Çıkma Yolları. İstanbul: Merkez Kitapçılık Yayıncılık.
- Semiz, M., Kavakcı, Ö., Yağız, A., Yontar, G. ve Kugu, N. (2013). Sivas İl Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(3), 149-157.

- Sesverir, S. (2015). Bulimiya Nervoza’da İlk Nesneyle İlişkinin Rorschach Testiyle Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Shapiro, L. E. (2004). Yüksek EQ’lu Bir Çocuk Yetiştirmek, Ü. Kartal (çev.). İstanbul: Varlık Yayınları.
- Sim, L. ve Zeman, J. (2006). The Contribution of Emotion Regulation to Body Dissatisfaction and Disordered Eating in Early Adolescent Girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 207-216.
- Siyez, D. M. (2006). Yeme Bozukluğu Olan Çocuklar ve Ergenler Etiyolojisi ile İlgili Çalışmalar, Müdahale, Değerlendirme ve Tedavi. *Dokuz Eylül Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20, 21-27.
- Southam-Gerow, M. A. (2014). Emotion Regulation In Children And Adolescents. Çocuklarda ve Ergenlerde Duygusal Düzenleme. 1. Baskı, M. Şahin ve M. Artıran (çev.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd Şti.
- Sözen, C. (2003). Sağlık Eğitimi. Ankara: Palme Yayınları.
- Stein, M. B., Lang, A. J., Laffaye, C., Satz, L. E., Lenox, R. J. ve Dresselhaus, T. R. (2004). Relationship of Sexual Assault History to Somatic Symptoms and Health Anxiety in Women. *General Hospital Psychiatry*, 26, 178–183.
- Şahin, G. ve Arı, R. (2015). Okul Öncesi Dönem Çocukların Duygu Düzenleme Becerilerinin Bağlanma Örüntüleri Açısından İncelenmesi. *Inesjurnal Uluslararası Eğitim Bilimleri Dergisi*, (5), 1-12.
- Şanlıer, N., Yabancı, N. ve Alyakut, Ö. (2008). An Evaluation of Eating Disorders Among a Group of Turkish University Students. *Appetite*, 51, 641-645.
- Şimşekoğlu, N. (2013). Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce.

- T.C. Sağlık Bakanlığı (1998). Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler: İlkeler ve Bakış Açıları. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sağlığın%20Teşviki%20ve%20Geliştirilmesi%20Alanındaki%20Değerlendirmeler1.pdf> (Erişim tarihi 10.01.2021).
- Tabak, R. S. (2000). Sağlık Eğitimi. Ankara: Somgür Yayınları.
- Taşpınar, P. (2011). Sosyobilimsel Tartışma Destekli Sağlık Eğitimi Etkinliklerinin İlköğretim 5. Sınıf Öğrencilerinde Sağlık Bilincinin ve İçerik Bilgisinin Gelişimine Etkisi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Taylor, M. R., Agho, K. E., Stevens, G. J. ve Raphael, B. (2008). Factors Influencing Psychological Distress During a Disease Epidemic: Data From Australia's First Outbreak of Equine Influenza. *BMC Public Health*, 8, 347. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-347>
- Taylor, S. ve Asmundson, G. J. G. (2004). Treating Health Anxiety A Cognitive-Behavioral Approach. London: The Guilford Press.
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Jang, K. L. ve Asmundson, G. J. G. (2006). Genetic and Environmental Origins of Health Anxiety: a Twin Study. *World Psychiatry*, 5(1), 47-50.
- TDK (2021). Türk Dil Kurumu Çevrimiçi Sözlük. <https://sozluk.gov.tr> (Erişim tarihi 01.03.2021)
- Tholin, S., Rasmussen, F., Tynelius, P. ve Karlsson, J. (2005). Genetic and Environmental Influences on Eating Behavior: The Swedish Young Male Twins Study. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 81(3), 564-569.
- Thomassin, K., Suveg, C., Davis, M., Lavner, J. A. ve Beach, S. R. (2015). Coparental Affect, Children's Emotion Dysregulation, and Parent and Child Depressive Symptoms. *Family Process*, 56 (1), 126-140.

- Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. *Monographs of The Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52.
- Thompson, R. A. ve Meyer, S. (2007). The Socialization of Emotion Regulation in The Family. *Handbook of Emotion Regulation*. J. J. Gross (Ed.). New York: Guilford Press, 249-268.
- Tiryaki, K. (2013). Üniversitede Görev Yapan Akademik Personelin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Toker, D. E. ve Hocaoglu, Ç. (2009). Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: Bir Gözden Geçirme. *Düşünen Adam Dergisi*, 22(1-4), 36-42.
- Torgersen, S. (1986). Genetics of Somatoform Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 43, 502-505.
- Türköl, E. ve Güneş, G. (2012). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(3), 159-166.
- Turner, S. A., Luszczynska, A., Warner, L. ve Schwarzer, R. (2010). Emotional and Uncontrolled Eating Styles and Chocolate Chip Cookie Consumption. A Controlled Trial of The Effects of Positive Mood Enhancement. *Appetite*, 54(1), 143-149.
- Tyrer, P., Cooper, S., Crawford, M., Dupont, S., Green, J., Murphy, D., Salkovskis, P., Smith, G., Wang, D., Bhogal, S., Keeling, M., Loeberberg, G., Seivewright, R., Walker, G., Cooper, F., Evered, R., Kings, S., Kramo, K., McNulty, A., Nagar, J., Reid, S., Sanatinia, R., Sinclair, J., Trevor, D., Watson, C., Tyrer, H. (2011). Prevalance of Health Anxiety Problems in Medical Clinics. *J PsychosomRes*, 71, 392-400.
- Uçar, M., Sarp, Ü., Karaaslan, Ö., Tanik, N., Sarp, Ü., Gül, A. İ. ve Arik, H. O. (2015). Health Anxiety and Depression in Patients with Fibromyalgiasyndrome. *J Int Med Res*, 43, 679-685.

- Ulusoy, U. R. (2018). Okul Öncesi Dönem Çocukları İçin Duygu Düzenleme Becerilerine Yönelik Hazırlanan Aile Katılımlı Eğitim Programının Etkililiğinin İncelenmesi, *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Karabük.
- Uluşahin, A. ve Öztürk, M. O. (2014). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 1. 12. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi Yayınevi.
- Underwood, M. K. (1997). Top Ten Pressing Questions About The Development of Emotion Regulation. *Motivation and Emotion*, 21(1), 127-146.
- Üçüncü, E. C. (2020). Yüksek Lisans Öğrencilerinde Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları ile Yeme Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Ünalın, E. (2014) Üniversite Öğrencilerinde Ruh Sağlığı, Sağlık Kaygısı ve Sağlık Davranışları Arasındaki İlişkiler. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Van Strien, T. ve Ouwens, M. A. (2003). Counterregulation in Female Obese Emotional Eaters: Schachter, Goldman, and Gordon's (1968) Test of Psychosomatic Theory revisited. *Eating Behaviors*, 3(4), 329-340.
- Vardar, E. ve Erzengin, M. (2011). Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları: İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 205-212.
- Warwick, H. M. ve Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive and Behavioural Characteristics of Primary Hypochondriasis. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 18, 85– 92.
- Waterman, L. Z. ve Weinman, J. A. (2014). Medical Student Syndrome: Fact or Fiction? A Crosssectional Study. *Journal of the Royal Society of Medicine Open*, 5, 1–9.

- Yağmurlu, B., Sanson, A. ve Köymen, S. B. (2005). Ebeveynlerin ve Çocuk Mizacının Olumlu Sosyal Davranış Gelişimine Etkileri: Zihin Kuramının Belirleyici Rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 20(55), 1.
- Yavuz, K. (2003). 0-12 Yaş Dönemi Çocuklarda Duygusal Zekâ Gelişimi. Ankara: Özel Ceceli Okulları Yayınları.
- Yılmaz, B. E., Ayvat, İ. ve Şiran, B. (2018) Hastanede Yatan Hastalarda Sağlık Anksiyetesi ile Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Arasındaki İlişki. *Fırat Tıp Dergisi*, 23(1), 11-17.
- Yılmaz, Ö. (2017). Yetişkinlerde Anormal Hastalık Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkili Faktörler: Sağlık Kaygısı, Kaygı Duyarlılığı, Sağlıkla İlgili İşlevsel Olmayan İnançlar ve Aleksitimi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Yılmaz, B. (2017). Bir Grup Lise Öğrencisinin İnternet Kullanımlarının Beden Algıları ve Yeme Tutumları ile İlişkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yılmaz, İ. (2014). Klinik Olmayan Bir Örneklemde Yeme Tutumu, Beden Algısı ve Benlik Saygısıyla Disosiyatif Belirtiler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yücel, B. (2009). Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol. *Klinik Gelişim*, 22(4), 39-44.

EKLER

Ek 1: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİ

Aşağıda karşılaşılan zorluklara karşı kişilerin nasıl düşündüğünü, tanımlayan bir dizi ifade bulunmaktadır.

Bu ifadelerin sizi ne derece doğru yansıttığını, yanındaki rakamlardan uygun olanını işaretleyerek belirtiniz.

1	2	3	4	5
(Neredeyse) Hiçbir Zaman	Bazen	Düzenli Olarak	Sık Sık	(Neredeyse) Her Zaman

1. Gerçekten olaydan dolayı kendimi suçlarım.	1	2	3	4	5
2. Bu olay yaşandı, gerçekleşen durumu bu şekilde kabullenmem gerektiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
3. Yaşadığım olayın bende uyandırdığı duyguları düşünürüm.	1	2	3	4	5
4. Yaşadığım tatsız olaydan daha iyi bir şeyler düşünürüm.	1	2	3	4	5
5. Yapabileceğim en iyi hamleyi düşünürüm.	1	2	3	4	5
6. Yaşanan tatsız olaydan bir şeyler öğrenebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
7. Yaşananlar çok daha kötü bir şekilde de gerçekleşebilirdi diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
8. Başımdan geçen olayın diğerlerinin başına gelenlerden daha kötü olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
9. Gerçekleşen olay karşısında başkalarını suçlarım.	1	2	3	4	5
10. Gerçekleşen olayın sorumlusu olarak kendimi görürüm.	1	2	3	4	5
11. Yaşanan kötü olayı kabul etmem gerektiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
12. Yaşanan olay karşısında ne düşündüğüm ve ne hissettiğimle meşgul olurum.	1	2	3	4	5
13. Bu olayla ilgisi olmayan güzel şeyler düşünürüm.	1	2	3	4	5
14. Bu durumla en iyi nasıl başa çıkabileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
15. Yaşananların bir sonucu olarak daha güçlü bir kişi haline dönüştüğümü düşünürüm.	1	2	3	4	5
16. Diğer insanların çok daha kötü deneyimler yaşayabileceklerini düşünürüm.	1	2	3	4	5
17. Yaşadığım olayın ne kadar kötü olduğunu sürekli düşünürüm.	1	2	3	4	5
18. Olanlardan başkalarının sorumlu olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
19. Gerçekleşen olayda yaptığım hataları düşünürüm.	1	2	3	4	5
20. Yaşanan bu olayla ilgili değiştirebileceğim bir şey olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
21. Yaşanan olayın, üzerimde neden bu şekilde bir duygu yarattığını anlamak isterim.	1	2	3	4	5
22. Yaşanan bu kötü olayı düşünmek yerine güzel şeyler düşünürüm.	1	2	3	4	5
23. Durumu nasıl değiştirebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
24. Yaşanan kötü olayın aynı zamanda olumlu yönlerinin de bulunduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
25. Diğer şeylerle karşılaştığımda bu olayın çok da kötü olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5

26. Yaşadığım olayın, bir insanın başına gelebilecek en kötü olay olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
27. Gerçekleşen olayda başkalarının yaptığı hataları düşünürüm.	1	2	3	4	5
28. Yaşananların kaynağı olarak kendimi görürüm.	1	2	3	4	5
29. Bununla yaşamayı öğrenmek zorundayım diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
30. Başımdan geçen kötü olayın, bende harekete geçirdiği duygular üzerinde düşünürüm.	1	2	3	4	5
31. Beni mutlu eden başka olayları düşünürüm.	1	2	3	4	5
32. Yapabileceğim hamlelerle ilgili bir plan düşünürüm.	1	2	3	4	5
33. Durumun pozitif yönlerini ararım.	1	2	3	4	5
34. Kendi kendime hayatta daha kötü şeyler olduğunu söylerim.	1	2	3	4	5
35. Durumun ne kadar korkunç olduğunu sürekli düşünürüm.	1	2	3	4	5
36. Bu soruna temelde başkalarının neden olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5

Ek 2: Genel Sağlık Anketi

GENEL SAĞLIK ANKETİ – 28

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz:

Son birkaç hafta içinde her hangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Bütün soruları size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayınız. Geçmişteki değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi sorduğumuzu unutmayınız. Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir.

SON ZAMANLARDA

1. Kendinizi gayet iyi ve sağlıklı hissediyor musunuz?

- a) Her zamankinden daha iyi
- b) Her zamanki gibi
- c) Her zamankinden kötü
- d) Her zamankinden çok kötü

2. Kendinizi iyi hissettirecek bir şeye ihtiyaç duyuyor musunuz?

- a) Hiç
- b) Her zamankinden fazla değil
- c) Her zamankinden biraz fazla
- d) Her zamankinden çok fazla

3. Kendinizi yorgun ve bitkin hissediyor musunuz?

- a) Hiç
- b) Her zamankinden fazla değil
- c) Her zamankinden biraz fazla
- d) Her zamankinden çok fazla

4. Kendinizi hasta hissediyor musunuz?

- a) Hiç
- b) Her zamankinden fazla değil
- c) Her zamankinden biraz fazla
- d) Her zamankinden çok fazla

5. Başınızda herhangi bir ağrı hissediyor musunuz?

- a) Hiç
- b) Her zamankinden fazla değil
- c) Her zamankinden biraz fazla

d) Her zamankinden çok fazla

6. Başınızda sıkışma ve baskı hissediyor musunuz?

a) Hiç

b) Her zamankinden fazla değil

c) Her zamankinden biraz fazla

d) Her zamankinden çok fazla

7. Vücudunuzda ateş basması ve soğuk titremeler oluyor mu?

a) Hiç

b) Her zamankinden fazla değil

c) Her zamankinden biraz fazla

d) Her zamankinden çok fazla

8. Üzüntü sebebiyle çok uykusuz kaldığınız oluyor mu?

a) Hiç

b) Her zamankinden fazla değil

c) Her zamankinden biraz fazla

d) Her zamankinden çok fazla

9. Erken uyanıp tekrar uykuya dalmakta zorluk çekiyor musunuz?

a) Hiç

b) Her zamankinden fazla değil

c) Her zamankinden biraz fazla

d) Her zamankinden çok fazla

10. Kendinizi sürekli olarak baskı altında hissediyor musunuz?

a) Hiç

b) Her zamankinden fazla değil

c) Her zamankinden biraz fazla

d) Her zamankinden çok fazla

11. Kendinizi sinirli ve huzursuz hissediyor musunuz?

a) Hiç

b) Her zamankinden fazla değil

c) Her zamankinden biraz fazla

d) Her zamankinden çok fazla

12. Hiçbir haklı sebep olmadan korkuyor ya da paniğe kapılıyor musunuz?

- a) Hiç
- b) Her zamankinden fazla değil
- c) Her zamankinden biraz fazla
- d) Her zamankinden çok fazla

13. Her şeyin üstünüze yığıldığını hissediyor musunuz?

- a) Hiç
- b) Her zamankinden fazla değil
- c) Her zamankinden biraz fazla
- d) Her zamankinden çok fazla

14. Kendinizi her zaman sinirli ve diken üstünde hissediyor musunuz?

- a) Hiç
- b) Her zamankinden fazla değil
- c) Her zamankinden biraz fazla
- d) Her zamankinden çok fazla

15. Bir şeylerle uğraşabiliyor ve kendinizi meşgul edebiliyor musunuz?

- a) Hiç
- b) Her zamankinden fazla değil
- c) Her zamankinden biraz fazla
- d) Her zamankinden çok fazla

16. Yaptığınız işleri daha uzun zamanda mı yapıyorsunuz?

- a) Her zamankinden daha çabuk
- b) Her zamanki gibi
- c) Her zamankinden daha uzun
- d) Her zamankinden çok daha uzun

17. Genel olarak her şeyi iyi yaptığınızı hissediyor musunuz?

- a) Her zamankinden daha iyi
- b) Aşağı yukarı aynı
- c) Her zamankinden daha az iyi
- d) Çok daha az iyi

18. Görevinizi yapma biçiminden memnun musunuz?

- a) Daha fazla
- b) Her zamanki kadar
- c) Her zamankinden daha az
- d) Çok az

19. Yapılan işlerde faydalı bir rol oynadığınızı hissediyor musunuz?

- a) Her zamankinden daha fazla
- b) Her zamanki gibi
- c) Her zamankinden daha az
- d) Her zamankinden çok daha az

20. İşlerinizde karar verebilme yeteneğinizin olduğunu hissediyor musunuz?

- a) Her zamankinden daha fazla
- b) Her zamanki gibi
- c) Her zamankinden daha az
- d) Her zamankinden çok daha az

21. Normal günlük işlerinizden zevk alıyor musunuz?

- a) Her zamankinden daha fazla
- b) Her zamanki gibi
- c) Her zamankinden az
- d) Her zamankinden çok daha az

22. Kendinizi değersiz bir insan olarak düşündüğünüz oluyor mu?

- a) Hiç
- b) Her zamankinden fazla değil
- c) Her zamankinden biraz fazla
- d) Her zamankinden çok fazla

23. Hayatı tamamen ümitsiz olarak hissettiğiniz oluyor mu?

- a) Hiç
- b) Her zamankinden fazla değil
- c) Her zamankinden biraz fazla
- d) Her zamankinden çok fazla

24. Hayatı yaşamaya değmez hissettiğiniz oluyor mu?

- a) Hiç

b) Her zamankinden fazla değil

c) Her zamankinden biraz fazla

d) Her zamankinden çok fazla

25. Kendinizi yok etme ihtimalini düşündüğünüz oluyor mu?

a) Kesinlikle hayır

b) Düşünmüyorum

c) Aklımdan geçti

d) Kesinlikle evet

26. Sinirleriniz çok bozuk olduğu için hiçbir şey yapamadığınız zamanlar oluyor mu?

a) Hiç

b) Her zamankinden fazla değil

c) Her zamankinden biraz fazla

d) Her zamankinden çok fazla

27. Ölüp her şeyden uzaklaşmayı arzuladığınız oluyor mu?

a) Hiç

b) Her zamankinden fazla değil

c) Her zamankinden biraz fazla

d) Her zamankinden çok fazla

28. Kendi hayatınıza son vermek fikri sürekli aklınıza geliyor mu?

a) Kesinlikle hayır

b) Düşünmüyorum

c) Aklımdan geçti

d) Kesinlikle evet

Ek 3: Yeme Tutumu Testi

YEME TUTUMU TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir.

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size en uygun gelen şıkkı kutu içine (X) işareti koyarak işaretleyiniz.

	Daima	Çok Sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1 Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2 Başkaları için yemek pişiririm ama pişirdiğim yemeği yemem.						
3 Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4 Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5 Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
6 Aklım fikrim yemektir.						
7 Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.						
8 Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9 Yediğim yemeğin kalorisini bilirim.						
10 Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11 Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim.						
12 Ailem fazla yememi bekler.						
13 Yemek yedikten sonra kusarım.						
14 Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15 Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16 Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.						
17 Günde birkaç kere tartılırım.						
18 Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19 Et yemekten hoşlanırım.						
20 Sabahları erken uyanırım.						
21 Günlerce aynı yemeği yerim.						
22 Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23 Adetlerim düzenlidir.						
24 Başkaları çok zayıf olduğumu düşünürüm.						
25 Şişmanlayacağım(vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26 Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
27 Lokantada yemek yemeyi severim.						
28 Müshil kullanırım.						
29 Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30 Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31 Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32 Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33 Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.						
34 Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35 Kabızlıktan yakınırım.						
36 Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37 Perhiz yaparım.						
38 Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39 Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40 Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

Ek 4: Sağlık Anksiyetesi Envanteri (Kısa Versiyon)

Sağlık Anksiyetesi Envanteri (Kısa Versiyon)

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir.

Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin.

Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1.

- (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.
- (b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.
- (c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.
- (d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.

2.

- (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissedirim
- (b) Yaşıtlarım kadar ağrı/ acı hissedirim
- (c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/ acı hissedirim
- (d) Bedenimde sürekli ağrı/ acı hissedirim.

3.

- (a) Genellikle vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında değilimdir.
- (b) Bazen vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında olurum.
- (c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
- (d) Sürekli vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.

4.

- (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.
- (b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
- (c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
- (d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.

5.

- (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
- (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
- (c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
- (d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

6.

- (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
- (b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
- (c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
- (d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

7.

- (a) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
- (b) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
- (c) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
- (d) Hiçbir şey zihnimden sağlığım ile ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.

8.

- (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.
- (b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
- (c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.

(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.

9.

(a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.

(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.

(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.

(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.

10.

(a) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.

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

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

(d) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

11.

(a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.

(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.

(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.

(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.

12.

(a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem

(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

13.

(a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.

(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.

(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte çoğunlukla zorlanırım.

(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte her zaman zorlanırım.

14.

(a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.

(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.

(c) Ailem ve dostlarım sağlığımla için fazlaca endişelendiğimi söyler.

(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

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

15.

(a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.

16.

(a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.

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

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

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

17.

(a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.

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

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

(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

18.

(a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.

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

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

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim

Ek 5: Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu :

Cinsiyetiniz : () Kadın () Erkek **Yaşınız :**

Medeni durumunuz : () Bekar () Evli () Boşanmış () Dul

Eğitim Durumunuz:

() İlkokul () Ortaokul () Lise

() Yüksekokul () Üniversite () Yüksek lisans ve Üzeri

Çalışma Durumunuz : () Çalışıyorum. () Çalışmıyorum.

Gelir durumunuz :

() Düşük () Orta () Yüksek

Covid-19 Tanısı aldınız ?

() Evet () Hayır

Aldıysanız tedavi süreciniz sonlandı mı ?

() Evet () Hayır

Covid- 19 Tanısı alan birinci derece aile yakınınız var mı ?

() Evet () Hayır

Yanıtınız " EVET " ise yakınlık derecenizi belirtiniz. (anne,baba,kardeş,eş,çocuk.)

Aile yakınlarınız dışında Covid- 19 tanısı yakınınız var mı ?

() Evet () Hayır

Covid-19 aşısı oldunuz mu ?

() Evet () Hayır

Covid-19 Pandemi sürecinde iş kaybı yaşadınız mı ?

() Evet () Hayır

Sağlık çalışanı olan bir yakınınız var mı?

() Evet () Hayır

Yanıtınız " EVET " ise yakınlık derecenizi belirtiniz. (teyze, kuzen, arkadaş vs.)

Beden ağırlığınız (kilonuz) : **Boyunuz :**

Şu anki kilonuz için kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz ?

() Zayıf () Normal () Şişman

Covid-19 Salgını öncesine göre , şu anki yeme davranışınızı nasıl değerlendiriyorsunuz ?

- ☐ Eskişine göre daha az yemek yiyorum
- ☐ Daha çok yemek yiyorum
- ☐ Yeme düzenimde değışiklik olmadı

Beden ağırlığınızla ilgili olarak aşağıdakilerden hangisini yapmayı deniyorsunuz?

- ☐ Kilo almak veya vermek ile ilgili uğraş içinde değilim
- ☐ Kilo vermeye çalışıyorum
- ☐ Kilo almaya çalışıyorum

Beden ağırlığınız nedeniyle hiç diyetisyene başvurdunuz mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır

Beden ağırlığınız nedeniyle hiç diyet yaptınız mı ?

- ☐ Evet ☐ Hayır

Daha önce hiç psikiyatrik tanı aldınız mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

Yanıtınız evet ise almış olduğunuz tanıyı belirtiniz.

Kronik bir hastalığınız var mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

Yanıtınız evet ise lütfen hastalığınızı belirtiniz.

Sürekli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

Var ise lütfen belirtiniz.

ÖZGEÇMİŞ

Güneş Damla ZİNİ, 2012 yılında Yeditepe Üniversitesi Psikoloji (İngilizce) bölümüne girmeye hak kazanmıştır. 2017 yılında Yeditepe Üniversitesi Psikoloji bölümünü bitirmiş ve ardından 2018 yılında İstanbul Kent Üniversitesi Psikoloji Bilim Dalı, Klinik Psikoloji (Tezli) Yüksek Lisans programına katılmıştır.

Geçmiş iş tecrübeleri arasında İstek Okulları, Şengüller Turkcell İnsan Kaynaklarındaki görevleri bulunmaktadır.

Şu anda pandemi sebebiyle danışanlarını internet üzerinden görmeye devam etmektedir.