



LİSANSÜSTÜ PROGRAMLAR ENSTİTÜSÜ

**POLİKİSTİK OVER SENDROMU TANISI ALAN
KADINLARDA, ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN,
DUYGU DÜZENLEME VE YEME ALIŞKANLIKLARI
ÜZERİNDEKİ ARACILIK ETKİSİ**

Penbegül BİROL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İstanbul, Haziran 2025

**POLİKİSTİK OVER SENDROMU TANISI ALAN
KADINLARDA, ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN,
DUYGU DÜZENLEME VE YEME ALIŞKANLIKLARI
ÜZERİNDEKİ ARACILIK ETKİSİ**

Penbegül BİROL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Eda ERMAĞAN ÇAĞLAR

YÜKSEK LİSANS TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Doç. Dr. Nurcan HAMZAOĞLU

Dr. Öğr. Üyesi Eda YILMAZER

ÖNSÖZ

Bu tez sürecinde her aşamada titizlikle rehberlik eden, engin akademik bilgisi ve deneyimiyle yolumu aydınlatan tez danışmanım Doç. Dr. Eda Ermağan Çağlar'a en içten teşekkürlerimi sunarım. Kendisi, her gönderdiğimde tezimi büyük bir dikkatle inceleyip hızlı ve özenli geri bildirimlerle yol göstermiştir. Bu sayede sürecin planlı ve sağlıklı ilerlemesini sağlamış, karşılaştığım zorluklarda yanımda olarak kaygılarımı azaltmıştır. Kendisinin rehberliği ve desteği, bu tezin başarıyla tamamlanmasında en önemli etkenlerden biri olmuştur.

Beykoz Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümü'ndeki tüm öğretim üyelerine ve çalışma arkadaşlarıma, paylaştığınız akademik ve sosyal destek için minnettarım. Çalışmamın temelini oluşturan verileri samimiyetle paylaşan, zaman ayırarak katkıda bulunan PCOS tanılı tüm kadın katılımcıları da gönülden teşekkür ederim. Samimi deneyimleriniz olmasaydı bu araştırmanın anlattıkları eksik kalırdı.

Hayatın her anında yanımda olan aileme; özellikle de sabırları ve koşulsuz sevgileriyle bana güç veren anne ve kız kardeşime minnettarım. Bana hem mesleki hem de kişisel anlamda en büyük desteği veren sevgili eşim Dr. Kerem Birol'a; yoğun tez çalışmalarım sırasında hem moral hem de pratik destek sağlayan sana sonsuz teşekkür ederim.

Akademik yolculuğumu zenginleştiren sınıf arkadaşlarıma ve meslektaşlarıma; fikir alışverişleri, yapıcı geri bildirimler ve dostça dayanışmanız için teşekkür ederim. Evimin neşesi olan kedim Köri'ye; stresli anlarımda varlığıyla moralimi yükselten dostuma özel bir teşekkürü borç bilirim. Ayrıca, çalışma saatlerim boyunca gösterdikleri hoşgörü ve anlayış ile beni destekleyen tüm komşularıma da içtenlikle teşekkür ederim.

Bu tez, sizlerin emekleri, inançları ve sevgi dolu desteği sayesinde tamamlandı. Her birinize ayrı ayrı minnettarım.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
SEMBOLLER.....	vii
KISALTMALAR	viii
TABLO LİSTESİ	ix
1 GİRİŞ	1
1.1. Problemin Durumu, Konunun Önemi ve Amacı.....	1
1.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	2
1.3. Kapsam ve Sınırlılıklar	3
2 GENEL BİLGİLER	4
2.1. Polikistik Over Sendromu Tanımı.....	4
2.1.1. Polikistik Over Sendromu Tanı Kriterleri.....	5
2.1.2. Polikistik Over Sendromunun Fiziksel Sağlık Üzerine Etkileri.....	5
2.1.3. Polikistik Over Sendromunun Psikolojik Sağlık Üzerine Etkileri	7
2.1.4. Polikistik Over Sendromunun Uzun Dönem Riskleri	9
2.1.5. Polikistik Over Sendromunda Tedavi	10
2.2. Algılanan Sosyal Destek	11
2.2.1. Sosyal Destek Modelleri.....	12
2.2.2. Sosyal Destek Türleri ve Sosyal Destek Kaynakları.....	14
2.2.2.1. Sosyal destek türleri.....	14
2.2.2.2. Sosyal Destek Kaynakları.....	15

2.2.3.	Algılanan Sosyal Destek İle Sosyal Destek Kavramları Arasındaki Fark	16
2.3.	Duygu Düzenleme Güçlükleri	17
2.3.1.	Duygu Tanımı	17
2.3.2.	Duygu Düzenleme	18
2.3.3.	Duygu Düzenleme Güçlüğü	22
2.4.	Yeme Davranışları	23
2.4.1.	Yeme Bozukluklarının Genel Tanımı ve Tanı Kriterleri	23
2.4.2.	Bulimia Nervosa, Anoreksiya Nervosa ve Tikanırçasına Yeme: DSM Tanımları ...	25
2.4.3.	Yeme Mekanizması: Homeostatik Yeme ve Hedonistik Yeme	27
2.4.4.	Yeme Alışkanlıkları: Emosyonel Yeme, Kısıtlayıcı Yeme ve Dışsal Yeme	28
3	YÖNTEM	30
3.1.	Örneklem	30
3.2.	Veri Toplama Araçları	31
3.2.1.	Demografik Bilgi Formu	31
3.2.2.	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)	32
3.2.3.	Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği – Kısa Form (DERS-16)	32
3.2.4.	Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)	33
3.3.	İşlem	34
3.4.	İstatistiksel Analizler	34
4	BULGULAR	35
4.1.	BETİMSSEL ANALİZLER	35
4.2.	Güvenirlilik Analizleri	37
4.3.	Normallik Analizleri	38
4.4.	PKOS Tanısı Olan Hastaların Algılanan Sosyal Destek, Duygu Düzenleme Çektikleri Zorluk ve Yeme Davranışı Düzeyleri	39

4.5. İlişki Testleri	41
4.6. Fark Analizleri	45
5 TARTIŞMA.....	67
5.1. ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN, DUYGU DÜZENLEME VE YEME DAVRANIŞLARI ÜZERİNDEKİ ARACILIK ANALİZLERİNE DAİR BULGULARIN TARTIŞILMASI	68
5.2. DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE ALGILANAN SOSYAL DESTEK, DUYGU DÜZENLEME VE YEME DAVRANIŞLARININ DÜZEYİ ANALİZLERİNİN TARTIŞILMASI	70
5.3. ALGILANAN SOSYAL DESTEK, DUYGU DÜZENLEME VE YEME DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ FARK ANALİZLERİNİN TARTIŞILMASI	72
5.4. ALGILANAN SOSYAL DESTEK, DUYGU DÜZENLEME VE YEME DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ ANALİZLERİNİN TARTIŞILMASI	75
6 SONUÇ VE ÖNERİLER	80
KAYNAKÇA	85
EKLER	104
ÖZGEÇMİŞ	117

ÖZET

POLİKİSTİK OVER SENDROMU TANISI ALAN KADINLARDA, ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN, DUYGU DÜZENLEME VE YEME ALIŞKANLIKLARI ÜZERİNDEKİ ARACILIK ETKİSİ

Bu çalışma, Polikistik Over Sendromu (PKOS) tanısı almış kadınlarda algılanan sosyal desteğin duygu düzenleme güçlükleri ile yeme davranışları arasındaki aracılık etkisini incelemeyi amaçlamıştır. Araştırmaya 18–45 yaş aralığında, Türkiye’de çevrimiçi klinik forumlar, sosyal medya grupları ve kadın doğum polikliniklerinde yapılan duyurularla toplanan ve kriterlere uygun 728 kadın katılmıştır. Veriler, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS), Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği – Kısa Form (DERS-16) ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) ile elde edilmiş; ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları Cronbach’s alfa katsayısına göre yüksek güvenilirlik göstermiştir. Betimsel analizler, MSPSS toplam puan ortalamasının 60,73 olduğunu ve en yüksek desteğin aile alt boyutunda deneyimlendiğini ortaya koymuştur. Korelasyon analizleri, duygu düzenleme güçlüğü ile yeme davranışları arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler olduğunu göstermiştir. Ancak regresyon-temelli aracılık analizleri, algılanan sosyal desteğin duygu düzenleme güçlükleri ile yeme davranışları arasındaki dolaylı etkisinin anlamlı olmadığını ortaya koymuştur. Buna karşılık duygu düzenleme güçlüğü’nün yeme davranışları üzerindeki doğrudan etkisi anlamlı bulunmuştur. Bu bulgular, PKOS’lu kadınlarda sosyal desteğin yeme davranışlarını doğrudan etkilemediğini, duygu düzenleme güçlüğü’nün ise sağlıksız yeme üzerinde belirleyici olduğunu göstermektedir. Çalışma, klinik müdahalelerin öncelikle duygu düzenleme becerilerine odaklanmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar kelimeler: Polikistik Over Sendromu (PKOS), Algılanan Sosyal Destek, Duygu Düzenleme Güçlükleri, Yeme Davranışları, Kadın Sağlığı

Tarih: 17.06.2025

ABSTRACT

The Mediating Role of Perceived Social Support in the Relationship Between Emotion Regulation and Eating Behaviors Among Women Diagnosed with Polycystic Ovary Syndrome

This study aimed to examine the mediating effect of perceived social support in the relationship between emotion regulation difficulties and eating behaviors in women diagnosed with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS). A total of 728 women aged 18–45, recruited through online clinical forums, social media groups, and gynecology clinics in Turkey, participated in the study. Data were obtained using the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), the Difficulties in Emotion Regulation Scale – Short Form (DERS-16), and the Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ); the internal consistency coefficients of the scales demonstrated high reliability with Cronbach’s alpha. Descriptive analyses revealed that the mean MSPSS score was 60.73 and the highest support was experienced in the family subscale. Correlation analyses showed positive and significant relationships between emotion regulation difficulties and eating behaviors. However, regression-based mediation analyses revealed that the indirect effect of perceived social support on the relationship between emotion regulation difficulties and eating behaviors was not significant. In contrast, the direct effect of emotion regulation difficulties on eating behaviors was found to be significant. These findings indicate that perceived social support does not directly affect eating behaviors in women with PCOS, whereas emotion regulation difficulties are a determinant of unhealthy eating. The study highlights the importance of focusing clinical interventions on improving emotion regulation skills.

Keywords: Polycystic Ovary Syndrome (PCOS), Perceived Social Support, Emotion Regulation Difficulties, Eating Behaviors, Women’s Health

Date: 17.06.2025

SEMBOLLER

H: Kruskal-Wallis H testi istatistiği

r: Korelasyon katsayısı (Pearson's r veya Spearman's rho)

α : Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı

R: Regresyon analizi modelinin korelasyon katsayısı

R²: Determinasyon katsayısı (modelin açıklayıcılığı)

F: F testi istatistiği (ANOVA/Regresyon)

β : Regresyon katsayısı (beta coefficient)

χ^2 : Ki-kare istatistiği (uyum indekslerinde)

KISALTMALAR

PKOS: Polikistik Over Sendromu

MSPSS: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

DERS: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği

DERS-16: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği – Kısa

DEBQ: Hollanda Yeme Davranışı Anketi (Dutch Eating Behaviour Questionnaire)

CFI: Comparative Fit Index (Uyum İndeksi)

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşımın Karekök Ortalama Hatası)

SPSS: Sosyal Bilimler için İstatistik Programı

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. PKOS Tanısı Olan Kadınların Demografik Özellikleri (n=728)	36
Tablo 2. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirliği.....	37
Tablo 3. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Normallliği.....	38
Tablo 4. PKOS Tanısı Olan Kadınların Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri.....	39
Tablo 5. PKOS Tanısı Olan Duygu Düzenleme Çektiği Zorlukların Düzeyleri ..	40
Tablo 6. PKOS Tanısı Olan Kadınların Yeme Davranışı Düzeyleri	40
Tablo 7. PKOS Tanısı Olan Kadınların Algılanan Sosyal Düzeyleri ile Duygu Düzenlemede Çektikleri Zorluk Düzeyleri Arasındaki İlişki	41
Tablo 8. PKOS Tanısı Olan Kadınların Algılanan Sosyal Düzeyleri ile Yeme Davranışı Düzeyleri Arasındaki İlişki	42
Tablo 9. PKOS Tanısı Olan Kadınların Duygu Düzenlemede Çektikleri Zorluk Düzeyleri ile Yeme Davranışı Düzeyleri Arasındaki İlişki	43
Tablo 10. PKOS Tanısı Olan Kadınların Duygu Düzenlemede Çektikleri Zorluklar ile Yeme Davranışları Arasındaki İlişkide Algılanan Sosyal Desteğin Aracı Rolü	44
Tablo 11. PKOS Tanısı Olan Kadınların Yaşlarına Göre Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Farklılaşması	45
Tablo 12. PKOS Tanısı Olan Kadınların Medeni Durumlarına Göre Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Farklılaşması	46
Tablo 13. PKOS Tanısı Olan Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Farklılaşması	47
Tablo 14. PKOS Tanısı Olan Kadınların Çalışma Durumlarına Göre Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Farklılaşması	48

Tablo 15. PKOS Tanısı Olan Kadınların PKOS Tanısı Aldıkları Zamana Göre Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Farklılaşması	48
Tablo 16. PKOS Tanısı Olan Kadınların PKOS Tanısının Konduğu Doktorun Uzmanlığına Göre Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Farklılaşması.....	49
Tablo 17. PKOS Tanısı Olan Kadınların Daha Önce Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Farklılaşması	49
Tablo 18. PKOS Tanısı Olan Kadınların Psikoterapi Sürecinde Olma Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Farklılaşması	50
Tablo 19. PKOS Tanısı Olan Kadınların Aile Bireyleri ile Birlikte Yaşama Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Farklılaşması	51
Tablo 20. PKOS Tanısı Olan Kadınların Yakın Çevreden Sosyal Destek Alındığını Düşünme Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Farklılaşması	51
Tablo 21. PKOS Tanısı Olan Kadınların Yaşlarına Göre Duygu Düzenleme Çektikleri Zorluk Düzeylerinin Farklılaşması	52
Tablo 22. PKOS Tanısı Olan Kadınların Medeni Durumlarına Göre Duygu Düzenleme Çektikleri Zorluk Düzeylerinin Farklılaşması	53
Tablo 23. PKOS Tanısı Olan Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Duygu Düzenleme Çektikleri Zorluk Düzeylerinin Farklılaşması	54
Tablo 24. PKOS Tanısı Olan Kadınların Çalışma Durumlarına Göre Duygu Düzenleme Çektikleri Zorluk Düzeylerinin Farklılaşması	55
Tablo 25. PKOS Tanısı Olan Kadınların PKOS Tanısı Aldıkları Zamana Göre Duygu Düzenleme Çektikleri Zorluk Düzeylerinin Farklılaşması	56
Tablo 26. PKOS Tanısı Olan Kadınların Düzenli Olarak İlaç Kullanma Durumlarına Göre Duygu Düzenleme Çektikleri Zorluk Düzeylerinin Farklılaşması...	57
Tablo 27. PKOS Tanısı Olan Kadınların Daha Önce Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Duygu Düzenleme Çektikleri Zorluk Düzeylerinin Farklılaşması	58

Tablo 28. PKOS Tanısı Olan Kadınların Psikoterapi Sürecinde Olma Durumuna Göre Duygu Düzenleme Çektikleri Zorluk Düzeylerinin Farklılaşması	58
Tablo 29. PKOS Tanısı Olan Kadınların Aile Bireyleri ile Birlikte Yaşama Durumuna Göre Duygu Düzenleme Çektikleri Zorluk Düzeylerinin Farklılaşması	59
Tablo 30. PKOS Tanısı Olan Kadınların Yakın Çevreden Sosyal Destek Alındığını Düşünme Durumuna Göre Duygu Düzenleme Çektikleri Zorluk Düzeylerinin Farklılaşması	60
Tablo 31. PKOS Tanısı Olan Kadınların Yaşlarına Göre Yeme Davranışı Düzeylerinin Farklılaşması	61
Tablo 32. PKOS Tanısı Olan Kadınların Medeni Durumlarına Göre Yeme Davranışı Düzeylerinin Farklılaşması	61
Tablo 33. PKOS Tanısı Olan Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Yeme Davranışı Düzeylerinin Farklılaşması	62
Tablo 34. PKOS Tanısı Olan Kadınların Çalışma Durumlarına Göre Yeme Davranışı Düzeylerinin Farklılaşması	63
Tablo 35. PKOS Tanısı Olan Kadınların PKOS Tanısı Aldıkları Zamana Göre Yeme Davranışı Düzeylerinin Farklılaşması	63
Tablo 36. PKOS Tanısı Olan Kadınların Düzenli Olarak İlaç Kullanma Durumlarına Göre Yeme Davranışı Düzeylerinin Farklılaşması	64
Tablo 37. PKOS Tanısı Olan Kadınların Daha Önce Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Yeme Davranışı Düzeylerinin Farklılaşması	65
Tablo 38. PKOS Tanısı Olan Kadınların Psikoterapi Sürecinde Olma Durumuna Göre Yeme Davranışı Düzeylerinin Farklılaşması	66
Tablo 39. PKOS Tanısı Olan Kadınların Aile Bireyleri ile Birlikte Yaşama Durumuna Göre Yeme Davranışı Düzeylerinin Farklılaşması	66
Tablo 40. PKOS Tanısı Olan Kadınların Yakın Çevreden Sosyal Destek Alındığını Düşünme Durumuna Göre Yeme Davranışı Düzeylerinin Farklılaşması	67

1 GİRİŞ

1.1. Problemin Durumu, Konunun Önemi ve Amacı

Polikistik Over Sendromu (PKOS), ergenlik dönemine girilmesiyle birlikte kadınlarda en fazla rastlanan endokrin bozukluklardan biridir. Fiziksel ve psikolojik sağlık üzerinde baş edilmesi zor birçok olumsuz etkiler yaratmaktadır (Bozdağ vd., 2016; Yıldız vd., 2012). PKOS, hormonal dengesizlik, insülin direnci, kilo alımı, tüylenme ve akne gibi fiziksel belirtilerle kendini gösterirken, aynı zamanda depresyon, anksiyete, duygu düzenleme güçlükleri ve sağlıksız yeme davranışları gibi psikolojik ve davranışsal sorunlara da yol açmaktadır (Cooney vd., 2017; Dokras vd., 2012). Bu durum, bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilerken, hastalığın yönetimini de karmaşık ve zor bir hale getirmektedir. PKOS'un yönetiminde bireylerin sosyal çevrelerinden algıladıkları destek, bu zorluğun üstesinden gelmekte önemli bir araç olarak öne çıkmaktadır (Costello vd., 2007). Algılanan sosyal destek, bireylerin stresle başa çıkma kapasitelerini artıran, duygusal dengeyi destekleyen ve sağlıksız yeme davranışlarını azaltan çok önemli bir mekanizmadır (Garvey, 2022; Greenwood vd., 2020).

PKOS'lu kadınlarda, sosyal destek ile duygu düzenleme ve yeme davranışları arasındaki ilişki, bireylerin psikolojik dayanıklılığını ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarını belirlemede önemli bir rol oynar (Barry vd., 2007; Karademas, 2006). Sosyal destek, bireyin çevresinden gelen yardım, ilgi ve anlayışını kapsarken, algılanan sosyal destek, bireyin bu yardımı nasıl algıladığını ve değerlendirdiğini ifade eder (Oktan, 2005). Yapılan araştırmalar, algılanan sosyal desteğin, bireyin duygu düzenleme süreçlerini desteklediğini ve emosyonel yeme, kısıtlayıcı yeme ya da dışsal yeme gibi sağlıksız yeme davranışlarını azalttığını göstermektedir (Stern vd., 2023; Zaki & Williams, 2013). PKOS'lu kadınlarda duygu düzenleme gücü sıklıkla sağlıksız yeme alışkanlıklarına yol açmakta ve bu da bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlığını daha da olumsuz etkilemektedir (Himelein & Thatcher, 2006). Bu bağlamda, algılanan sosyal desteğin duygu düzenleme süreçlerine olan olumlu etkisi, yeme davranışlarının daha sağlıklı bir hale getirilmesinde kritik bir aracılık rolü oynayabilir.

Belirtilenler çerçevesinde bu çalışmanın amacı, PKOS’lu kadınlarda algılanan sosyal desteğin, duygu düzenleme ve yeme davranışları üzerindeki aracılık etkisini incelemek olarak belirlenmiştir. Çalışma, bireylerin algıladıkları sosyal desteğin stresle başa çıkma süreçlerine ve yeme alışkanlıklarına nasıl katkı sağladığını anlamayı hedeflemektedir. Bu bağlamda, algılanan sosyal desteğin, duygu düzenleme güçlüğünü azaltıp sağlıklı yeme davranışlarını teşvik etme potansiyeli araştırılacaktır. Çalışmanın sonuçları, PKOS yönetiminde sosyal desteğin önemini vurgulamakta ve bu alandaki müdahalelerin geliştirilmesine ışık tutmayı hedeflemektedir.

PKOS, bireylerin fiziksel sağlığıyla birlikte sosyal ve psikolojik işlevselliğini de etkileyen karmaşık bir bozukluktur. PKOS’lu kadınların hem bireysel hem de sosyal düzeyde desteklenmesi, hastalığın olumsuz etkilerinin hafifletilmesinde hayati bir öneme sahiptir. Bu nedenle, algılanan sosyal destek, duygu düzenleme ve yeme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi hem teorik hem de uygulamalı açıdan önemli bir katkı sağlayacaktır. Çalışmanın amacı, bu ilişkilerin daha iyi anlaşılmasını sağlamak ve bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik müdahalelerin planlanmasına temel oluşturmaktır.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

Bu araştırma, PKOS’lu kadınlarda algılanan sosyal desteğin, duygu düzenleme ve yeme davranışları üzerindeki etkilerini incelemek üzere tasarlanmıştır. Çalışmada aşağıdaki hipotezler test edilecektir:

H1. Algılanan sosyal destek, duygu düzenleme ve yeme davranışları arasındaki ilişkide aracılık rolü oynamaktadır. Sosyal destek, duygu düzenleme becerilerini geliştirerek, sağlıklı yeme davranışlarının teşvik edilmesini sağlamaktadır.

H2. Algılanan sosyal destek, PKOS’lu kadınların duygu düzenleme becerileri üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir; sosyal destek, bireylerin, duygu düzenleme süreçlerini destekler.

H3. Algılanan sosyal destek, sağlıksız yeme davranışlarını azaltıcı bir etkiye sahiptir. Daha yüksek sosyal destek algısına sahip bireylerde, emosyonel yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme gibi davranışların daha az görülmesi beklenmektedir.

H4. Duygu düzenleme güçlüğü, yeme davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Duygu düzenleme becerileri zayıf olan bireylerde, sağlıksız yeme alışkanlıklarının daha sık gözlemlenmesi beklenmektedir.

H5. PKOS'lu kadınlarda algılanan sosyal desteğin, duygu düzenleme üzerindeki olumlu etkisi, yeme davranışlarının iyileştirilmesinde önemli bir mekanizma olarak işlev görmektedir.

Bu hipotezler, sosyal desteğin bireylerin psikolojik ve davranışsal süreçleri üzerindeki önemini ortaya koymakta ve PKOS yönetiminde bütüncül bir yaklaşımın gerekliliğine işaret etmektedir.

1.3. Kapsam ve Sınırlılıklar

Çalışma, PKOS'lu kadınlarda algılanan sosyal desteğin duygu düzenleme ve yeme davranışları üzerindeki etkilerini anlamayı amaçlamaktadır. Çalışma, algılanan sosyal destek, duygu düzenleme ve yeme davranışları arasındaki ilişkiyi açıklamaya odaklanarak, bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarına yönelik çıkarımlarda bulunmayı hedeflemektedir. Çalışmanın kapsamı, PKOS'lu kadınların sosyal destek algılarına, duygu düzenleme becerilerine ve yeme alışkanlıklarına ilişkin verilerin toplanmasıyla sınırlıdır.

Araştırmanın kapsamı dahilinde, bireylerin sosyal destek algıları ve duygu düzenleme becerileri üzerine odaklanırken, bu süreçlere etki edebilecek diğer potansiyel faktörler (örneğin, genetik yatkınlık, bireysel kişilik özellikleri veya çevresel stresörler) araştırmanın dışında bırakılmıştır. Bu, araştırmanın odaklanmasını kolaylaştırırken, elde edilen sonuçların diğer faktörlerden bağımsız olarak değerlendirilmesini sağlamaktadır. Ancak bu durum, araştırmanın bulgularının genellenebilirliğini sınırlayabilir ve sonuçların daha geniş bir bağlamda yorumlanması gerektiğini göstermektedir. Bir diğer sınırlılık, araştırmanın kesitsel bir tasarıma sahip olmasıdır. Bu durum, algılanan sosyal destek, duygu düzenleme ve yeme davranışları arasındaki neden-sonuç ilişkilerinin kesin bir şekilde belirlenmesini zorlaştırabilir. Ayrıca, veriler katılımcıların öz bildirimlerine dayanarak toplanacağı için, sosyal istenirlik yanlılığı gibi metodolojik sınırlılıklar da göz önünde bulundurulmalıdır.

PKOS yönetiminde sosyal destek mekanizmalarının önemine dikkat çekerek, bireysel ve toplumsal düzeyde farkındalık yaratmayı amaçlayan bu araştırmanın bulgularının, belirtilenler kapsamında hem teorik literatüre katkıda bulunabilir hem de klinik uygulamalara yön verebileceği öngörülmektedir. Bu bağlamda, algılanan sosyal destek, duygu düzenleme ve yeme davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek, bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarını geliştirmek için güçlü bir temel sağlayabilir.

2 GENEL BİLGİLER

2.1. Polikistik Over Sendromu Tanımı

Polikistik Over Sendromu (PKOS), ergenlik dönemine girmesiyle birlikte kadınlarda en sık karşılaşılan endokrin bozukluklardan biridir. Hastalığa sahip olmayan kadınlardan farklı olarak bu kadınlarda kronik yumurtlayamama, androjenlerin fazla salınımı ve polikistik over morfolojisi görülmektedir (Bozdağ vd., 2016; Yıldız vd., 2012). PKOS'u 1935 yılında Stein ve Leventhal tanımlamış olsa da günümüzde farklı tanı kriterlerinin de geliştirilmesiyle bu sendromun tanınması ve sınıflandırılması genişletilmiştir (Stein & Leventhal, 1935). PKOS'un yaygınlığı Rotterdam kriterlerine göre kadınların %15-20'sinde ortaya çıktığı düşünülmektedir (Dumesic vd., 2020; Hoeger vd., 2021). PKOS, genetik ve çevresel faktörlerin bir arada bulunması sonucu ortaya çıkan kompleks ve farklı yönlerden ele alınması gereken bir bozukluktur. Hastalığın hormonal dengesizlikler, insülin direnci ve metabolik düzensizlikler gibi çeşitli patofizyolojik mekanizmalarla ilişkili olduğu bilinmektedir (Jacewicz-Świecka & Kowalska, 2020). Ayrıca PKOS, yalnızca üreme sistemini değil, metabolik ve psikolojik sağlık üzerinde de ciddi ölçüde etkilerinin olduğu dikkate alınmalıdır (Dumesic vd., 2020; Hoeger vd., 2021). PKOS, adet düzensizlikleri, infertilite, erkek tipi kıllanma, akne ve kilo artışı gibi semptomlarla kendini göstermektedir. Ayrıca uzun vadede Tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve endometriyal kanser gibi ciddi ikincil hastalıklara yol açabilir. Hormonal dengesizlikler nedeniyle bu sendrom hem fiziksel hem de psikolojik sağlığı tehdit etmektedir. Bu nedenle, PKOS biyopsikososyal bir sorun olarak ele alınmalıdır (Rababa'h vd., 2022).

2.1.1. Polikistik Over Sendromu Tanı Kriterleri

PKOS'un tanısı, uluslararası alanda kabul gören belirlenmiş kriterlerden oluşan iki kriter seti ile konulmaktadır. Bunlar NIH kriterleri ve Rotterdam kriterleridir. NIH kriterlerine göre, PKOS tanısı koyulabilmesi için kronik yumurtlayamama ve klinik veya biyokimyasal androjen hormonların fazla salınımı bulunması gerekmektedir. Bunun yanı sıra, diğer potansiyel nedenlerin dışlanması gerekmektedir. NIH kriterleri, PKOS'un daha dar bir hasta grubunu kapsamasına neden olmaktadır (Shermin vd., 2020; Yıldız vd., 2012). Rotterdam kriterleri ise daha geniş bir hasta grubunu tanımlamayı amaçlar ve PKOS tanısı için üç temel özellikten en az ikisinin varlığını şart koşmaktadır. Bu kriterler; nadiren ya da hiç yumurtlamama, androjen hormonların yüksekliği ve yumurtalıklarda polikistik over görünümüdür. Rotterdam kriterleri, PKOS'un heterojen yapısını daha iyi yansıttığı için klinik uygulamalarda daha yaygın olarak tercih edilmektedir (Azziz, 2018; Rababa'h vd., 2022; Williams vd., 2016). Klinik olarak gözlemlenen androjen hormonlarının yüksekliği, PKOS tanısında önemli bir kriter olup, hastalığın belirtilerinin bireyler arasında farklılık göstermesine neden olmaktadır. Örneğin, bazı bireylerde erkek tipi kıllanma belirgin şekilde görülürken, diğerlerinde akne veya erkek tipi saç dökülmesi öne çıkabilir. Bazı bireylerde ise bu belirtiler hafif seyretmekte ve androjen hormonlarının yüksekliği sadece hormon testleriyle tespit edilebilmektedir. Bu çeşitlilik, PKOS'un her bireyde farklı semptomlarla kendini gösterebileceğini ve tanı sürecinde kişiye özgü bir yaklaşımın önemini ortaya koymaktadır (Hoeger vd., 2021; Lizneva vd., 2016).

2.1.2. Polikistik Over Sendromunun Fiziksel Sağlık Üzerine Etkileri

Polikistik Over Sendromu (PKOS), kadınların fiziksel sağlığını birçok sistem üzerinden olumsuz yönde etkilemektedir. PKOS metabolik, kardiyovasküler ve üreme sistemlerinde ciddi bozukluklara yol açarak kısa ve uzun vadede birçok sağlık sorununa neden olmakta ve bireylerin yaşam kalitelerini düşürmektedir (Giampaolino vd., 2021; Puurunen vd., 2011).

PKOS’lu kadınlarda en fazla görülen fiziksel sorunlardan birinin obezite olduğu bilinmektedir. PKOS’lu kadınların yaklaşık %50’sinde yağlanmanın bel çevresinde yoğunlaşması şeklinde karakterize olan santral obezite görülmektedir (Lim vd., 2012). Santral obezite insülin direnci, yüksek tansiyon ve kandaki yağ seviyelerinin normal aralıkta olmaması gibi metabolik komplikasyonlarla ilişkili olmakla birlikte metabolik sendromun önemli etkenlerinden biri olduğu görülmektedir. Bu durum uzun vadede Tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalıkların gelişimine yol açabilmektedir. Ayrıca artan yağ dokusu, daha fazla androjen hormon salgısını artırarak erkek tipi kılınma, akne ve saç dökülmesi gibi semptomların daha belirgin hale gelmesine neden olabildiği bilinmektedir. Dolayısıyla, PKOS hastalarında yağlanma yani obezite arttıkça PKOS belirtileri şiddetlenmekte ve zamanla obezite PKOS’un hem sebebi hem de sonucu haline gelmekte ve bir kısır döngüye girilmektedir (Glueck & Goldenberg, 2019; Kakoly vd., 2019; Lim vd., 2012; Sam, 2007).

Metabolik süreçlerde olan bozulmanın bir başka önemli boyutu insülin direncidir. PKOS’lu kadınların %70’inden fazlasında insülin direnci görülmektedir. Bu durum, hücrelerin insülini etkili bir şekilde kullanamamasına yol açarak kan şekerinin yükselmesine neden olmaktadır (Amisi, 2022). Yüksek kan şekeri hem Tip 2 diyabet riskini artırır hem de yumurtalıklardaki androjen hormon üretimini tetikleyerek PKOS’un diğer belirtilerinin şiddetlenmesine neden olur (Legro vd., 2004; Pasquali vd., 2000). Glukoz intoleransı PKOS’lu kadınların yaklaşık %40’ında ortaya çıkmaktadır ve bu bireylerin %10-15’inde uzun vadede Tip 2 diyabet gelişme riski bulunmaktadır. İnsülin direnci kilodan bağımsız bir şekilde de PKOS hastalığında ortaya çıkabilmektedir (Jurczewska vd., 2023). İnsülin direnci ve buna bağlı etkiler PKOS’un yönetimini daha da karmaşık hale getiren önemli bir sağlık sorunudur ve daha yakından takip edilmesi gerekmektedir (Cassar vd., 2016; Douglas vd., 2006).

PKOS, kardiyovasküler sağlığı da olumsuz yönde etkilemektedir. Bu etkilerin insülin direnci ve yağlanma ile doğru orantılı olduğu düşünülmektedir (van der Ham vd., 2023). PKOS’lu kadınlarda yüksek tansiyon, kandaki lipid (yağ) düzeylerinin normal aralıkların dışına çıkması ve atardamarların (arterlerin) duvarlarında plak birikmesi sonucu sertleşmesi gibi kardiyovasküler risk faktörleri daha fazla görülmektedir. LDL kolesterol ve trigliserit seviyelerinin yüksekliği ile HDL kolesterol düzeylerinin düşüklüğü PKOS’lu kadınlarda yaygın olduğu görülmektedir. Bu lipid dengesizlikleri damarların yapısını bozarak kalp krizi ve felç gibi ciddi sorunların gelişme riskini

arttırmaktadır (Shroff vd., 2007). Ayrıca, PKOS'un yol açtığı kronik inflamasyon, kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde önemli etkiye sahiptir. PKOS'lu kadınlarda obezite ve insülin direnci beraberinde kardiyovasküler sistemleri de etkileyerek hastalık riskini arttırdığı düşünülmektedir (Reckelhoff, 2019).

PKOS'un fiziksel sağlık üzerindeki bir diğer etkisi, üreme sisteminde yarattığı bozukluklardır. Kronik olarak yumurtlayamama PKOS'lu kadınların en sık karşılaştığı sorunlardan biridir ve kısırlığa yol açmaktadır. Yumurtlamanın gerçekleşmemesi gebelik şansını azaltırken uzun süreli östrojen etkisi nedeniyle endometrial kanser riskini arttırmaktadır (Shafiee vd., 2013; Zhang vd., 2023). PKOS'lu kadınlarda gebelik olduğu durumlarda ise gestasyonel diyabet, preeklampsi ve erken doğum gibi sorunların görülme riskinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, bu kadınlarda düşük yapma riskinin de yüksek olduğu bilinmektedir (Kakoly vd., 2018; Kjerulff vd., 2011; Legro vd., 1999).

2.1.3. Polikistik Over Sendromunun Psikolojik Sağlık Üzerine Etkileri

Polikistik Over Sendromu (PKOS), fiziksel sağlık üzerindeki etkileriyle birlikte bireylerin psikolojik sağlıklarını da etkileyen çok yönlü bir hastalıktır. PKOS'lu kadınlarda depresyon ve anksiyete yaygınlığı, PKOS tanısı almamış kadınlara göre belirgin şekilde daha yüksek olduğu bilinmektedir. Hormonal dengesizlikler, özellikle androjen seviyelerinin artışı, kadınların duygusal dengeyi koruma kapasitesini olumsuz yönde etkilerken; insülin direnci ve obezite gibi metabolik sorunlar psikolojik sağlıklarını da olumsuz yönde etkilemektedir (Cooney vd., 2017; Dokras vd., 2012). Kılınma, akne ve kilo artışı gibi fiziksel belirtiler, bireylerin beden algısını olumsuz yönde etkiler ve özgüven kaybına yol açmaktadır (Bazarganipour vd., 2013; Garad vd., 2011). Özellikle toplumsal baskılar ve estetik kaygılar PKOS'lu kadınların kendilerini yetersiz hissetmelerine ve sosyal ortamlardan soyutlamalarına sebep olabilmektedir. Bu durum, depresyonun derinleşmesine ve bireylerin sosyal ilişkilerden uzaklaşmasına sebep olabilmektedir. Anksiyete, PKOS'lu kadınlarda PKOS'lu olmayanlara göre geleceğe yönelik belirsizlik hissi, kronik stres ve günlük yaşamda baş edemedikleri sorunlar nedeniyle sık gözlemlenen bir durum olduğu bilinmektedir (Naqvi vd., 2015). Ayrıca infertiliteyle mücadele eden kadınlarda çocuk sahibi olamama korkusu, toplumsal baskı

ve bunun getirdiği zorlayıcı duygular, psikolojik sağlık üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir (Bazarganipour vd., 2014).

PKOS'lu kadınlarda yeme bozuklukları da fizyolojik ve psikolojik faktörlerin etkisiyle yaygın olarak görülmektedir. İnsülin direnci ve yüksek androjen salınımı gibi biyolojik süreçler iştah düzenleme mekanizmasını bozarak aşırı yeme eğilimini artırabilir (Baker vd., 2012; Sadeeqa vd., 2018). Bu bireylerde özellikle şiddetli karbonhidrat isteği ve yüksek glisemik indeksli gıdaları tercih etme eğilimi, düzensiz yeme davranışlarına zemin hazırlamaktadır (Douglas, vd., 2006). Psikolojik açıdan bakıldığında, depresyon, anksiyete ve vücut imajı ile ilgili memnuniyetsizlik duygusal yeme ve aşırı yeme bozukluğu riskini artırmaktadır (Garvey, 2022; Greenwood vd., 2020). Yapılan çalışmalar, PKOS'lu bireylerde yeme kısıtlamasının daha az, ancak aşırı yeme davranışının genel popülasyona göre daha fazla görüldüğünü göstermektedir (Greenwood vd., 2020). PKOS'un psikolojik etkileri, stres ve olumsuz duygusal durumlarla başa çıkma mekanizmalarını etkileyerek bireyleri duygusal yeme davranışına daha yatkın hale getirebilmektedir (van Strien, 2018). Bu açıdan bakıldığında PKOS'lu kadınlarda yeme bozuklukları sadece fizyolojik değil, aynı zamanda psikososyal faktörlerle de güçlü bir bağlantıya sahip olduğu görülmektedir (Jedel vd., 2010; Kolnikaj vd., 2022).

Uyku bozuklukları PKOS'un ruhsal sağlık üzerindeki bir başka etkisidir. Obeziteye bağlı olarak gelişebilen uyku apnesi hem fiziksel hem de ruhsal sağlığı etkileyerek bireylerde kronik yorgunluk, dikkat eksikliği ve duygusal dalgalanmalara sebep olabilmektedir (Fernandez vd., 2018).

PKOS'un psikolojik etkilerinin yönetimi bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Psikoterapi bireylerin depresyon ve anksiyete semptomlarıyla başa çıkmasına yardımcı olabilirken, destek grupları ve sosyal etkileşimler bireylerin yalnızlık hissini azaltabilir ve kendilerini toplum içinde daha güvende hissetmelerine olanak tanıyabilmektedir (Costello vd., 2007; Kızılkaya Beji, 2013). Aynı zamanda, bireylerin beden algısını güçlendirecek davranışsal terapiler ve stres yönetimi teknikleri psikolojik sağlık üzerinde olumlu etkiler yaratabilmektedir. PKOS'un hem fiziksel hem de psikolojik sağlık üzerindeki etkileri dikkate alındığında bireylerin bütüncül bir sağlık desteğine ihtiyaç duyduğu açıktır. Bu kapsamlı yaklaşım, bireylerin yaşam kalitesini arttırmanın yanı sıra uzun vadeli sağlık sorunlarını da iyileştirebileceği düşünülmektedir (Aherne, 2004; Kelley, 2003).

2.1.4. Polikistik Over Sendromunun Uzun Dönem Riskleri

PKOS ergenlik çağına girilmesiyle birlikte kadınlarda sık görülen karmaşık bir endokrin bozukluk olmasının yanında bireylerin genel sağlık durumunu uzun vadede olumsuz etkileyebilecek birçok sorun ile ilişkilidir. Bu sendrom yalnızca akut semptomlar değil metabolik, kardiyovasküler, üreme ve ruhsal sağlık üzerinde ortaya çıkan uzun dönem sorunlarla üzerinde durulması gereken bir hastalıktır (Cohen & Wills, 1985). Metabolik etkiler arasında en sık görüleni insülin direncidir. Bu durum glukoz intoleransı ve kanda insülin hormonun fazla miktarda bulunmasına yol açarak Tip 2 diyabet gelişiminde rol oynar. Araştırmalar PKOS'lu kadınların yaklaşık %40'ında glukoz metabolizmasında bozukluk, %10-15'inde ise Tip 2 diyabetin görüldüğünü göstermektedir (Legro vd., 2004; Pasquali vd., 2000). Bunun yanı sıra santral obezite ve metabolik sendrom PKOS'lu bireylerde kardiyovasküler komplikasyon riskini artırır. Yüksek tansiyon, kandaki lipid (yağ) düzeylerinin normal aralıkların dışına çıkması ve atardamarların (arterlerin) duvarlarında plak birikmesi sonucu sertleşmesi gibi sorunlar, kalp krizi ve inme gibi önemli sorunlara yol açabilir (Shroff vd., 2007). Hormonal dengesizliklerin ve yumurtlayamama sorununun bir sonucu olarak endometriyal kanser riski PKOS'lu bireylerde belirgin şekilde artar. Sürekli östrojen etkisi altında kalan endometriyum, endometriyumda hücre sayısının anormal şekilde artması ve sonucunda kansere dönüşebilecek patolojik değişiklikler gözlenebilmektedir. PKOS'un üreme sistemi üzerindeki uzun dönem etkiler ise infertilite, gebelik komplikasyonları ve düşük yapma riskini içermektedir. PKOS'lu bireylerde görülen hormonal dengesizlikler ve kronik yumurtlayama, gebe kalmayı zorlaştırarak engelleyebilmektedir. Aynı zamanda, gebelik gerçekleşse bile gestasyonel diyabet, preeklampsi ve erken doğum gibi komplikasyonlar yaygın olduğu görülmektedir. Düşük yapma riski de PKOS'lu bireylerde daha yüksektir, bu da bireylerde hem fiziksel hem de duygusal yük oluşturabileceğini düşündürmektedir (Melekoğlu, 2014).

PKOS'un psikolojik sağlık üzerindeki uzun dönem etkileri en az fiziksel etkileri kadar üzerinde durulması gereken sorunlardır. PKOS'un uzun dönem risklerinin etkili bir şekilde yönetilmesinin bireylerin genel sağlık durumunu iyileştirmek ve yaşam kalitesini artırmak için önemli olduğu düşünülmektedir. Yaşam tarzı değişikliklerinin bu risklerin

azaltılmasında büyük bir öneme sahip olduğu düşünülmektedir (Costello vd., 2007; Kızılkaya Beji, 2013).

2.1.5. Polikistik Over Sendromunda Tedavi

Polikistik Over Sendromu tedavisinde temel amaç, semptomların kontrol altına alınması, bireylerin yaşam kalitesinin artırılması ve uzun vadeli komplikasyonların önlenmesidir. Tedavi bireysel semptomların şiddetine, hastanın çocuk sahibi olmak isteyip istememesine ve genel sağlık durumuna göre planlanmaktadır. Tedavide ilk adım yaşam tarzı değişikliği oluşturmaktır (Teede vd., 2010). PKOS'lu bireylerde kilo kaybı metabolik ve hormonal dengenin sağlanmasında etkili bir yöntemdir. Yapılan çalışmalar toplam vücut ağırlığının %5-10'unun kaybının menstrüel düzeni sağladığını, yumurtlamayı teşvik ettiğini ve insülin direncini azalttığını göstermiştir (Barrea vd., 2019; Orio vd., 2013; Toosy vd., 2018). Düşük glisemik indeksli diyetler, Akdeniz diyeti gibi anti-inflamatuar beslenme modelleri ve düzenli fiziksel aktivite PKOS'un metabolik ve hormonal etkilerinin iyileştirilmesinde önemli rol oynamaktadır (Shang vd., 2021). Haftada en az yaklaşık 2 saat orta yoğunlukta esneme ve ağırlık egzersizleri önerilmektedir. Farmakolojik tedavi, semptomların hafifletilmesinde yaşam tarzı değişikliklerine yardımcı olarak kullanılmaktadır. Kombine oral kontraseptifler, androjenlerin yüksek salınımına bağlı semptomları azaltmak ve menstrüel düzeni sağlamak için en yaygın tercih edilen ilaçlardır (Baykal Selçuk vd., 2016). Ayrıca, insülin direncinin yönetiminde metformin etkili bir seçenek olarak öne çıkmaktadır. Metformin, glukoz metabolizmasını düzenlerken aynı zamanda androjen seviyelerini azaltarak yumurtlamayı desteklemektedir (Şişmanoğlu & Baysal, 2017). Aşırı kılınma gibi artmış androjen salınımına bağlı semptomların tedavisinde ise anti-androjen ilaçlar tercih edilmektedir. Cerrahi tedavi gerekli durumlarda düşünülmektedir (Azziz vd., 2016).

Psikolojik sağlık sorunlarının yönetiminde psikoterapi ve destek grupları önemli bir rol oynamaktadır. Psikoterapinin depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sağlık sorunlarının üstesinden gelmek için etkili bir araç olduğu görülmektedir. Destek grupları ise, bireylerin yalnızlık hissini azaltarak sosyal bağlantılarını güçlendirmelerine yardımcı olabilir. Ayrıca, düzenli sağlık kontrolleri ve erken müdahaleler PKOS'un uzun dönem komplikasyonlarının etkili bir şekilde yönetilmesini sağlamaktadır (Costello vd., 2007).

PKOS'un bireylerin genel sağlığı üzerindeki uzun vadeli etkileri dikkate alındığında, kapsamlı ve birçok disiplinin bir arada çalıştığı bir yaklaşım benimsenmesi gerektiği düşünülmektedir.

2.2. Algılanan Sosyal Destek

Algılanan sosyal destek, kişinin etrafından aldığı desteği nasıl anlamlandırdıklarını, algıladıklarını ve bu desteğin onlara sağladığı faydaları değerlendirme biçimlerini ifade eden bir kavramdır (Oktan, 2005). Sosyal destek, bireylerin duygusal, bilişsel ve fiziksel ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak çevrelerindeki kişilerden sağlanan yardım ve kaynaklar olarak tanımlanmaktadır. Ancak algılanan sosyal destek, alınan sosyal destekten farklı olarak bireyin destek kaynaklarının varlığına ilişkin inancı ve bu kaynaklara ulaşabilme konusundaki güveni üzerine odaklanmaktadır (Kozaklı, 2006). Bu nedenle algılanan sosyal destek, bireyin yaşam kalitesini artıran ve stresle başa çıkma becerilerini arttıran önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (Taysi, 2000).

Algılanan sosyal destek kişinin yalnızlık hissini azaltmakta, özgüvenini arttırmakta ve sorunlarla başa çıkma becerilerini geliştirmektedir. Bu açıdan bakıldığında sosyal desteğin yalnızca fiziki bir yardım ya da katkı olarak değil bireyin hayatı boyunca karşılaşabileceği zorluklara karşı psikolojik dayanıklılığını güçlendiren bir yapı olarak değerlendirilmesi gerekmektedir (zbay vd., 2007). Stresli yaşam olayları karşısında bireyin sosyal destek kaynaklarından faydalanma yeteneği ruhsal sağlığını doğrudan etkilemektedir. Algılanan sosyal destek bireylerin yalnızca mevcut sorunlarla başa çıkma kapasitelerini artırmakla kalmaz aynı zamanda gelecek zorluklara karşı kendilerini daha gl ve hazırlıklı hissetmelerini sağlamaktadır. Sosyal destek kavramının önemi özellikle sağlık ve psikoloji alanlarında yapılan araştırmalarla vurgulanmıştır. Araştırmalar, algılanan sosyal desteğin kişinin fiziksel ve psikolojik sağlığını doğrudan etkilediğini göstermektedir (Uchino vd., 1996). Örneğin, sosyal destek, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunların şiddetini azaltabilir ve bireylerin stres düzeylerini etkili bir şekilde yönetmelerine yardımcı olabilmektedir. Ayrıca sosyal desteğin varlığı bireylerin öz-yeterlik algısını arttırarak yaşam memnuniyetlerini yükseltebilmektedir. Bu açıdan bakıldığında sosyal destek sadece bireyin mevcut çevresiyle olan ilişkilerini değil

aynı zamanda yaşamdan aldığı tatmini ve genel sağlığını da olumlu yönde etkilemektedir (Kozaklı, 2006; Matud vd., 2003).

Algılanan sosyal destek bireyin yaşamındaki zorluklarla başa çıkma becerisini etkileyen bir tampon mekanizma olarak işlev görmektedir. Özellikle stresli olaylar sırasında bireyin çevresindeki destek kaynaklarını algılayabilme düzeyi bu olayların yaratabileceği olumsuz etkileri hafifletmede kritik bir rol oynamaktadır (Pengilly & Dowd, 2000). Tampon Etki Modeli olarak bilinen bu yaklaşım sosyal desteğin stresin birey üzerindeki zararlarını azaltan bir işlev gördüğünü öne sürmektedir. Ayrıca bireyin devamlı olarak çevresindeki destek kaynaklarını algılaması ve bu kaynaklara güvenmesi stresli durumlar dışında da genel refah düzeyini artırabilmektedir. Bu Temel Etki Modeli olarak bilinmektedir ve sosyal desteğin bireyin genel yaşam kalitesi üzerindeki doğrudan etkisini açıklamaktadır (Cohen & Wills, 1985).

Özetle algılanan sosyal destek kişinin psikolojik ve fiziksel sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu destek bireyin yaşamındaki kriz anlarını atlatmasını kolaylaştırırken aynı zamanda yaşam kalitesini artıran bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Sosyal desteğin bireyin hayatındaki bu kritik rolü sağlık ve psikoloji alanlarında yapılan müdahalelerin temel bir bileşeni olarak değerlendirilmesini gerektirmektedir. Algılanan sosyal destek bireylerin yalnızca mevcut sorunları çözme kapasitelerini değil aynı zamanda gelecekte karşılaşılabilecekleri zorluklarla başa çıkma dayanıklılıklarını da güçlendiren bir mekanizmadır. Bu nedenle algılanan sosyal desteğin bireyin yaşamındaki önemi kapsamlı bir şekilde ele alınmalı ve bu kavram bireysel sağlığın ve toplumsal dayanışmanın geliştirilmesinde temel bir araç olarak kullanılması gerektiği düşünülmektedir.

2.2.1.Sosyal Destek Modelleri

Sosyal destek modelleri, bireylerin çevresinden aldıkları desteğin nasıl işlev gördüğünü, bu desteğin birey üzerindeki etkilerini ve sosyal desteğin sağladığı faydaların mekanizmalarını anlamaya yönelik teorik çerçeveler sunmaktadır. Sosyal destek modelleri bireylerin psikolojik ve fiziksel sağlığı üzerindeki etkilerin daha iyi anlaşılmasını sağlayarak bu alanda yapılacak müdahalelerin planlanmasına ışık tutmaktadır. İki temel sosyal destek modeli, Temel Etki Modeli ve Tampon Etki Modeli

olarak bilinmektedir. Bu modeller sosyal desteğin bireylerin stresle baş etme süreçlerindeki rolünü ve genel sağlık üzerindeki etkilerini farklı açılardan ele almaktadır (Cohen & Wills, 1985).

Temel Etki Modeli sosyal desteğin bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığı ve iyilik hali üzerinde direkt olarak bir etkisi olduğunu varsaymaktadır. Bu modele göre sosyal destek, bireyin yalnızca stresli durumlarda değil, genel yaşam memnuniyeti ve psikolojik dayanıklılığı üzerinde sürekli bir olumlu etki yaratmaktadır. Sosyal destek bireyin kendine olan güvenini artırarak öz-yeterlik algısını güçlendirmekte ve bireyi daha motive bir şekilde hareket etmeye teşvik etmektedir. Örneğin bir bireyin ailesinden, arkadaşlarından ya da sosyal çevresinden aldığı duygusal destek bireyin stresli olmayan bir dönemde bile mutluluğunu ve yaşam kalitesini artırabilmektedir. Bu model sosyal desteği bireyin psikolojik iyi oluşunun temel bir bileşeni olarak değerlendirmekte ve bireyin sosyal ilişkilerinin güçlendirilmesinin sağlığı üzerinde doğrudan iyileştirici bir etkiye sahip olduğunu ileri sürmektedir (Barry vd., 2007; Karademas, 2006).

Tampon Etki Modeli ise sosyal desteğin stresli yaşam olaylarının kişilerin üzerindeki istenmeyen etkilerini azaltan bir tampon mekanizması olarak işlev gördüğünü ileri sürmektedir. Bu modele göre birey stresli bir durumla karşı karşıya kaldığında çevresinden aldığı sosyal destek stresin olumsuz etkilerini hafifletmekte ve bireyin bu durumla başa çıkma kapasitesini arttırmaktadır. Örneğin bir birey işten çıkarılma gibi büyük bir yaşam stresörüyle karşılaştığında ailesi veya arkadaşlarından aldığı duygusal ve maddi destek bu durumun yarattığı olumsuz duyguları azaltabilmektedir. Sosyal destek stresin birey üzerindeki psikolojik ve fizyolojik etkilerini tamponlayarak bireyin stresle başa çıkma becerilerini güçlendirmektedir. Bu model sosyal destek ile stresli durumların yarattığı sonuçlar arasındaki ilişkiyi anlamada önemli bir rol oynamaktadır (Cohen & Wills, 1985).

Bu iki temel modelin yanında sosyal desteğin etkisini açıklayan başka teorik yaklaşımlar da bulunmaktadır. Bunlarda birisi Bilişsel Değerlendirme Teorisi, bireylerin sosyal destek algısının stresli bir olayın tehdidine yönelik algılarını değiştirdiğini öne sürmektedir. Bu teoriye göre birey stresli bir durumu daha az tehdit edici olarak değerlendirdiğinde bu durumun olumsuz etkileri de azaltmaktadır. Sosyal destek bireylerin sorun çözme kapasitelerini arttırarak daha rasyonel kararlar almalarına yardımcı olabilmektedir (Oktan, 2005). Bir diğeri ise Etkileşimsel Modeller, sosyal

desteğin bireylerin kişilik özellikleri, çevresel koşulları ve stresle başa çıkma becerileri gibi faktörlerle etkileşim halinde işlev gördüğünü savunmaktadır. Bu modeller sosyal desteğin etkilerinin yalnızca dışsal faktörlerden değil, aynı zamanda bireyin içsel özelliklerinden de etkilendiğini vurgulamaktadır (Eker, 2001; Yıldırım, 2003).

Sosyal destek modellerinin ortak noktası, sosyal desteğin bireyin genel sağlığı ve yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkilerini vurgulamalarıdır. Ancak her model, sosyal desteğin işlevlerini ve etkilerini farklı bir perspektiften ele almaktadır. Temel Etki Modeline göre sosyal destek kişinin hayatında baş etmesi zor durumlar olmadan da olumlu bir etkidir; Tampon Etki Modeli ise sosyal desteğin özellikle stresli yaşam olayları sırasında kritik bir rol oynadığını belirtir. Bu iki yaklaşım sosyal desteğin birey üzerindeki etkilerini anlamada birbirini tamamlar niteliktedir.

2.2.2. Sosyal Destek Türleri ve Sosyal Destek Kaynakları

Sosyal desteğin bireylerin stresli yaşam olaylarıyla başa çıkma becerilerini güçlendiren, psikolojik ve fiziksel sağlıklarını olumlu yönde etkileyen önemli bir koruyucu faktör olduğu düşünülmektedir. Sosyal destek, bireyin ihtiyaçlarına göre farklı türlere ayrılabilen ve bu desteklerin sağlandığı kaynaklar da bireyin yaşamındaki önemli kişilerden oluşmaktadır. Sosyal destek türleri ve kaynakları bireylerin yaşadıkları zorluklar karşısında dayanıklılıklarını artırmalarında kritik bir rol oynamaktadır.

2.2.2.1. Sosyal destek türleri

Sosyal destek türleri duygusal destek, bilgi desteği, maddi destek ve sosyal katılım desteği şeklinde sınıflandırılmaktadır (Cohen & Wills, 1985). Duygusal destek kişinin duygusal ihtiyaçlarını karşılamayı, sevgi, ilgi, anlayış ve empati sunmayı içermektedir. Duygusal destek bireyin kendini değerli ve güvende hissetmesini sağlamaktadır. Örneğin, zor bir dönemden geçen bir kişiye yakın bir arkadaşının duygusal destek sağlaması, kişinin stresle başa çıkmasına yardımcı olabilmektedir. Duygusal destek, bireylerin yalnızlık hislerini azaltırken, kendilerini anlaşılmış ve kabul edilmiş hissetmelerine olanak tanımaktadır (Cohen & Wills, 1985).

Bilgi Desteği bireyin karşılaştığı bir sorunu çözmesine yardımcı olabilecek bilgi, öneri ve rehberlik sağlamayı içermektedir. Bireylerin daha bilinçli kararlar almasını ve sorunlara yönelik etkili çözümler geliştirmesini kolaylaştırabilmektedir (Cohen & Wills, 1985). Örneğin bir sağlık sorunu yaşayan bireye doktoru veya çevresindeki bilgili kişiler tarafından sağlanan bilgi desteği bireyin durumu anlamasını ve uygun tedavi yollarını seçmesini sağlayabilmektedir.

Maddi Destek bireyin fiziksel veya ekonomik ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlayan yardımları kapsamaktadır. Bireyin somut bir sorun karşısında kaynaklara erişimini kolaylaştırmaktadır. Örneğin maddi zorluklar yaşayan bir kişiye finansal yardım sağlanması bu kişinin ekonomik yükünü hafifletebilir ve daha büyük sorunlarla karşılaşmasını önleyebilmektedir. Maddi destek, kriz dönemlerinde bireylerin hayatlarını sürdürebilmeleri için kritik bir destek türüdür (Cohen & Wills, 1985).

Sosyal Katılım Desteği bireyin sosyal etkileşimlerini artırmayı ve toplumsal bağlarını güçlendirmeyi hedeflemektedir. Bu tür destek, bireyin sosyal bir grubun parçası olduğunu hissetmesine ve yalnızlık hissinin azalmasına yardımcı olmaktadır. Sosyal katılım desteği bireylerin toplumsal izolasyondan korunmasını sağlar ve sosyal çevreleriyle daha güçlü bağlar kurmalarına olanak tanımaktadır (Cohen & Wills, 1985).

2.2.2.2. Sosyal Destek Kaynakları

Sosyal destek genellikle bireyin sosyal çevresindeki çeşitli kaynaklardan sağlanmaktadır. Bu kaynaklar arasında aile, arkadaşlar, meslektaşlar ve toplumdaki diğer sosyal gruplar yer almaktadır (Eker, 2001; Uyan, 2014).

Aile birey için en önemli ve sürekli sosyal destek kaynağıdır. Aile üyeleri genellikle bireyin duygusal ihtiyaçlarını karşılamak, ekonomik destek sağlamak ve günlük yaşamda yardımcı olmak gibi roller üstlenmektedir. Aileden alınan destek bireylerin stresle başa çıkma kapasitesini artırırken aynı zamanda güven duygusunu da güçlendirmektedir (Taysi, 2000).

- Arkadaşlar özellikle gençler ve yetişkinler için önemli bir sosyal destek kaynağıdır. Arkadaşlardan sağlanan destek bireylerin yalnızlık hislerini azaltabilmekte ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamalarına yardımcı olabilmektedir.

Arkadaş çevresi bireyin sosyal bağlarını güçlendiren ve yaşam kalitesini artıran bir yapı oluşturmaktadır (Taysi, 2000).

- İş arkadaşları özellikle iş yaşamıyla ilgili stresli durumlarda bireylere önemli bir destek kaynağı sunmaktadır. Meslektaşlardan sağlanan destek bireyin iş yerindeki sorunlarla daha kolay başa çıkmasını sağlar ve iş tatminini artırabilmektedir (Uyan, 2014).
- Toplumsal gruplar bireylerin sosyal bağlantılarını güçlendirmelerine olanak tanır ve bireyin kendini bir topluluğun parçası olarak hissetmesini sağlamaktadır. Örneğin dini gruplar, sivil toplum kuruluşları veya spor kulüpleri gibi topluluklar bireylere sosyal katılım ve destek sağlama konusunda önemli bir rol oynamaktadır (Uyan, 2014).

Sosyal destek türleri ve kaynakları bireylerin stresli durumlarla başa çıkma süreçlerini kolaylaştırmak ve genel yaşam memnuniyetlerini artırmak için bir arada çalışmaktadır. Bu destekler bireylerin yalnızca psikolojik iyi oluşlarını değil aynı zamanda fiziksel sağlıklarını da olumlu yönde etkilemektedir. Bu nedenle sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi bireylerin daha sağlıklı ve tatmin edici bir yaşam sürmelerine katkı sağlamaktadır. Sosyal destek türleri ve kaynaklarının bireyin yaşamındaki önemi bu desteklerin hem bireysel hem de toplumsal sağlık ve dayanıklılık üzerindeki etkilerini anlamayı elzem kılmaktadır.

2.2.3. Algılanan Sosyal Destek İle Sosyal Destek Kavramları Arasındaki Fark

Algılanan sosyal destek ile sosyal destek kavramları birbirine bağlı olmakla birlikte aralarında önemli farklar bulunmaktadır. Bu iki kavram sosyal ilişkilerdeki destek mekanizmalarını açıklamak için kullanılan farklı perspektifleri temsil etmektedir (Kozaklı, 2006).

Sosyal destek bireyin çevresinden aldığı somut, duygusal, bilgi ya da maddi yardımların tamamını ifade etmektedir. Bu destek bireyin sosyal çevresindeki kişiler tarafından aktif olarak sağlanan yardımları kapsamakta ve genellikle gözlemlenebilir niteliktedir. Örneğin bir arkadaşın zor bir durumda fiziksel olarak yardıma gelmesi ya da

bir iş arkadaşının bilgi ve önerilerle bireye rehberlik etmesi sosyal desteğin somut bir örneğidir. Sosyal destek bireyin çevresi tarafından sağlanan gerçek yardım ve katkıyı tanımlamakta ve doğrudan bireyin yaşamına etki eden bir faktördür (Cohen & Wills, 1985).

Algılanan sosyal destek ise bireyin çevresindeki destek kaynaklarının varlığını ve bu kaynaklara ulaşabileceğine olan inancını ifade etmektedir. Bu kavram bireyin sosyal desteği nasıl algıladığı ve değerlendirdiği üzerine odaklanmaktadır. Örneğin bir bireyin ailesinden, arkadaşlarından veya sosyal çevresinden destek alabileceğine inanması algılanan sosyal desteğin bir göstergesidir. Algılanan sosyal destek bireyin yaşadığı gerçek yardımın ötesinde destek kaynaklarına olan güveni ve bu kaynakların gerektiğinde kullanılabilir olduğuna dair hissiyatını yansıtmaktadır. Bu nedenle algılanan sosyal destek daha öznel ve bireysel bir değerlendirmeye dayanmaktadır (Dülger, 2009; Lepore vd., 1991).

Bu iki kavram arasındaki en önemli fark sosyal desteğin daha nesnel ve dışsal bir gerçekliği ifade etmesine karşın, algılanan sosyal desteğin bireyin içsel algılarına ve değerlendirmelerine dayanmasıdır. Bir birey çevresinden çok fazla destek alıyor olabilir ancak bu desteği yeterli ya da tatmin edici olarak algılamıyorsa algılanan sosyal destek düşük olabilmektedir. Ayrıca birey çok az somut destek alıyor olsa bile destek kaynaklarının varlığına olan inancı yüksekse algılanan sosyal destek düzeyi yüksek olabilmektedir (Kozaklı, 2006). Bu nedenle algılanan sosyal destek bireyin ruhsal ve fiziksel sağlığı üzerinde sosyal destekten daha güçlü bir belirleyici olarak kabul edilmektedir.

2.3. Duygu Düzenleme Güçlükleri

2.3.1. Duygu Tanımı

Duygular kişilerin içsel durumlarına ve çevresel uyaranlara verdikleri karmaşık tepkilerden oluşmaktadır. Fizyolojik, bilişsel ve davranışsal süreçlerin birleşimiyle meydana gelen duygular, kişilerin çevrelerine uyum sağlamalarına, hayatta kalmalarına

ve sosyal ilişkiler kurmalarına olanak tanımaktadır. Örneğin korku bireyi tehlikeden kaçmaya yönlendirirken mutluluk sosyal bağları güçlendirir ve ödüllendirici davranışları teşvik etmektedir (Dökmen, 2000). Duyguların fizyolojik boyutu bedenin otomatik tepkilerini içermektedir. Tehlike karşısında kalp atışının hızlanması, terleme veya adrenalin salınımı gibi tepkiler bireyin hayatta kalmasını desteklemektedir. Bilişsel boyut ise kişinin duyguları anlamlandırma ve değerlendirme sürecidir. Örneğin bir sınavdan düşük not alan öğrencinin hissettiği hayal kırıklığı performansını değerlendirmesiyle ilişkilidir. Davranışsal boyut ise duyguların dışa dönük ifadesidir; mutluluğun gülümsemeyle, öfkenin bağırma ile ifade edilmesi bu boyutun örnekleridir (Mauss vd., 2005).

Duygular genellikle kısa süreli ve hızlı bir şekilde ortaya çıkar. Yoğunluğu ve süresi kişiden kişiye değişmektedir (Thompson, 1994). Sürekli yoğun duygular kişinin psikolojik sağlığını olumsuz etkileyebilir. Örneğin yüksek düzeyde kaygı günlük işlevselliği bozabilir ve depresyona yol açabilir. Bu nedenle duyguların etkili bir şekilde düzenlenmesi kişinin psikolojik sağlığı ve sosyal uyumu açısından büyük önem taşımaktadır (Moses & Barlow, 2006; Werner, 2010).

Evrimsel açıdan duygular insanların hayatta kalma ve sosyal bağlar kurma süreçlerini destekleyen temel mekanizmalardır. Korku ve öfke gibi duygular kişiyi tehlikelerden korurken; mutluluk ve sevgi toplumsal ilişkilerin sürdürülmesini teşvik etmektedir. Ancak duyguların işlevselliğinin bireyin bu duyguları nasıl değerlendirdiği ve yönettiğiyle doğrudan ilişkili olduğu bilinmektedir (Leahy, 2011). Sağlıklı bir duygusal düzenleme becerisi bireyin yaşam kalitesini artırır ve zorluklarla daha etkili bir şekilde başa çıkmasını sağlar (Dökmen, 2000).

2.3.2. Duygu Düzenleme

Duygu düzenleme insanların yaşamlarında karşılaştıkları duygusal durumları anlamlandırma, kontrol etme ve yönetme sürecini ifade etmektedir (Leahy, 2011). Bu süreç kişinin duygusal tepkilerinin yoğunluğunu, süresini ve ifadesini düzenlemeye yönelik bilinçli ya da bilinçsiz stratejiler içermektedir (Gross, 1998). Duygular insanların çevrelerine uyum sağlamalarını, ilişkilerini sürdürmelerini ve hayatta kalmalarını destekleyen önemli mekanizmalardır. Ancak duyguların yoğun, kontrolsüz ya da

süreklilik gösteren bir yapıya sahip olması kişinin psikolojik ve sosyal işlevselliğini olumsuz etkileyebilmektedir (Leahy, 2011). Bu yüzden, duygu düzenleme sürecinin insanların hem içsel dengesini hem de sosyal uyumunu sağlamak açısından büyük öneme sahip olduğu bilinmektedir.

Gross'un duygu düzenleme modeli duyguların ortaya çıkma sürecine göre öncül ya da tepki odaklı duygu düzenleme stratejileri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Öncül odaklı duygu düzenleme stratejileri, duygusal bir tepki oluşmadan önce devreye girerek davranışları ya da çevresel fizyolojik tepkileri değiştirmeye odaklanmaktadır. Tepki odaklı duygu düzenleme stratejileri ise duygusal tepki ortaya çıktıktan sonra uygulanan yöntemdir. Bu iki strateji arasındaki temel fark, duygusal tepkiye müdahale edilen zamanlama ile ilgilidir ve her iki yaklaşım farklı sonuçlara yol açmaktadır (Gross, 2001, 2002). Gross ve çalışma arkadaşları, duyguların düzenlenmesinde özellikle yeniden değerlendirme ve bastırma stratejilerine odaklanmışlardır (Gross, 2001). Öncül odaklı duygu düzenleme stratejisi olan yeniden değerlendirme stratejisi duygusal tepkiyi azaltmak için durumun farklı bir perspektiften ele alınmasını veya bilişsel olarak yeniden çerçevelenmesini içerir. Bastırma stratejisi ise bireyin duygusal süreçlerini kontrol altına alarak dışa vurmasını engellediği bir yöntemdir ve tepki odaklı duygu düzenleme stratejileri arasında yer almaktadır (Gross, 2001).

Gross'un 1998'de ortaya attığı duygu düzenleme modeli ise ister öncül odaklı olsun ister duygusal tepki odaklı olsun duygu düzenleme süreçlerini beş temel aşamada açıklamaktadır. Bu aşamalar durum seçimi, durum değişimi, dikkat dağıtma, bilişsel yeniden yapılandırma ve tepki modülasyonu olarak sınıflandırılmıştır (Gross, 1998).

1. Durum Seçimi duygu düzenleme sürecinin ilk aşaması, kişinin hangi durumlara dahil olacağını veya olmayacağını seçmesidir. Durum seçimi, kişinin kendisini olumlu ya da olumsuz duygusal deneyimlerden koruma veya bu deneyimlere maruz kalmayı tercih etme stratejisidir. Örneğin birey stresli bir ortama girmekten kaçınarak olumsuz duyguların oluşmasını engelleyebilir veya kendisine keyif veren bir sosyal etkinliğe katılarak olumlu duygularını artırabilir. Bu aşama, bireyin çevresel faktörlere karşı proaktif bir tutum sergileyerek duygusal tepkilerini şekillendirmesini sağlamaktadır (Gross, 2002).
2. Durum Değişimi duygu düzenleme sürecinin ikinci aşaması, kişinin içinde bulunduğu durumu değiştirme veya yeniden yapılandırma çabalarını ifade eder.

Bu süreçte birey, duygusal bir deneyimi daha olumlu hale getirmek için durum üzerinde değişiklik yapmaya çalışır. Örneğin, bir çatışmayı çözmek için yapıcı bir diyalog başlatmak veya stresli bir ortamda daha rahat bir atmosfer yaratmak durum değişimi stratejilerine örnek olarak verilebilir. Durum değişimi, kişinin içinde bulunduğu koşulları kontrol altına alarak duygusal tepkilerini düzenlemesine yardımcı olur (Gross, 2002).

3. Dikkat Dağıtma üçüncü aşama olan dikkat dağıtma, kişinin duygusal olarak yoğun bir durumdan dikkatini başka bir noktaya kaydırmasıdır. Bu süreç, kişinin rahatsız edici veya olumsuz bir duruma odaklanmaktan kaçınmasını ve dikkatini daha olumlu ya da nötr bir uyarana üzerine yönlendirmesini içerir. Örneğin, stresli bir iş görüşmesi öncesinde bir bireyin rahatlatıcı bir müzik dinlemesi ya da zihinsel olarak kendisini başka bir etkinliğe yönlendirmesi, dikkat dağıtma stratejilerinden biridir. Dikkat dağıtma, bireyin kısa vadede duygusal yükünü hafifleterek olumsuz durumlarla başa çıkmasını kolaylaştırır (Gross, 2002).
4. Bilişsel Yeniden Yapılandırma duygu düzenleme süreçlerinin dördüncü aşaması, kişinin bir durumu farklı bir açıdan değerlendirerek duygusal tepkilerini yeniden şekillendirmesini ifade eder. Bilişsel yeniden yapılandırma, bireyin olumsuz bir olayın olumlu yönlerine odaklanmasını veya olayın önemini yeniden değerlendirmesini sağlar. Örneğin, başarısızlıkla sonuçlanan bir durumun, gelecekteki başarılar için bir öğrenme fırsatı olarak görülmesi bu stratejiye örnek olarak verilebilir. Bu aşama, bireyin olumsuz duyguları daha olumlu bir çerçeveye oturtmasını ve duygusal deneyimlerinin yoğunluğunu azaltmasını sağlar (Gross, 2002).
5. Tepki Modülasyonu duygu düzenleme sürecinin son aşaması, kişinin duygusal tepkilerini doğrudan kontrol etme veya değiştirme çabalarını içermektedir. Tepki modülasyonu, bireyin yaşadığı bir duygunun dışa vurumunu azaltmak, yoğunluğunu değiştirmek veya bu duyguyu tamamen bastırmak gibi stratejileri kapsar. Örneğin, bireyin öfkesini kontrol etmek için derin nefes alması veya sakinleştirici bir aktiviteye yönelmesi, tepki modülasyonuna örnek olarak gösterilebilir. Bu süreç, duygusal durumların dışa vurumunun bireyin sosyal ilişkileri ve genel işlevselliği üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirir (Gross, 2002).

Duygu düzenleme üzerine kapsamlı araştırmalar yürütülmesine rağmen çalışmaların büyük bir kısmı duygu düzenlemenin içsel süreçlerine odaklanmaktadır. Kişilerarası süreçler psikoloji çalışmalarında görece yeni bir araştırma alanıdır (Berthoud, 2011; Hofmann vd., 2016). Kişilerarası Duygu Düzenleme ve ilgili mekanizmalar, bireyin duygusal işleyişinin merkezinde yer almaktadır. Bireylerin duygu düzenleme mekanizmalarını kişilerarası düzeyde ne zaman ve nasıl uyguladıklarının değerlendirilmesi önemlidir (Dodd vd., 2019). Duygularını bağlama uygun bir biçimde düzenleyebilen bireylerin duygusal deneyimlerini şekillendirme ve düzenleme sürecinde diğer bireylerden destek almaya daha açık oldukları belirtilmektedir (Zaki & Williams, 2013). Duygu düzenleme sosyal bağlamda gelişen ve yaşam boyunca sosyal ilişkiler çerçevesinde devam eden bir süreç olduğundan kişilerarası faktörler bu bağlamda kritik bir rol oynamaktadır (Hofmann vd., 2016).

Coan (2011), bireylerin sosyal çevrelerinden izole edildiklerinde olumsuz etkilendiklerini, buna karşın sosyal bağlar kurduklarında daha olumlu duygusal deneyimler yaşadıklarını belirtmiş ve duyguların sosyal bağlam içerisindeki işlevselliğine dikkat çekmiştir (Coan, 2011). Duygu düzenleme becerilerini iyi kullanabilen bireylerin, zihinsel, duygusal ve davranışsal iletişim becerilerini de iyi kullandıklarına dair araştırmalar bulunmaktadır (etinkaya, 2011). Kişilerarası duygu düzenleme, kişinin duygularını sosyal bağlamlarda uygun etkileşimler yoluyla duyguları düzenleme süreci olarak tanımlanmaktadır (Hofmann vd., 2016). Bu bağlamda, kişilerarası duygu düzenleme ve sosyal destek kavramı arasında benzerlik olduğu ancak iki kavramın farklı yapılar olduğu vurgulanmaktadır (Niven vd., 2009). Ne kadar birbirinden farklı yapılan olsa da sosyal desteğin kişilerarası duygu düzenleme ile ilişkili olduğu çalışmalarda gösterilmektedir (Marroquín, 2011). Bununla birlikte, kişilerarası duygu düzenleme yalnızca olumlu etkiler yaratmakla sınırlı olmayıp bireylerin diğer kişilerin duygularını olumsuz yönde etkilemek için kullanıldığı bilinmektedir (Niven vd., 2009).

Kişilerarası duygu düzenleme süreçleri incelendiğinde bireylerin olumlu duygularını paylaşarak artırma (olumlu etkilenmeyi artırma), olumsuz yaşantılar karşısında başkalarının deneyimlerinden perspektif kazanma (bakış açısı edinme), diğer bireylerin tavsiye ve yönlendirmelerinden yararlanma (sosyal modelleme) ve duygularını paylaşarak destek arama (sakinleştirme) gibi stratejilere başvurdukları görülmektedir (Hofmann vd., 2016). Kişilerarası duygu düzenlemenin, depresyon ve kaygı bozukluğu gibi psikopatolojilerle ilişkili olan işlevsel olmayan duygu düzenleme süreçleriyle

bağlantılı olduğunu ileri süren araştırmalar da bulunmaktadır (Hofmann, 2014; Hofmann vd., 2016).

2.3.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü

Duygu düzenleme güçlüğü, bireyin duygularını kontrol etme, yönetme sonrasında uygun bir şekilde tepki verme kapasitesinde yaşadığı zorlukları ifade etmektedir (Gratz & Roemer, 2004). Bu durum, bireyin duygusal tepkilerini düzenlemekte zorlanmasıyla ilişkilidir. Yoğun ve devamlı ya da uygun olmayan duygusal deneyimlerle kendini göstermektedir (Leahy, 2011). Duygu düzenleme güçlüğü, bireyin hem psikolojik hem de sosyal işlevselliğini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesinde düşüşe neden olabilmekte ve bu zorluklar kişinin stresli yaşam olayları karşısında etkili baş etme mekanizmalarını kullanmasını zorlaştırırken kişinin duygusal açıdan güçsüz hissetmesine yol açabilmektedir.

Duygu düzenleme güçlüğü, genellikle bireyin yoğun duygusal deneyimleri kontrol edememesi, duygusal deneyimlerini anlamlandıramaması ya da bu duyguları uygun bir şekilde ifade edememesiyle ilişkilidir. Bu durum, bireyin olumsuz duyguların etkisinden kurtulmakta zorlanmasına ve bu duyguların uzun süre devam etmesine neden olabilmektedir (Gratz & Roemer, 2004; Werner, 2010). Örneğin, bireyin öfke, korku ya da kaygı gibi yoğun duygular yaşadığında, bu duyguları azaltmak için uygun stratejiler geliştirememesi, duygusal tepkilerin daha da yoğunlaşmasına ve sosyal ilişkilerde çatışmaların artmasına yol açabilir. Ayrıca, bireylerin duygularını ifade etme becerisindeki eksiklikler, duygusal ihtiyaçlarının karşılanmamasına ve sosyal çevrelerinden destek alamamalarına neden olabilmektedir (Cole vd., 1994). Duygusal tepkilerini düzenlemekte zorlanan bireyler, sosyal ilişkilerinde çatışmalar yaşayabilir ve bu durum, bireyin yalnızlık hissini artırabilir. Ayrıca bu zorluklar bireyin iş ve eğitim gibi alanlarda performansını olumsuz etkileyebilir ve bireyin genel yaşam memnuniyetinde düşüşe neden olabilir (Gross, 1998).

Duygu düzenleme güçlüğü genellikle depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve borderline kişilik bozukluğu gibi psikolojik sorunlarla ilişkilidir. Örneğin, depresyonda olan bireyler, olumsuz duyguların etkisinden kurtulmakta zorlanabilir ve bu duyguların yoğunluğunu

azaltmak için etkili bir strateji geliştiremeyebilirler. Benzer şekilde, anksiyete bozukluğu olan bireyler, kaygı seviyelerini kontrol edemediklerinde, günlük yaşamlarında ciddi zorluklarla karşılaşabilirler. Borderline kişilik bozukluğunda ise bireyler yoğun duygusal dalgalanmalar yaşar ve bu duyguları kontrol etmekte büyük zorluk çekebilirler. Bu durum, bireyin ilişkilerinde istikrarsızlık yaratabilir ve sosyal çevreleriyle çatışma yaşamlarına neden olabilmektedir (Werner, 2010).

Duygu düzenleme güçlüğü, kişinin geçmiş yaşam deneyimleriyle de yakından ilişkilidir. Özellikle erken dönemde yaşanan travmatik olaylar, kişide duygusal düzenleme becerilerinin gelişimini olumsuz etkileyebilir. Çocukluk döneminde yeterli duygusal destek ve rehberlik almayan bireyler, yetişkinlikte duygusal düzenleme güçlükleri yaşayabilmektedirler (Mandavia vd., 2016). Ayrıca, bireyin genetik yatkınlığı ve nörobiyolojik faktörleri de duygu düzenleme güçlüğü'nün ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir. Örneğin, amigdala ve prefrontal korteks arasındaki dengesizlik, bireyin duygusal tepkilerini kontrol etme kapasitesini azaltabilir (Marusak vd., 2015).

Duygu düzenleme güçlüğü'nün yönetimi, bireyin duygusal düzenleme becerilerinin geliştirilmesine yönelik farkındalık ve müdahaleleri gerektirir. Bu süreç, bireyin yalnızca ruhsal sağlığını desteklemekle kalmaz, aynı zamanda sosyal bağlarını güçlendirmesine ve yaşamdan daha fazla tatmin elde etmesine katkı sağlar. Duygu düzenleme güçlüğü ile başa çıkmaya yönelik stratejilerin bireysel ve toplumsal düzeyde yaygınlaştırılması, sağlıklı bir yaşam için kritik bir öneme sahip olduğu düşünülmektedir.

2.4. Yeme Davranışları

2.4.1. Yeme Bozukluklarının Genel Tanımı ve Tanı Kriterleri

Yeme bozuklukları, bireylerin yemek yeme davranışlarında, beden algılarında ve kilo kontrolünde bozulmalarla karakterize olan psikiyatrik rahatsızlıklar grubudur. Yeme bozukluklarının etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış olup, kalıtsal yatkınlık, nörobiyolojik değişimler, psikolojik faktörler ve sosyokültürel etkenlerin bir arada rol aldığı çok boyutlu ve karmaşık bir yapıdan kaynaklandığı düşünülmektedir (Bakalar vd.,

2015). Biyolojik çalışmalar, bireyin genetik yatkınlığının yanı sıra belirli nörotransmitter düzensizliklerinin önemini vurgulamaktadır (Frank vd., 2019). Bu bağlamda, anoreksiya nervoza ve bulimia nervozanın genetik bileşenler açısından farklılık gösterdiği günümüzde daha belirgin hale gelmiştir (Hinney & Volckmar, 2013). Genetik yatkınlık, yeme bozukluklarının gelişiminde önemli bir belirleyici olarak kabul edilmektedir. Yapılan araştırmalar, yeme bozukluğu tanısı alan bireylerin birinci derece akrabalarında bu bozukluklara yakalanma riskinin arttığını ortaya koymuştur (Bulik & Tozzi, 2004). Özellikle anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza tanısı almış bireylerin ailelerinde benzer yeme bozukluklarının görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir. Bunun yanı sıra, yeme bozukluğu olan bireylerin aile üyelerinde anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, madde bağımlılığı ve duygudurum bozukluklarının görülme olasılığının genel popülasyona kıyasla daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Kuruoğlu Çepik, 2000). Serotonin sistemi üzerine yapılan çalışmalar, serotonin nörotransmitterinin duygudurum düzenlemesi, beslenme alışkanlıkları ve dürtü kontrolü ile güçlü bir bağlantısının olduğunu ortaya koymuştur (Lam & Heisler, 2007).

Yeme bozukluklarının ortaya çıkışında bireysel ve çevresel birçok psikolojik etmenin rol oynadığı düşünülmektedir. Düşük benlik saygısı, kendilik algısındaki bozulmalar ve bireyin yaşadığı psikolojik çatışmalar, bu bozuklukların gelişiminde önemli faktörler arasında yer almaktadır (Polivy & Herman, 2002). Erken yaşantılarda yaşanan çatışmaların ego işlevsellikinde zayıflamaya neden olduğu, ebeveyn ilişkilerinde yaşanan problemlerin ise bireyin psikolojik dayanıklılığını olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir (Hinney & Volckmar, 2013). Bununla birlikte, olumsuz duygulanım, beden algısındaki memnuniyetsizlik, stresli yaşam koşulları, depresif belirtiler ve azalan özsaygı gibi faktörlerin yeme bozukluğu riskini artırabileceği öne sürülmektedir. Aile ve çevre tarafından yapılan beden ve kilo ile ilgili eleştirilerin bireyin psikolojik sağlığı üzerinde olumsuz bir etki yaratabileceği; bu durumun özellikle ergenlik döneminde yeme bozukluğu geliştirme riskini artırabileceği belirtilmiştir (Yücel, 2009).

Sosyokültürel kuramlar, bireyin yaşadığı toplumsal çevrenin, medyanın ve kültürel değerlerin yeme bozuklukları üzerindeki etkisine dikkat çekmektedir. Medyada idealize edilen beden ölçüleri, bireyin benlik saygısını ve vücut memnuniyetini etkileyerek yeme bozukluğu gelişimine katkıda bulunabilmektedir (Lamourox & Bottorff, 2005; Weaver & Byers, 2006). Beden algısına ilişkin toplumsal beklentilerin zaman içinde değişiklik gösterdiği görülmektedir. Örneğin, kılığın yaygın olduğu

toplumlarda daha dolgun vücut hatları ideal olarak algılanırken, ekonomik açıdan gelişmiş toplumlarda zayıflığın ön planda tutulduğu ve ince bir beden yapısının estetik açıdan daha çok tercih edildiği gözlemlenmektedir. Bu durum, yeme bozukluklarının sosyokültürel faktörlerden önemli ölçüde etkilendiğini göstermektedir (Polivy & Herman, 2002).

Yeme bozukluklarına sıklıkla diğer psikiyatrik rahatsızlıklar ve sağlık sorunları eşlik etmektedir. Bu nedenle, klinik görünümleri genellikle karmaşıktır ve hastaların büyük bir bölümünde psiko-sosyal işlevsellikte ciddi bozulmalar gözlemlenmektedir. Bu bağlamda, yeme bozukluklarının ortaya çıkışında biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenlerin bir arada değerlendirildiği çok yönlü modellerin kullanılması hem araştırmalar hem de klinik uygulamalar açısından önemli bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir (Yücel, 2009).

Yeme bozuklukları arasında anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tıkanırcasına yeme bozukluğu gibi farklı alt gruplar bulunmaktadır. Her biri farklı semptomlarla kendini gösterse de ortak özellikleri, bireyin yeme davranışlarında anormal tutumlar sergilemesi, beden imajıyla ilgili yoğun endişeler taşıması ve bu durumların bireyin fiziksel sağlığı ile psikososyal işlevselliğini olumsuz yönde etkilemesidir. Tanı koyma sürecinde, bu bozuklukların belirtilerinin sıklığı, süresi ve şiddeti dikkate alınır. DSM-5'e (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı) göre, yeme bozuklukları, bireyin işlevselliğini bozacak düzeyde sürekli ve tekrarlayan bir biçimde ortaya çıkan davranış örüntülerine dayanarak tanımlanır. Yeme bozukluklarının tanısında bu kriterlerin dikkatle değerlendirilmesi, doğru teşhis ve uygun tedavi planı açısından kritik öneme sahiptir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

2.4.2. Bulimia Nervoza, Anoreksiya Nervoza ve Tıkanırcasına

Yeme: DSM Tanımları

DSM-5'e göre bulimia nervoza, bireyin tekrarlayan tıkanırcasına yeme epizodları ile bu epizodları telafi etmek için başvurduğu uygunsuz davranışlarla karakterizedir. Tıkanırcasına yeme epizodu, bireyin kontrolsüz bir şekilde aşırı miktarda yiyecek tüketmesini ve bu süreçte yeme davranışını kontrol edemediğini hissetmesini içerir. Bu atakların ardından birey, genellikle yoğun bir suçluluk veya utanma hissi yaşar ve bunu

telafi etmek için kendini kusturma, müshil veya idrar söktürücü kullanma, aşırı egzersiz yapma gibi yöntemlere başvurur. Bulimia nervoza tanısında bu davranışların en az üç ay boyunca, haftada bir veya daha fazla tekrarlanması gereklidir. Bu bozukluk genellikle bireyin kendini değerlendirmesinde beden şekli ve kilo konularına aşırı bir önem vermesi ile ilişkilidir. Bulimia nervoza, fiziksel komplikasyonlara (örneğin, elektrolit dengesizlikleri, diş erozyonu ve gastrointestinal sorunlar) yol açabilen ciddi bir sağlık problemidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

DSM-5'e göre anoreksiya nervoza, bireyin yaşına ve boyuna uygun sağlıklı bir kilo düzeyinin oldukça altında olmasıyla karakterizedir. Bu bozuklukta birey, kilo alımıyla ilgili yoğun bir korku yaşar ve kilo kontrolünü sağlamak için yiyecek alımını ciddi şekilde kısıtlar. Anoreksiya nervozalı bireyler genellikle kendilerini aşırı kilolu olarak algılar ve bu algılarına dayanarak yemek yemekten kaçınırlar. Bu bozukluk iki alt tipe ayrılır: kısıtlayıcı tip ve tıkanırcasına yeme/çıkartma tipi. Kısıtlayıcı tipte birey, kalorileri kısıtlayarak kilo kaybını sağlar. Tıkanırcasına yeme/çıkartma tipinde ise birey, belirli dönemlerde aşırı yemek yer ve ardından kusma gibi telafi edici davranışlarda bulunur. Anoreksiya nervoza, özellikle genç kadınlarda daha sık görülür ve ciddi tıbbi komplikasyonlara, hatta tedavi edilmediğinde ölüme yol açabilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

DSM-5'e göre tıkanırcasına yeme bozukluğu, bireyin kontrolsüz bir şekilde aşırı miktarda yemek yediği ve bu durumu üzerinde kontrol eksikliği yaşadığı epizodlarla tanımlanır. Tıkanırcasına yeme epizodları sırasında birey, genellikle fiziksel açlık hissetmeksizin kısa sürede çok fazla miktarda yiyecek tüketir. Bu durum genellikle bireyde yoğun bir suçluluk, utanma veya rahatsızlık hissine neden olur. Ancak bulimia nervozadan farklı olarak, tıkanırcasına yeme bozukluğu olan bireyler bu davranışları telafi etmek için kusma, aşırı egzersiz veya diğer uygunsuz yöntemlere başvurmazlar. Bu bozukluk, genellikle obeziteyle ilişkilidir ve bireyin fiziksel sağlığını olumsuz etkileyebilir. Tıkanırcasına yeme bozukluğu, bireyin yaşam kalitesini düşüren ve fiziksel sağlık risklerini artıran ciddi bir rahatsızlıktır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

2.4.3. Yeme Mekanizması: Homeostatik Yeme ve Hedonistik Yeme

Yeme davranışı, insan yaşamında hem biyolojik hem de psikolojik süreçlerin bir sonucu olarak ortaya çıkar ve iki temel mekanizmayla düzenlenmektedir. Bunlar homeostatik yeme ve hedonistik yeme. Bu mekanizmalar, bireyin enerji dengesini sağlama ve haz odaklı yiyecek tüketim davranışlarını düzenleme süreçlerini ifade eder. Homeostatik yeme, bireyin enerji ihtiyacını karşılamak için yemek yemesini sağlarken; hedonistik yeme, daha çok yiyeceklerden alınan hazla ilişkilidir. Bu iki mekanizma, insanın yeme davranışını şekillendiren farklı ama birbiriyle ilişkili süreçlerdir. Bireyin psikolojik ve fiziksel sağlığını etkilemektedir (Öyekcin & Deveci, 2012).

Homeostatik yeme, biyolojik olarak bireyin enerji ihtiyacını karşılamaya yönelik temel bir dürtüdür (Berthoud, 2011). Bu mekanizma, açlık ve tokluk sinyalleri ile düzenlenir ve bireyin yaşamını sürdürmesi için gerekli olan enerji dengesinin korunmasını sağlar. Beyindeki hipotalamus bölgesi, homeostatik yeme sürecinin temel düzenleyicisi olarak işlev görmektedir. Hipotalamus, glikoz seviyeleri, yağ depoları ve hormonlar (örneğin, leptin ve ghrelin) gibi çeşitli biyokimyasal sinyalleri algılar ve bu sinyallere yanıt olarak iştahı artırır veya azaltır (Baysal, 2008). Örneğin, leptin hormonu, vücudun yağ depolarından salgılanarak tokluk hissi yaratır ve yemek yeme dürtüsünü baskılar (Öyekcin & Deveci, 2012). Ghrelin ise, mide tarafından üretilir ve açlık sinyalleri göndererek yemek yeme davranışını teşvik eder (Çetin, 2009). Homeostatik yeme mekanizması, bireyin enerji ihtiyacına uygun miktarda yemek yemesini sağlayarak, enerji dengesinin korunmasında kritik bir rol oynamaktadır. Ancak, bu mekanizmanın bozulması durumunda, bireylerde aşırı yeme veya yetersiz beslenme gibi sorunlar ortaya çıkabilir. Örneğin, leptin direnci, bireyin tokluk sinyallerini algılamasını engelleyebilir ve bu durum aşırı yeme davranışına yol açabilir (Zincir, 2014).

Hedonistik yeme ise, bireyin enerji ihtiyacından bağımsız olarak, yiyeceklerin tat, koku, dokusu ve görünüşü gibi duyuşal özelliklerine bağlı olarak yemek yemesi durumudur. Bu mekanizma, daha çok haz alma ve ödül sistemleriyle ilişkilidir. Beyindeki ödül merkezleri, özellikle dopamin salınımı yoluyla, hedonistik yeme davranışlarını teşvik eder (Köse & Şanlıer, 2015). Şekerli, yağlı ve tuzlu yiyecekler gibi enerji yoğun besinler, dopamin salınımını artırarak bireyde güçlü bir haz hissi yaratır ve bu da daha fazla yeme isteğini tetikleyebilir. Bu tür yiyecekler, bireyin homeostatik yeme

mekanizmalarını geçersiz kılarak enerji ihtiyacı olmaksızın yemek yemesine neden olabilir. Hedonistik yeme, genellikle modern yaşam koşullarında kolay erişilebilir, yüksek kalorili ve işlenmiş gıdaların tüketimiyle ilişkilendirilmektedir. Bu durum, obezite ve diğer metabolik hastalıkların gelişiminde önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilir (Köse & Şanlıer, 2015). Hedonistik yeme davranışı, bireyin duygusal durumlarıyla da yakından ilişkilidir. Örneğin, stres, yalnızlık veya üzüntü gibi duygusal durumlar, bireyi daha fazla hedonistik yemeye yönlendirebilir. Bu durumda birey, duygusal rahatlama sağlamak veya olumsuz duyguları bastırmak için yiyeceklere yönelebilir. Ancak, bu davranış kısa vadede duygusal bir rahatlama sağlasa da, uzun vadede bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz etkileyebilir (Davis & Fox, 2008; Özenoğlu & Nal, 2015).

2.4.4. Yeme Alışkanlıkları: Emosyonel Yeme, Kısıtlayıcı Yeme ve Dışsal Yeme

Yeme alışkanlıkları, bireylerin yemek yeme davranışlarını şekillendiren biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin etkileşiminden doğmaktadır. Bu alışkanlıklar, yalnızca enerji ihtiyacını karşılamayı değil, aynı zamanda duygusal düzenleme, sosyal ilişkiler ve alışkanlıklar gibi farklı işlevleri de kapsamaktadır. Yeme alışkanlıkları, bireyin sağlıklı beslenme davranışlarından sapmasına neden olabilecek çeşitli yeme tiplerini içermektedir: Emosyonel yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme. Bu yeme alışkanlıklarının temel alt başlıklarıdır ve her biri bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığını farklı şekillerde etkileyebilir.

Emosyonel yeme, bireyin duygusal durumlarına yanıt olarak yemek yeme davranışı sergilemesiyle karakterizedir (Ganley, 1989). Genellikle bireyin açlık hissine bağlı olmadan, olumsuz ya da yoğun duygularla baş etmek için ortaya çıkmaktadır. Stres, yalnızlık, üzüntü, öfke ya da kaygı gibi zor duygular, bireyleri genellikle enerji yoğun, şekerli ve yağlı yiyeceklere yöneltmektedir (Sevincer & Konuk, 2013). Emosyonel yeme, bireyde kısa vadede rahatlama sağlayabilir, ancak bu davranışın sürekli hale gelmesi, kilo alımı ve sağlıksız beslenme alışkanlıklarına yol açabilir. Emosyonel yeme davranışı, bireyde suçluluk ve pişmanlık hissi yaratabilir ve bu durum yeme bozukluklarının gelişmesine zemin hazırlayabilir. Emosyonel yeme alışkanlığı genellikle bireyin stresle başa etme becerileri zayıf olduğunda veya alternatif duygusal düzenleme stratejilerinin

eksik olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır (Altıntaş & Özgen, 2017; Evirgen, 2010; Sevincer & Konuk, 2013).

Kısıtlayıcı yeme, bireyin enerji alımını, yemek miktarını veya türlerini bilinçli olarak sınırladığı bir yeme alışkanlığıdır. Bu davranış genellikle kilo kaybı veya mevcut kiloyu koruma amacıyla gerçekleştirilir ve genellikle diyet yapma ile ilişkilidir. Kısıtlayıcı yeme, başlangıçta bireyde hedeflediği kilo kaybını sağlasa da uzun vadede olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (Burton vd., 2007; Hays vd., 2002; Sevincer & Konuk, 2013). Sürekli kısıtlayıcı yeme, vücudun enerji dengesi ve metabolik işlevlerini bozabilir. Bu da fiziksel ve ruhsal sağlık üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir. Ayrıca, kısıtlayıcı yeme davranışı genellikle yoğun açlık hissi ve kontrolsüz tıkanırcasına yeme ataklarını tetikleyebilmektedir. Bu durum, bireyin kilo yönetimini zorlaştırabilir ve yeme bozukluklarının ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir. Özellikle, anoreksiya nervoza gibi yeme bozuklukları, kısıtlayıcı yeme alışkanlığının en uç örneklerini temsil etmektedir (Bozan, 2009).

Dışsal yeme, bireyin fiziksel açlık durumundan bağımsız olarak, çevresel ipuçlarına yanıt vererek yemek yeme davranışı göstermesiyle tanımlanmaktadır. Örneğin, yemek kokusu, yiyeceklerin görselliği veya reklamlar gibi dış uyaranlar, bireyin yemek yeme isteğini tetikleyebilmektedir (Bodenlos & Wormuth, 2013; Burton vd., 2007b; Sevincer & Konuk, 2013). Dışsal yeme davranışı bireyin enerji ihtiyacından ziyade çevresel faktörlere dayalı bir yeme alışkanlığı geliştirmesine neden olmaktadır. Dışsal yeme alışkanlığı, genellikle sağlıksız besinlerin fazla tüketilmesiyle sonuçlanır ve obezite riskini artırabilir ve kilo yönetiminde güçlükler yaşamasına yol açabilir. Modern yaşamda yiyeceklere kolay erişim ve görsel ve işitsel uyaranların fazlalığının, dışsal yeme davranışını daha yaygın hale getirdiği düşünülmektedir (Spence vd., 2016).

Bu üç yeme alışkanlığı türü, bireylerin psikolojik durumları, çevresel etkiler ve fizyolojik ihtiyaçlar arasındaki karmaşık etkileşimlerden etkilenmektedir. Emosyonel yeme, bireyin duygusal durumlarına bağlı olarak gelişirken, kısıtlayıcı yeme, bireyin bilinçli olarak yeme davranışlarını kontrol altına alma çabasıdır. Dışsal yeme ise çevresel ipuçlarına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu yeme alışkanlıklarının sürekli hale gelmesi, bireyin fiziksel sağlığına zarar verebileceği gibi, yeme bozukluklarının gelişmesine de neden olabilir. Bu tür yeme davranışlarının farkında olunması ve gerektiğinde profesyonel destek alınması, bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlıklarını

sürdürmeleri açısından önemlidir. Ayrıca, bu yeme alışkanlıklarını anlamak, bireylerin sağlıklı yeme davranışlarını teşvik eden stratejiler geliştirmelerine yardımcı olabilmektedir.

3 YÖNTEM

3.1. Örneklem

Bu araştırmanın evrenini, Türkiye’de Polikistik Over Sendromu (PKOS) tanısı almış kadınlar oluşturmaktadır. Örneklem, kolayda örnekleme yöntemiyle seçilmiş; çevrimiçi klinik forumlar, sosyal medya grupları ve kadın doğum polikliniklerinde yapılan duyurular aracılığıyla katılımcı çağrısı yapılmıştır.

Araştırmada kullanılacak örneklem büyüklüğü, istatistiksel gücü yeterli düzeyde sağlamak amacıyla G*Power 3.1 programı aracılığıyla a priori güç analizi ile belirlenmiştir. Analiz, çoklu doğrusal regresyon yöntemi temel alınarak (Fixed model, R^2 deviation from zero) gerçekleştirilmiştir. Tahmini etki büyüklüğü küçük düzeyde kabul edilerek $f^2 = 0.02$, anlamlılık düzeyi $\alpha = 0.05$ ve test gücü ise sırasıyla %80, %85, %90 ve %95 düzeylerinde değerlendirilmiştir. Analizde iki yordayıcı değişken dikkate alınmıştır. Güç analizi sonuçlarına göre, çalışmanın %80 güce sahip olması için minimum 485 katılımcı, %85 güç için 550, %90 güç için 636 ve %95 güç için 776 katılımcıya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu doğrultuda, araştırmaya katılan toplam 728 kadın, örneklem büyüklüğü açısından %85’in üzerinde bir güç düzeyini karşılamaktadır. Bu sayı, küçük etki büyüklüğüne sahip ilişkilerin dahi saptanmasına olanak tanıyarak, istatistiksel anlamlılık düzeyinin güvenilirliğini artırmaktadır. Dolayısıyla, örneklem büyüklüğü hem literatürde önerilen güç düzeylerini karşılamakta hem de elde edilen bulguların geçerliliğini ve genellenebilirliğini güçlendirmektedir (Faul vd., 2007).

Araştırmaya dahil edilme kriterleri 18–45 yaş arasında kadın olmak, PKOS tanısı almış olmak, Türkçe okur-yazar olmak, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiş ve onam formunu imzalamış olmak şeklinde belirlenmiştir. Eleme kriterleri ise uygun yaş aralığında olmamak, anket formunu eksik doldurmak veya ölçüm araçlarına ilişkin

puanların tamamını sağlamamak, psikiyatrik ilaç kullanıyor olmak, PKOS tanısı almamış olmak şeklinde belirlenmiştir. 750 katılımcı anketi doldurmuş 728 katılımcı araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın örneklemini, Polikistik Over Sendromu tanısı almış 18–45 yaş aralığındaki 728 kadından oluşmaktadır (Tablo 1). Yaş dağılımı en yoğun biçimde 26–33 yaş grubunda (%48,5) ve 18–25 yaş grubunda (%37,8) toplanırken, 34–41 yaş grubunda katılımcı oranı %12,4 iken 42 yaş ve üzeri grupta katılımcı oranının %1,4 olduğu görülmektedir. 42 yaş ve üzeri katılımcıların oranı düşük olmakla birlikte, analizlerde istatistiksel olarak anlamlı katkı sağladıkları görüldüğünden örneklem dışında bırakılmamışlardır. Medeni durum açısından yarısından fazlası evli (%48,5), yaklaşık üçte biri bekar (%34,1) ve %16,5'i ilişki içerisinde. Eğitim düzeyi ağırlıklı olarak üniversite mezuniyeti (%74,6) ve yüksek lisans (%13,0) olmak üzere yüksek eğitim düzeyi göstermektedir. Çalışma durumu incelendiğinde, katılımcıların %46,2'si tam zamanlı, %6,9'u yarı zamanlı çalışmakta, %18,5'i öğrenci ve %28,4'ü istihdam edilmemiş durumdadır. Tanı alma zamanı verileri, yarısından fazlasının son beş yıl içinde tanılandığını (%48,2), geri kalan katılımcıların çoğunlukla 6–15 yıl arası sürede tanılandıklarını ortaya koymaktadır. Tanıyı koyan uzmanlık alanı büyük ölçüde Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlığı (%94,6) iken, düzenli ilaç kullanımında %62,6'sı herhangi bir ilaç kullanmadığını belirtmiştir. Psikolojik destek geçmişine bakıldığında, %38,9'u geçmişte en az bir kez destek almış, yalnızca %10,2'si halen psikoterapi sürecindedir. Katılımcıların %66,9'u aile bireyleriyle birlikte yaşarken, %51,2'si yakın çevresinden sosyal destek aldığını ifade etmiştir.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların temel demografik özelliklerini ortaya koymak amacıyla araştırma paketine Demografik Bilgi Formu (EK A) dâhil edilmiştir. Form; yaş, cinsiyet ve medeni durum gibi kişisel bilgilerin yanı sıra eğitim düzeyi, çalışma durumu ve aylık gelir aralıkları üzerinden sosyoekonomik konumu; Polikistik Over Sendromu tanı yılı, tanıyı koyan uzman ve düzenli ilaç kullanımı gibi sağlık bilgilerini; önceki ve mevcut psikolojik destek deneyimini, aile ile yaşama durumu ile yakın çevreden algılanan sosyal desteğe ilişkin soruları kapsamaktadır. Toplanan bu demografik veriler, örneklemin betimleyici

özelliklerinin tanımlanmasında ve istatistiksel analizlerde kontrol değişkeni olarak kullanılmasında temel veri kaynağını oluşturmuştur.

3.2.2.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)

Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen MSPSS, bireyin üç farklı kaynaktan ailesinden, arkadaşlarından ve “özel bir kişi”den—algıladığı sosyal desteği konu alan 12 maddelik kısa bir öz bildirim ölçeğidir. Her alt boyut (aile, arkadaş, özel kişi) dört maddeden oluşur ve yanıtlar 1 (“Kesinlikle katılmıyorum”) ile 7 (“Kesinlikle katılıyorum”) arasında değerlendirilir (Zimet vd., 1990). Türkiye’de ölçeğin gözden geçirilmiş Türkçe formu Eker ve Arkar (2001) tarafından uyarlanmış; faktör analizi bu yapı üç alt faktör hâlinde toplam varyansın yaklaşık %75’ini açıkladığı, iç tutarlılık katsayılarının toplam ölçek için $\alpha = .89$; aile alt ölçeğinde $\alpha = .85$; arkadaş alt ölçeğinde $\alpha = .88$; özel kişi alt ölçeğinde $\alpha = .92$ düzeyinde olduğu bildirilmiştir (Eker, 2001).

3.2.3. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği – Kısa Form (DERS-16)

Katılımcıların duygusal düzenleme güçlüklerini ölçmek amacıyla Gratz ve Roemer’in (2004) 36 maddelik DERS’inden Awareness alt ölçeği çıkarılarak Bjureberg ve arkadaşları (2016) tarafından oluşturulan 16 maddelik Kısa Form (DERS-16) kullanılmıştır. DERS-16, Clarity, Goals, Impulse, Strategies ve Non-acceptance adını taşıyan beş faktörü kapsar ve orijinal çalışmada toplamda $\alpha = .92$ ile güçlü bir iç tutarlılık ve DERS ile $r = .93$ düzeyinde yüksek korelasyon göstermiştir (Bjureberg vd., 2016; Gratz & Roemer, 2004). Rugancı ve Gençöz’ün (2010) Türkçeye uyarlama sürecinde, 338 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan doğrulayıcı faktör analizinde orijinal faktör yapısının korunduğu; fakat bir maddenin düşük faktör yükü ve ölçekle zayıf korelasyon göstermesi nedeniyle 35 maddeye indirildiği rapor edilmiştir. Türkçe formda genel güvenilirlik Cronbach $\alpha = .94$, alt boyutlar için ise .75–.90 aralığında bulunmuş, yarıya bölme güvenilirlik katsayısı .95 ve 59 katılımcıyla yapılan tekrar-test çalışmasında genel güvenilirlik .83 (alt boyutlarda .60–.85) olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin eşzamanlı

geçerliği, Kısa Semptom Envanteri ile yapılan korelasyonda $r = .62$ düzeyindedir (Rugancı & Gençöz, 2010). Yiğit ve Yiğit (2019) tarafından, DERS'in Türkçe versiyonundan seçilen 16 maddenin geri-çeviri yöntemiyle dilsel olarak uyarlanması, orijinal yazarlar tarafından onaylanması ve doğrulayıcı faktör analizi ($\chi^2/df = 2.75$; CFI = .94; RMSEA = .07) ile beş faktörlü yapının doğrulanması süreçlerini içermiş; uyarlamada iç tutarlılık katsayıları toplam ölçekte $\alpha = .92$, alt ölçeklerde ise $\alpha = .78-.87$ aralığında bulunmuştur. Ölçek maddeleri 1 ("Neredeyse hiç") ile 5 ("Çoğu zaman") arasında derecelendirilen beşli Likert tipi formata sahiptir ve puanların yüksek olması, duyguları düzenlemede yaşanan güçlüğü yüksekliğini gösterir (Yiğit & Guzey Yiğit, 2019).

3.2.4. Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)

Araştırmada yemek yeme davranışlarını değerlendirmek üzere Van Strien ve arkadaşları (1986) tarafından geliştirilen 33 maddelik Hollanda Yeme Davranışı Anketi (Dutch Eating Behaviour Questionnaire – DEBQ) kullanılmıştır (van Strien vd., 1986). Ölçek; duygusal yeme (13 madde), kısıtlayıcı yeme (10 madde) ve dışsal yeme (10 madde) olmak üzere üç alt boyuta sahiptir. Maddeler, 1 ("Hiçbir zaman") ile 5 ("Çok sık") arasında derecelendirilen beşli Likert formatında yanıtlanmakta; ayrıca "İlgisi yok" seçeneği de 0 puanla değerlendirilmektedir. Yüksek puanlar, ilgili yeme davranışını daha yoğun yaşadığını gösterir. Türkiye uyarlamasını Bozan (2009) 508 üniversite öğrencisi üzerinde gerçekleştirmiş; doğrulayıcı faktör analizi orijinal üç faktörlü yapıyı doğrulamış ve iç tutarlılık katsayılarını genel ölçekte Cronbach's $\alpha = .94$, duygusal yeme alt ölçeğinde $\alpha = .97$, kısıtlayıcı yeme alt ölçeğinde $\alpha = .93$ ve dışsal yeme alt ölçeğinde $\alpha = .90$ olarak belirlemiştir (Bozan, 2009). Ayrıca bir aylık arayla yapılan test–tekrar test uygulamasında, kısıtlayıcı yeme ($r = .93$) ve dışsal yeme ($r = .91$) alt ölçekleri yüksek kararlılık gösterirken; duygusal yeme alt ölçeğinin tekrarlanabilirliği daha düşük kalmış ($r = .30$) ve toplam ölçek için stabilite katsayısı $r = .72$ olarak hesaplanmıştır.

3.3. İşlem

Bu çalışma için Beykoz Üniversitesi Etik Kuruluna araştırma önerisi sunulmuş ve Beykoz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu ve 26.12.2024 tarihli 5 nolu kararı ile onay alınarak veri toplama süreci başlatılmıştır.

Veriler kolayda örnekleme veri toplama yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama seti sırasıyla; araştırmaya katılacak bireyler için araştırmacının hazırladığı, araştırmanın kim tarafından ve hangi kurum adı altında yapıldığı, araştırmacının iletişim bilgileri, çalışmanın amacı ile kişisel bilgi ve verilerin korunmasına dair gizlilik ilkeleri hakkında bilgileri içeren Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK B), Demografik Bilgi Formu (EK A), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) (EK C), Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği – Kısa Form (DERS-16) (EK D) ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) (EK E) olmak üzere aşamalı şekilde katılımcılara sunulmuştur. Araştırmaya katılmalarının gönüllülük esasına dayandığı belirtilen bilgilendirilmiş onam formuna onay veren katılımcılar çalışmaya dahil edilmiş ve veri toplama setinde belirtilen diğer ölçme araçları uygulanması amacıyla kendilerine sunulmuştur.

Veri toplama süreci için Google Forms aracılığıyla çevrimiçi form olarak oluşturulmuştur. Çalışmaya katılım, sosyal medya uygulamaları (Instagram, Facebook, ve WhatsApp) duyurulmuştur. Kadın doğum polikliniklerinde çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara form yine bu çevrimiçi uygulamalar aracılığıyla iletilmiştir. Araştırma verileri 20.01.2025 ile 26.03.2025 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.4. İstatiksel Analizler

Araştırmada elde edilen verilerin analizleri IBM SPSS Statistics 27.0 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin analiz sürecinde öncelikle çalışmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlılığını değerlendirmek amacıyla Cronbach's Alpha katsayıları hesaplanmıştır. Ölçeklerin normallliği çarpıklık, basıklık değerleri ve Kolmogorov-Smirnov testi sonuçları ile değerlendirilmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin $\pm 1,5$ aralığında bulunması normalliğin sağlandığını göstermekle birlikte, Kolmogorov-Smirnov testi sonuçlarına göre verilerin normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir.

Verilerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle, değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla Spearman's rho korelasyon analizi kullanılmıştır. Gruplar arasında algılanan sosyal destek, duygu düzenleme zorlukları ve yeme davranışı düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için ikili grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırmalarında ise Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır. Anlamlı bulunan Kruskal-Wallis test sonuçlarında hangi gruplar arasında farklılık olduğunu göstermek için grup ortalamaları incelenmiştir. Bunun yanı sıra, duygu düzenleme zorlukları ile yeme davranışları arasındaki ilişkide algılanan sosyal desteğin aracı rolünü test etmek amacıyla aracılık analizi yapılmıştır. Aracılık analizinde doğrudan ve dolaylı etkiler %95 güven aralığında değerlendirilmiş ve sonuçlar doğrultusunda modelin anlamlılığı yorumlanmıştır. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4 BULGULAR

4.1. Betimsel Analizler

Tablo 1. PKOS Tanısı Olan Kadınların Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Frekans	Yüzde (%)
Yaş	18-25	275
	26-33	353
	34-41	90
	42 yaş ve üzeri	10
Medeni Durum	Evli	353
	Bekar	248
	Boşanmış	7
	İlişkisi var	120
Eğitim Durumu	İlköğretim	7
	Lise	71
	Üniversite	543
	Yüksek lisans	95
	Doktora	12
Çalışma Durumu	Ever, tam zamanlı çalışma	336
	Evet, yarı zamanlı çalışma	50
	Hayır	207
	Öğrenci	135
	0-5 yıl	351

PKOS Tanısı Alınan Zaman	6-10 yıl	192	26,4
	11-15 yıl	117	16,1
	16-20 yıl	54	7,4
	21 yıl ve daha önce	14	1,9
PKOS Tanısını Koyan Doktorun Uzmanlığı	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	689	94,6
	İç Hastalıkları Uzmanı	30	4,1
	Bilmiyorum	9	1,2
Düzenli Olarak Kullanılan İlaç	Yasmin	30	4,1
	Glifor	28	3,8
	Diane	23	3,2
	Yazz	22	3,0
	Diğer	169	23,2
	Yok	456	62,6
Daha Önce Psikolojik Destek Alma Durumu	Evet	283	38,9
	Hayır	445	61,1
Psikoterapi Sürecinde Olma Durumu	Evet	74	10,2
	Hayır	654	89,8
Aile Bireyleri ile Birlikte Yaşama Durumu	Evet	487	66,9
	Hayır	241	33,1
Yakın Çevreden Sosyal Destek Alındığını Düşünme Durumu	Evet	373	51,2
	Hayır	355	48,8

Tablo 1'de PKOS tanısı olan kadınların demografik özellikleri detaylı bir şekilde sunulmaktadır. Katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında, en büyük grubun %48,5 oranıyla 26-33 yaş aralığında yer aldığı; bunu %37,8 ile 18-25 yaş grubunun takip ettiği görülmektedir. Daha ileri yaş gruplarındaki katılımcı oranı ise belirgin şekilde düşmektedir. Medeni durum açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların yaklaşık yarısının (%48,5) evli olduğu, %34,1'inin bekar olduğu ve %16,5'inin bir ilişki içerisinde bulunduğu, boşanmış bireylerin oranının ise %1 olduğu belirlenmiştir.

Eğitim düzeyi incelendiğinde, katılımcıların büyük bir kısmının üniversite mezunu olduğu (%74,6); bunu %13,0 ile yüksek lisans mezunlarının izlediği, lise mezunu katılımcıların oranının ise %9,8 olduğu görülmektedir. İlköğretim ve doktora mezunu olanların oranı ise oldukça düşüktür. Çalışma durumu açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %46,2'sinin tam zamanlı çalıştığı, %6,9'unun yarı zamanlı çalıştığı, %28,4'ünün çalışmadığı ve %18,5'inin öğrenci olduğu anlaşılmaktadır.

PKOS tanısı alma zamanına ilişkin bulgular, katılımcıların %48,2'sinin son 0-5 yıl içerisinde tanı aldığını, %26,4'ünün 6-10 yıl önce tanı aldığını, %16,1'inin 11-15 yıl, %7,4'ünün ise 16-20 yıl önce tanı aldığını göstermektedir. 21 yıl ve daha uzun süre önce tanı alanların oranı ise %1,9'dur. Tanıyı koyan doktorun uzmanlık alanı

değerlendirildiğinde, büyük bir çoğunluğun (%94,6) Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı tarafından tanı aldığı, İç Hastalıkları Uzmanları tarafından tanı konulanların oranının %4,1 olduğu ve küçük bir grubun (%1,2) tanıyı koyan uzmanlık alanını bilmediği belirlenmiştir.

Düzenli ilaç kullanımı incelendiğinde, katılımcıların %62,6'sının herhangi bir ilaç kullanmadığı, %23,2'sinin "Diğer" kategorisine giren ilaçlar kullandığı, en çok kullanılan spesifik ilaçlar arasında ise Yasmin (%4,1), Glifor (%3,8), Diane (%3,2) ve Yazs (%3,0) olduğu görülmektedir. Daha önce psikolojik destek alma durumuna bakıldığında, %38,9'unun psikolojik destek aldığı, %61,1'inin ise almadığı anlaşılmaktadır. Psikoterapi sürecinde olma durumu değerlendirildiğinde, yalnızca %10,2'sinin halen psikoterapi sürecinde olduğu, %89,8'inin ise böyle bir sürece dahil olmadığı belirlenmiştir.

Aile bireyleriyle birlikte yaşama durumu açısından katılımcıların %66,9'unun aile bireyleriyle yaşadığı, %33,1'inin ise ayrı yaşadığı görülmektedir. Son olarak, yakın çevreden sosyal destek algısına ilişkin bulgular, katılımcıların %51,2'sinin yakın çevresinden sosyal destek aldığını düşündüğünü, %48,8'inin ise böyle bir destek algısına sahip olmadığını ortaya koymaktadır.

4.2. Güvenirlilik Analizleri

Tablo 2. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirliği

Ölçekler ve Alt Boyutlar	İfade Sayısı	Cronbach's Alpha
<i>Aile</i>	4	0,91
<i>Özel Bir İnsan</i>	4	0,94
<i>Arkadaş</i>	4	0,92
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)	12	0,89
<i>Netlik</i>	2	0,84
<i>Hedefler</i>	3	0,81
<i>Dürtü</i>	3	0,86
<i>Stratejiler</i>	5	0,88
<i>Kabul Edilmeme</i>	3	0,84
Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16)	16	0,93
<i>Duygusal Yeme</i>	13	0,97
<i>Kısıtlayıcı Yeme</i>	10	0,88
<i>Dışsal Yeme</i>	10	0,83
Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)	33	0,93

Tablo 2'de çalışmada kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının güvenilirlik düzeyleri Cronbach's Alpha katsayıları ile sunulmuştur. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin (MSPSS) genel Cronbach's Alpha katsayısı 0,89 olarak bulunmuş olup, alt boyutlardan Aile için 0,91, Özel Bir İnsan için 0,94 ve Arkadaş için 0,92 değerleri elde edilmiştir. Bu bulgular, ölçeğin ve alt boyutlarının yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği'nin (DERS-16) genel Cronbach's Alpha katsayısı 0,93 olarak bulunmuş, alt boyutlarda ise Netlik 0,84, Hedefler 0,81, Dürtü 0,86, Stratejiler 0,88 ve Kabul Edilmeme 0,84 şeklinde sonuçlanmıştır. Bu değerler, ölçeğin alt boyutlarının da güvenilir olduğunu göstermektedir.

Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin (DEBQ) genel Cronbach's Alpha katsayısı 0,93 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutlar incelendiğinde, Duygusal Yeme için 0,97, Kısıtlayıcı Yeme için 0,88 ve Dışsal Yeme için 0,83 değerleri elde edilmiştir. Elde edilen bu katsayılar, anketin ve alt boyutlarının yüksek güvenilirlik düzeyine sahip olduğunu göstermektedir.

4.3. Normallik Analizleri

Tablo 3. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Normallliği

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Çarpıklık	Basıklık	Kolmogorov-Smirnov
<i>Aile</i>	-0,814	-0,161	0,000
<i>Özel Bir İnsan</i>	-0,485	-1,289	0,000
<i>Arkadaş</i>	-0,776	-0,245	0,000
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)	-0,546	-0,356	0,000
<i>Netlik</i>	0,167	-0,782	0,000
<i>Hedefler</i>	-0,356	-0,746	0,000
<i>Dürtü</i>	0,370	-0,919	0,000
<i>Stratejiler</i>	0,131	-0,953	0,000
<i>Kabul Edilmeme</i>	0,334	-0,942	0,000
Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16)	0,158	-0,768	0,000
<i>Duygusal Yeme</i>	-0,210	-1,174	0,000
<i>Kısıtlayıcı Yeme</i>	-0,064	-0,503	0,003
<i>Dışsal Yeme</i>	-0,112	-0,267	0,003
Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)	-0,111	-0,632	0,000

Tablo 3'te çalışmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarına ilişkin normallik bulguları çarpıklık, basıklık ve Kolmogorov-Smirnov test sonuçları ile sunulmuştur.

Çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde, tüm ölçek ve alt boyutlarda değerlerin $\pm 1,5$ aralığında olduğu görülmektedir. Bu durum, dağılımların aşırı bir çarpıklık veya basıklık göstermediğini, verilerin genel olarak normal dağılıma yakın olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte, Kolmogorov-Smirnov testine bakıldığında tüm ölçekler ve alt boyutlar için p değerinin 0,05'ten küçük olduğu görülmektedir. Bu sonuç, istatistiksel olarak normallik varsayımının sağlanmadığını göstermektedir. Özellikle Aile, Özel Bir İnsan, Arkadaş, MSPSS toplam puanı, Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi gibi ölçeklerde p değerleri 0,000 olarak bulunmuştur. Kısıtlayıcı Yeme ve Dışsal Yeme alt boyutlarında ise p değerleri 0,003 olarak hesaplanmıştır.

Genel olarak çarpıklık ve basıklık değerleri normallik açısından kabul edilebilir sınırlar içinde bulunmasına rağmen, Kolmogorov-Smirnov test sonuçları ölçek ve alt boyutların normal dağılım göstermediğine işaret etmektedir.

4.4. PKOS Tanısı Olan Hastaların Algılanan Sosyal Destek, Duygu Düzenleme Çektikleri Zorluk ve Yeme Davranışı Düzeyleri

Tablo 4. PKOS Tanısı Olan Kadınların Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri

Ölçek ve Alt Boyutlar	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
<i>Aile</i>	4	28	21,139	6,319
<i>Özel Bir İnsan</i>	4	28	18,755	8,886
<i>Arkadaş</i>	4	28	20,834	6,424
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)	12	84	60,728	16,545

Tablo 4'te PKOS tanısı olan kadınların algıladıkları sosyal destek düzeylerine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Aile alt boyutunda minimum puanın 4, maksimum puanın ise 28 olduğu; ortalama puanın 21,139 ve standart sapmanın 6,319 olduğu görülmektedir. Özel Bir İnsan alt boyutunda minimum puan 4, maksimum puan 28 olup, ortalama puanın 18,755 ve standart sapmanın 8,886 olduğu belirlenmiştir. Arkadaş alt boyutunda ise minimum puan 4, maksimum puan 28 olarak saptanmış; ortalama puan 20,834 ve standart sapma 6,424 olarak bulunmuştur.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) toplam puanlarına bakıldığında, minimum değer 12, maksimum değer 84 olduğu; ortalama puanın

60,728 ve standart sapmanın 16,545 olduğu görülmektedir. Bu bulgular, PKOS tanısı olan kadınların genel olarak orta düzeyin üzerinde bir sosyal destek algısına sahip olduklarını göstermektedir.

Tablo 5. PKOS Tanısı Olan Duygu Düzenleme Çektiği Zorlukların Düzeyleri

Ölçek ve Alt Boyutlar	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
<i>Netlik</i>	2	10	5,962	2,006
<i>Hedefler</i>	3	15	10,725	2,882
<i>Dürtü</i>	3	15	8,058	3,360
<i>Stratejiler</i>	5	25	14,710	5,281
<i>Kabul Edilmeme</i>	3	15	8,030	3,534
Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16)	16	80	47,485	14,282

Tablo 5'te PKOS tanısı olan kadınların duygu düzenlemede yaşadıkları zorluk düzeylerine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Netlik alt boyutunda minimum puanın 2, maksimum puanın 10 olduğu; ortalama puanın 5,962 ve standart sapmanın 2,006 olduğu görülmektedir. Hedefler alt boyutunda minimum puan 3, maksimum puan 15 olup ortalama puanın 10,725 ve standart sapmanın 2,882 olduğu belirlenmiştir. Dürtü alt boyutunda minimum puanın 3, maksimum puanın 15 olduğu; ortalama puanın 8,058 ve standart sapmanın 3,360 olduğu görülmektedir. Stratejiler alt boyutunda minimum puan 5, maksimum puan 25 olarak saptanmış; ortalama puanın 14,710 ve standart sapmanın 5,281 olduğu bulunmuştur. Kabul Edilmeme alt boyutunda ise minimum puanın 3, maksimum puanın 15 olduğu; ortalama puanın 8,030 ve standart sapmanın 3,534 olduğu belirlenmiştir.

Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16) toplam puanları incelendiğinde, minimum değer 16, maksimum değer 80 olduğu; ortalama puanın 47,485 ve standart sapmanın 14,282 olduğu görülmektedir. Bu bulgular, PKOS tanısı olan kadınların duygu düzenlemede orta düzeyde zorluk yaşadıklarını göstermektedir.

Tablo 6. PKOS Tanısı Olan Kadınların Yeme Davranışı Düzeyleri

Ölçek ve Alt Boyutlar	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
<i>Duygusal Yeme</i>	13	65	42,416	16,434
<i>Kısıtlayıcı Yeme</i>	10	50	29,460	8,414
<i>Dışsal Yeme</i>	10	50	33,224	7,186
Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)	41	165	105,100	23,770

Tablo 6'da PKOS tanısı olan kadınların yeme davranışı düzeylerine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Duygusal Yeme alt boyutunda minimum puanın 13, maksimum puanın 65 olduğu; ortalama puanın 42,416 ve standart sapmanın 16,434 olduğu görülmektedir. Kısıtlayıcı Yeme alt boyutunda minimum puan 10, maksimum puan 50 olarak belirlenmiş; ortalama puanın 29,460 ve standart sapmanın 8,414 olduğu saptanmıştır. Dışsal Yeme alt boyutunda minimum puanın 10, maksimum puanın 50 olduğu; ortalama puanın 33,224 ve standart sapmanın 7,186 olduğu görülmektedir.

Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) toplam puanları incelendiğinde, minimum puanın 41, maksimum puanın 165 olduğu; ortalama puanın 105,100 ve standart sapmanın 23,770 olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, PKOS tanısı olan kadınların yeme davranışlarında özellikle duygusal yeme ve dışsal yeme eğilimlerinin belirgin düzeyde olduğunu göstermektedir.

4.5. İlişki Testleri

Tablo 7. PKOS Tanısı Olan Kadınların Algılanan Sosyal Düzeyleri ile Duygu Düzenlemede Çektikleri Zorluk Düzeyleri Arasındaki İlişki

Spearman's rho	Aile	Özel Bir İnsan	Arkadaş	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)
<i>Netlik</i>	-,229** 0,000	-,099** 0,007	-,169** 0,000	-,204** 0,000
<i>Hedefler</i>	-,150** 0,000	-,091* 0,014	-,141** 0,000	-,169** 0,000
<i>Dürtü</i>	-,149** 0,000	-0,072 0,051	-,209** 0,000	-,176** 0,000
<i>Stratejiler</i>	-,238** 0,000	-,109** 0,003	-,218** 0,000	-,235** 0,000
<i>Kabul Edilmeme</i>	-,207** 0,000	-,098** 0,008	-,177** 0,000	-,195** 0,000
Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16)	-,234** 0,000	-,114** 0,002	-,225** 0,000	-,238** 0,000

**p < 0,01 anlamlılık düzeyi

* p < 0,05 anlamlılık düzeyi

Tablo 7'de PKOS tanısı olan kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile duygu düzenlemede çektikleri zorluklar arasındaki ilişkiler Spearman's rho korelasyon

katsayıları ile sunulmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre, Aile alt boyutundan algılanan sosyal destek ile duygu düzenleme zorluklarının tüm alt boyutları ve toplam DERS-16 puanı arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Özellikle, Stratejiler ($r = -,238, p < 0,01$) ve DERS-16 toplam puanı ($r = -,234, p < 0,01$) ile daha güçlü negatif korelasyonlar gözlenmiştir.

Özel Bir İnsan alt boyutunda algılanan sosyal destek ile Netlik ($r = -,099, p < 0,01$), Hedefler ($r = -,091, p < 0,05$), Stratejiler ($r = -,109, p < 0,01$), Kabul Edilmeme ($r = -,098, p < 0,01$) ve DERS-16 toplam puanı ($r = -,114, p < 0,01$) arasında negatif ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ancak, Dürtü alt boyutu ile Özel Bir İnsan desteği arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Arkadaş alt boyutunda algılanan sosyal destek ile tüm duygu düzenleme zorluğu alt boyutları ve DERS-16 toplam puanı arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. En belirgin ilişki Stratejiler ($r = -,218, p < 0,01$) ve Dürtü ($r = -,209, p < 0,01$) alt boyutlarında gözlenmiştir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) toplam puanı ile duygu düzenlemedeki tüm alt boyutlar ve toplam zorluk puanı arasında negatif ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Özellikle Stratejiler ($r = -,235, p < 0,01$) ve DERS-16 toplam puanı ($r = -,238, p < 0,01$) ile olan ilişkiler dikkat çekmektedir. Bu bulgular, sosyal destek algısının artmasının, duygu düzenleme zorluklarının azalmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir.

Tablo 8. PKOS Tanısı Olan Kadınların Algılanan Sosyal Düzeyleri ile Yeme Davranışı Düzeyleri Arasındaki İlişki

Spearman's rho	Aile	Özel Bir İnsan	Arkadaş	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)
<i>Duygusal Yeme</i>	-,088*	-,075*	-0,058	-,106**
	0,018	0,043	0,116	0,004
<i>Kısıtlayıcı Yeme</i>	,118**	,103**	,080*	,124**
	0,001	0,006	0,031	0,001
<i>Dışsal Yeme</i>	-0,067	-0,017	-0,027	-0,055
	0,073	0,656	0,469	0,141
Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)	-0,042	-0,028	-0,023	-0,052
	0,254	0,454	0,540	0,158

** $p < 0,01$ anlamlılık düzeyi

* $p < 0,05$ anlamlılık düzeyi

Tablo 8'de PKOS tanısı olan kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile yeme davranışı düzeyleri arasındaki ilişkiler Spearman's rho korelasyon katsayıları ile sunulmaktadır. Duygusal Yeme ile Aile ($r = -,088, p < 0,05$), Özel Bir İnsan ($r = -,075, p < 0,05$) ve MSPSS toplam puanı ($r = -,106, p < 0,01$) arasında negatif ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Arkadaş alt boyutunda ise, Duygusal Yeme ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Kısıtlayıcı Yeme ile Aile ($r = ,118, p < 0,01$), Özel Bir İnsan ($r = ,103, p < 0,01$), Arkadaş ($r = ,080, p < 0,05$) ve MSPSS toplam puanı ($r = ,124, p < 0,01$) arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu sonuçlar, algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça kısıtlayıcı yeme davranışının da arttığını göstermektedir. Dışsal Yeme ile sosyal destek alt boyutları ve MSPSS toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Aynı şekilde, Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) toplam puanı ile sosyal destek düzeyleri arasında da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Bu bulgular, algılanan sosyal desteğin duygusal yeme davranışını azaltıcı, kısıtlayıcı yeme davranışını ise artırıcı yönde etkili olabileceğini ortaya koymaktadır.

Tablo 9. PKOS Tanısı Olan Kadınların Duygu Düzenlemede Çektikleri Zorluk Düzeyleri ile Yeme Davranışı Düzeyleri Arasındaki İlişki

Spearman's rho	Netlik	Hedefler	Dürtü	Stratejiler	Kabul Edilmeme	Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16)
<i>Duygusal Yeme</i>	,235**	,199**	,245**	,249**	,251**	,286**
	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
<i>Kısıtlayıcı Yeme</i>	0,011	-0,010	0,004	-0,005	0,052	0,013
	0,772	0,782	0,907	0,886	0,160	0,718
<i>Dışsal Yeme</i>	,208**	,208**	,222**	,223**	,206**	,253**
	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)	,240**	,214**	,255**	,253**	,261**	,296**
	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

** $p < 0,01$ anlamlılık düzeyi

Tablo 9'da PKOS tanısı olan kadınların duygu düzenlemede yaşadıkları zorluk düzeyleri ile yeme davranışı düzeyleri arasındaki ilişkiler Spearman's rho korelasyon katsayıları ile sunulmaktadır. Duygusal Yeme ile Netlik ($r = ,235, p < 0,01$), Hedefler ($r = ,199, p < 0,01$), Dürtü ($r = ,245, p < 0,01$), Stratejiler ($r = ,249, p < 0,01$), Kabul Edilmeme ($r = ,251, p < 0,01$) ve DERS-16 toplam puanı ($r = ,286, p < 0,01$) arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Kısıtlayıcı Yeme ile duygu düzenleme zorluklarının hiçbir alt boyutu ve toplam DERS-16 puanı arasında anlamlı bir ilişki

saptanmamıştır ($p > 0,05$). Dışsal Yeme ile Netlik ($r = ,208$, $p < 0,01$), Hedefler ($r = ,208$, $p < 0,01$), Dürtü ($r = ,222$, $p < 0,01$), Stratejiler ($r = ,223$, $p < 0,01$), Kabul Edilmeme ($r = ,206$, $p < 0,01$) ve DERS-16 toplam puanı ($r = ,253$, $p < 0,01$) arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler elde edilmiştir. Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) toplam puanı ile tüm duygu düzenleme alt boyutları ve DERS-16 toplam puanı arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur. En yüksek ilişki Dürtü ($r = ,255$, $p < 0,01$), Stratejiler ($r = ,253$, $p < 0,01$) ve DERS-16 toplam puanı ($r = ,296$, $p < 0,01$) ile gözlenmiştir. Bu bulgular, duygu düzenleme zorluklarının artmasının duygusal ve dışsal yeme davranışlarının artışıyla ilişkili olduğunu göstermektedir.

Tablo 10. PKOS Tanısı Olan Kadınların Duygu Düzenlemede Çektikleri Zorluklar ile Yeme Davranışları Arasındaki İlişkide Algılanan Sosyal Desteğin Aracı Rolü

Model	R		R ²		MSE		F		p	
Özeti	0,236		0,05		258,779		43,017		0,000	
Model	Değişken	Katsayı (β)	Std. Hata	t	p	Alt %95 CI (LLCI)	Üst %95 CI (ULCI)			
Aracı Değişken (Algılanan Sosyal Destek)	Sabit	73,738	2,071	35,599	0,000	69,67	77,80			
	Duygu Düzenleme	-0,274	0,041	-6,558	0,000	-0,35	-0,19			
Model	R		R ²		MSE		F		p	
Özeti	0,282		0,07		521,485		31,341		0,000	
Model	Değişken	Katsayı (β)	Std. Hata	t	p	Alt %95 CI (LLCI)	Üst %95 CI (ULCI)			
Bağımlı Değişken (Yeme Davranışı)	Sabit	79,105	4,872	16,236	0,000	69,54	88,67			
	Duygu Düzenleme	0,480	0,051	7,867	0,000	0,36	0,60			
	Algılanan Sosyal Destek	0,052	0,052	0,998	0,318	-0,05	0,15			
Etkiler			Katsayı (β)	Std. Hata	p	Alt %95 CI (LLCI)	Üst %95 CI (ULCI)			
Doğrudan Etki			0,480	0,061	0,000	0,36	0,60			
Dolaylı Etki			-0,014	0,014		-0,04	0,01			

Tablo 10'da PKOS tanısı olan kadınlarda duygu düzenlemede yaşanan zorluklar ile yeme davranışları arasındaki ilişkide algılanan sosyal desteğin aracı rolü incelenmiştir. İlk modelde, duygu düzenlemenin algılanan sosyal destek üzerindeki etkisi analiz edilmiş ve modelin anlamlı olduğu görülmüştür ($R = 0,236$; $R^2 = 0,05$; $F = 43,017$; $p = 0,000$). Duygu düzenlemede yaşanan zorlukların algılanan sosyal desteği negatif yönde ve anlamlı şekilde yordadığı belirlenmiştir ($\beta = -0,274$; $p = 0,000$). İkinci modelde, duygu düzenlemenin ve algılanan sosyal desteğin yeme davranışı üzerindeki etkileri

incelenmiştir. Bu model de anlamlı bulunmuştur ($R = 0,282$; $R^2 = 0,07$; $F = 31,341$; $p = 0,000$). Duygu düzenleme zorluklarının yeme davranışlarını pozitif yönde ve anlamlı şekilde yordadığı belirlenmiştir ($\beta = 0,480$; $p = 0,000$). Ancak algılanan sosyal desteğin yeme davranışları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür ($\beta = 0,052$; $p = 0,318$). Etkilere bakıldığında, duygu düzenleme zorluklarının yeme davranışları üzerindeki doğrudan etkisi anlamlı bulunmuştur ($\beta = 0,480$; $p = 0,000$). Dolaylı etki incelendiğinde, algılanan sosyal desteğin aracılığıyla gerçekleşen etkinin anlamlı olmadığı görülmüştür ($\beta = -0,014$; %95 CI $[-0,04, 0,01]$).

Bu bulgular, duygu düzenleme zorluklarının doğrudan olarak yeme davranışlarını etkilediğini, ancak bu ilişki üzerinde algılanan sosyal desteğin anlamlı bir aracılık rolü oynamadığını göstermektedir.

4.6. Fark Analizleri

Tablo 11. PKOS Tanısı Olan Kadınların Yaşlarına Göre Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Farklılaşması

Yaş		Aile	Özel Bir İnsan	Arkadaş	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)
18-25	Ortalama	20,418	18,927	21,458	60,804
	Std. Sapma	6,063	9,154	5,841	14,645
26-33	Ortalama	21,887	19,142	20,558	61,586
	Std. Sapma	6,195	8,484	6,513	16,878
34-41	Ortalama	20,533	16,344	19,678	56,556
	Std. Sapma	7,163	9,403	7,580	19,755
42 yaş ve üzeri	Ortalama	20,000	22,100	23,800	65,900
	Std. Sapma	7,424	7,752	5,432	18,675
H		11,940	7,733	5,493	6,310
p		0,008	0,052	0,139	0,097

H= Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 11'de PKOS tanısı olan kadınların yaş gruplarına göre algıladıkları sosyal destek düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal-Wallis H testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Aile alt boyutunda yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($H = 11,940$; $p = 0,008$). Bu bulgu, farklı yaş gruplarının aileden algıladıkları sosyal destek düzeylerinin birbirinden farklı olduğunu göstermektedir. Özel Bir İnsan alt

boyutunda anlamlılık düzeyi sınırda bulunmuş olup ($H = 7,733$; $p = 0,052$), gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Arkadaş alt boyutunda ($H = 5,493$; $p = 0,139$) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) toplam puanında ($H = 6,310$; $p = 0,097$) yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonuçlar, sadece aileden algılanan sosyal destek düzeyinde yaş grupları arasında anlamlı bir farklılaşma olduğunu, diğer alt boyutlar ve genel sosyal destek algısında anlamlı bir farklılık bulunmadığını göstermektedir.

Tablo 12. PKOS Tanısı Olan Kadınların Medeni Durumlarına Göre Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Farklılaşması

Medeni Durum		Aile	Özel Bir İnsan	Arkadaş	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)
Evli	Ortalama	22,643	19,626	20,448	62,717
	Std. Sapma	5,997	8,153	6,848	16,840
Bekar	Ortalama	19,302	14,722	20,927	54,952
	Std. Sapma	6,435	9,340	5,836	16,161
Boşanmış	Ortalama	21,143	13,714	21,571	56,429
	Std. Sapma	3,625	10,029	5,968	16,521
İlişkisi var	Ortalama	20,508	24,825	21,733	67,067
	Std. Sapma	6,068	4,980	6,294	12,441
H		51,056	104,296	3,382	57,845
p		0,000	0,000	0,280	0,000

H= Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 12'de PKOS tanısı olan kadınların medeni durumlarına göre algıladıkları sosyal destek düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal-Wallis H testi sonuçları ile sunulmaktadır. Aile alt boyutunda medeni durumlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($H = 51,056$; $p = 0,000$). Özel Bir İnsan alt boyutunda da anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($H = 104,296$; $p = 0,000$). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) toplam puanı açısından da medeni durumlara göre anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($H = 57,845$; $p = 0,000$). Öte yandan, Arkadaş alt boyutunda medeni durumlara göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($H = 3,382$; $p = 0,280$). Bu sonuçlar, medeni durumun özellikle aileden, özel bir insandan ve genel sosyal destek algısında anlamlı farklılıklar oluşturduğunu, ancak arkadaşlardan algılanan sosyal destek düzeyinde böyle bir farklılık oluşturmadığını göstermektedir.

Tablo 13. PKOS Tanısı Olan Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Farklılaşması

Eğitim Durumu		Aile	Özel Bir İnsan	Arkadaş	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)
İlköğretim	Ortalama	10,857	9,143	13,714	33,714
	Std. Sapma	5,581	5,551	9,069	18,328
Lise	Ortalama	21,113	18,408	19,577	59,099
	Std. Sapma	7,078	8,781	7,277	17,644
Üniversite	Ortalama	21,193	18,902	20,969	61,064
	Std. Sapma	6,080	8,887	6,277	16,041
Yüksek lisans	Ortalama	21,505	19,021	21,453	61,979
	Std. Sapma	6,787	8,874	6,150	16,830
Doktora	Ortalama	21,917	17,667	21,417	61,000
	Std. Sapma	4,400	9,159	5,823	18,101
H		13,572	8,244	7,194	12,455
p		0,009	0,083	0,126	0,014

H= Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 13'te PKOS tanısı olan kadınların eğitim durumlarına göre algıladıkları sosyal destek düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal-Wallis H testi sonuçları ile sunulmaktadır. Aile alt boyutunda eğitim düzeylerine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($H = 13,572$; $p = 0,009$). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) toplam puanında da eğitim düzeylerine göre anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($H = 12,455$; $p = 0,014$). Özel Bir İnsan alt boyutunda ise eğitim durumuna göre farklılık sınırda olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($H = 8,244$; $p = 0,083$). Benzer şekilde, Arkadaş alt boyutunda da eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($H = 7,194$; $p = 0,126$). Bu sonuçlar, eğitim düzeyinin özellikle aileden algılanan sosyal destek ve genel sosyal destek algısında anlamlı farklılıklar oluşturduğunu, ancak özel bir insan ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek düzeylerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığını göstermektedir.

Tablo 14. PKOS Tanısı Olan Kadınların Çalışma Durumlarına Göre Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Farklılaşması

Çalışma Durumu		Aile	Özel Bir İnsan	Arkadaş	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)
Evet, tam zamanlı çalışma	Ortalama	21,134	18,729	20,759	60,622
	Std. Sapma	6,363	8,907	6,427	17,191
Evet, yarı zamanlı çalışma	Ortalama	20,240	19,220	21,300	60,760
	Std. Sapma	6,962	8,612	5,676	16,919

Hayır	Ortalama	21,459	18,768	20,068	60,295
	Std. Sapma	6,411	8,553	7,098	16,723
Öğrenci	Ortalama	20,993	18,630	22,022	61,644
	Std. Sapma	5,834	9,505	5,383	14,508
H		2,239	0,074	4,461	0,204
p		0,524	0,995	0,216	0,977

H= Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 14'te PKOS tanısı olan kadınların çalışma durumlarına göre algıladıkları sosyal destek düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal-Wallis H testi sonuçları ile sunulmaktadır. Aile alt boyutunda ($H = 2,239$; $p = 0,524$), Özel Bir İnsan alt boyutunda ($H = 0,074$; $p = 0,995$), Arkadaş alt boyutunda ($H = 4,461$; $p = 0,216$) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) toplam puanında ($H = 0,204$; $p = 0,977$) çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgular, PKOS tanısı olan kadınların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin çalışma durumlarına göre anlamlı bir şekilde değişmediğini göstermektedir.

Tablo 15. PKOS Tanısı Olan Kadınların PKOS Tanısı Aldıkları Zamana Göre Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Farklılaşması

PKOS Tanısı Alınan Zaman		Aile	Özel Bir İnsan	Arkadaş	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)
0-5 yıl	Ortalama	21,125	18,766	20,889	60,781
	Std. Sapma	6,236	8,919	6,260	15,989
6-10 yıl	Ortalama	20,964	19,828	21,094	61,885
	Std. Sapma	6,683	8,553	6,538	16,330
11-15 yıl	Ortalama	21,709	17,761	20,385	59,855
	Std. Sapma	5,922	9,093	6,498	17,552
16-20 yıl	Ortalama	20,981	17,741	21,148	59,870
	Std. Sapma	6,453	9,192	6,525	18,191
21 yıl ve daha önce	Ortalama	19,714	16,000	18,429	54,143
	Std. Sapma	6,450	8,849	8,064	18,246
H		1,495	6,184	2,768	3,271
p		0,828	0,186	0,597	0,514

H= Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 15'te PKOS tanısı olan kadınların tanı aldıkları zamana göre algıladıkları sosyal destek düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal-Wallis H testi sonuçları ile sunulmaktadır. Aile alt boyutunda ($H = 1,495$; $p = 0,828$), Özel Bir İnsan alt boyutunda ($H = 6,184$; $p = 0,186$), Arkadaş alt boyutunda ($H = 2,768$; $p = 0,597$) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) toplam puanında ($H = 3,271$; $p = 0,514$) tanı

alınan zamana göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonuçlar, PKOS tanısı alan kadınların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin tanı süresi değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığını göstermektedir.

Tablo 16. PKOS Tanısı Olan Kadınların PKOS Tanısının Konduğu Doktorun Uzmanlığına Göre Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Farklılaşması

PKOS Tanısını Koyan Doktorun Uzmanlığı		Aile	Özel Bir İnsan	Arkadaş	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)
Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	Ortalama	21,148	18,700	20,797	60,644
	Std. Sapma	6,292	8,910	6,466	16,535
İç Hastalıkları Uzmanı	Ortalama	21,233	20,967	22,267	64,467
	Std. Sapma	6,709	7,677	5,112	15,312
Bilmiyorum	Ortalama	20,111	15,667	18,889	54,667
	Std. Sapma	7,737	10,223	6,900	20,457
H		0,128	3,004	1,854	2,489
p		0,938	0,223	0,396	0,288

H= Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 16'da PKOS tanısı olan kadınların tanının konduğu doktorun uzmanlığına göre algıladıkları sosyal destek düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal-Wallis H testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Aile alt boyutunda ($H = 0,128$; $p = 0,938$), Özel Bir İnsan alt boyutunda ($H = 3,004$; $p = 0,223$), Arkadaş alt boyutunda ($H = 1,854$; $p = 0,396$) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) toplam puanında ($H = 2,489$; $p = 0,288$) doktorun uzmanlığına göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgular, PKOS tanısının hangi uzmanlık alanına sahip doktor tarafından konulduğunun, kadınların algıladıkları sosyal destek düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığını göstermektedir.

Tablo 17. PKOS Tanısı Olan Kadınların Daha Önce Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Farklılaşması

Daha Önce Psikolojik Destek Alma Durumu		Aile	Özel Bir İnsan	Arkadaş	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)
Evet	Ortalama	20,647	18,668	21,014	60,329
	Std. Sapma	6,393	8,941	6,259	16,593
Hayır	Ortalama	21,452	18,811	20,719	60,982
	Std. Sapma	6,259	8,860	6,532	16,528

U	57906,500	62458,500	61774,500	61338,500
z	-1,839	-0,186	-0,434	-0,589
p	0,066	0,852	0,665	0,556

U= Mann-Whitney U Testi

Tablo 17'de PKOS tanısı olan kadınların daha önce psikolojik destek alma durumlarına göre algıladıkları sosyal destek düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Mann-Whitney U testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Aile alt boyutunda (U = 57906,500; p = 0,066), Özel Bir İnsan alt boyutunda (U = 62458,500; p = 0,852), Arkadaş alt boyutunda (U = 61774,500; p = 0,665) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) toplam puanında (U = 61338,500; p = 0,556) daha önce psikolojik destek alma durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgular, PKOS tanısı olan kadınların daha önce psikolojik destek alıp almamalarının, algıladıkları sosyal destek düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmadığını göstermektedir.

Tablo 18. PKOS Tanısı Olan Kadınların Psikoterapi Sürecinde Olma Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Farklılaşması

Psikoterapi Sürecinde Olma Durumu		Aile	Özel Bir İnsan	Arkadaş	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)
Evet	Ortalama	19,946	20,041	21,230	61,216
	Std. Sapma	5,849	8,195	5,272	15,091
Hayır	Ortalama	21,274	18,610	20,789	60,673
	Std. Sapma	6,360	8,955	6,544	16,711
U		20494,500	22151,000	24101,500	24138,500
z		-2,171	-1,207	-0,057	-0,035
p		0,030	0,227	0,955	0,972

U= Mann-Whitney U Testi

Tablo 18'de PKOS tanısı olan kadınların psikoterapi sürecinde olma durumlarına göre algıladıkları sosyal destek düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Mann-Whitney U testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Aile alt boyutunda psikoterapi sürecinde olma durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur (U = 20494,500; p = 0,030). Özel Bir İnsan alt boyutunda (U = 22151,000; p = 0,227), Arkadaş alt boyutunda (U = 24101,500; p = 0,955) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) toplam puanında (U = 24138,500; p = 0,972) ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu bulgular, psikoterapi sürecinde olmanın yalnızca aileden algılanan sosyal destek düzeyinde

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğunu, diğer destek boyutlarında ve genel sosyal destek algısında böyle bir farklılık oluşturmadığını göstermektedir.

Tablo 19. PKOS Tanısı Olan Kadınların Aile Bireyleri ile Birlikte Yaşama Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Farklılaşması

Aile Bireyleri ile Birlikte Yaşama Durumu		Aile	Özel Bir İnsan	Arkadaş	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)
Evet	Ortalama	20,795	18,571	20,745	60,111
	Std. Sapma	6,407	8,947	6,580	16,672
Hayır	Ortalama	21,834	19,129	21,012	61,975
	Std. Sapma	6,092	8,768	6,106	16,249
U		53110,50	56537,000	58307,500	54937,000
z		-2,098	-0,813	-0,142	-1,404
p		0,036	0,416	0,887	0,160

U= Mann-Whitney U Testi

Tablo 19'da PKOS tanısı olan kadınların aile bireyleri ile birlikte yaşama durumlarına göre algıladıkları sosyal destek düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Mann-Whitney U testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Aile alt boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($U = 53110,500$; $p = 0,036$). Özel Bir İnsan alt boyutunda ($U = 56537,000$; $p = 0,416$), Arkadaş alt boyutunda ($U = 58307,500$; $p = 0,887$) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) toplam puanında ($U = 54937,000$; $p = 0,160$) ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Anlamlı farklılık gözlenen Aile alt boyutunda, aile bireyleriyle birlikte yaşamayan kadınların (Ort = 21,834) aile bireyleriyle birlikte yaşayan kadınlara (Ort = 20,795) göre daha yüksek düzeyde aile desteği algıladıkları görülmektedir. Bu durum, aile bireyleriyle ayrı yaşayan kadınların ailelerinden daha yüksek bir destek algısına sahip olabileceğini göstermektedir. Diğer alt boyutlarda ve genel sosyal destek algısında ise aileyle birlikte yaşama durumuna bağlı anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 20. PKOS Tanısı Olan Kadınların Yakın Çevreden Sosyal Destek Alındığını Düşünme Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Farklılaşması

Yakın Çevreden Sosyal Destek Alındığını Düşünme Durumu		Aile	Özel Bir İnsan	Arkadaş	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)
Evet	Ortalama	23,008	20,354	22,879	66,241
	Std. Sapma	5,085	8,459	5,283	13,628

Hayır	Ortalama	19,175	17,076	18,685	54,935
	Std. Sapma	6,876	9,024	6,811	17,358
	U	44467,500	52227,500	41763,000	41038,000
	z	-7,706	-4,983	-8,663	-8,877
	p	0,000	0,000	0,000	0,000

U= Mann-Whitney U Testi

Tablo 20'de PKOS tanısı olan kadınların yakın çevreden sosyal destek alındığını düşünme durumlarına göre algıladıkları sosyal destek düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Mann-Whitney U testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Aile (U = 44467,500; p = 0,000), Özel Bir İnsan (U = 52227,500; p = 0,000), Arkadaş (U = 41763,000; p = 0,000) alt boyutlarında ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) toplam puanında (U = 41038,000; p = 0,000) anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Anlamlı farklılıkların detayına bakıldığında, yakın çevresinden destek aldığını düşünen kadınların aile (Ort = 23,008), özel bir insan (Ort = 20,354) ve arkadaş (Ort = 22,879) desteği algılarının, destek almadığını düşünen kadınlara göre (Aile Ort = 19,175; Özel Bir İnsan Ort = 17,076; Arkadaş Ort = 18,685) daha yüksek olduğu görülmektedir. Benzer şekilde, genel sosyal destek algısı da yakın çevresinden destek aldığını belirten kadınlarda (Ort = 66,241) destek almadığını belirten kadınlara (Ort = 54,935) göre daha yüksek düzeydedir. Bu bulgular, yakın çevreden algılanan sosyal desteğin hem alt boyutlar düzeyinde hem de genel sosyal destek algısında önemli bir farklılık oluşturduğunu göstermektedir.

Tablo 21. PKOS Tanısı Olan Kadınların Yaşlarına Göre Duygu Düzenleme Çektikleri Zorluk Düzeylerinin Farklılaşması

Yaş		Netlik	Hedefler	Dürtü	Stratejiler	Kabul Edilmeme	Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16)
18-25	Ortalama	6,367	11,193	8,225	15,476	8,433	49,695
	Std. Sapma	1,974	2,729	3,387	5,104	3,492	13,979
26-33	Ortalama	5,782	10,533	8,023	14,555	7,907	46,799
	Std. Sapma	2,006	2,975	3,389	5,435	3,556	14,438
34-41	Ortalama	5,544	10,189	7,878	13,367	7,389	44,367
	Std. Sapma	1,944	2,840	3,253	4,937	3,408	13,994
42 yaş ve üzeri	Ortalama	4,900	9,500	6,300	11,200	7,100	39,000
	Std. Sapma	1,524	2,369	2,003	3,521	4,175	9,603
	H	19,735	14,144	3,339	16,105	8,486	15,458
	p	0,000	0,003	0,342	0,001	0,037	0,001

H= Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 21'de PKOS tanısı olan kadınların yaş gruplarına göre duygu düzenlemede yaşadıkları zorluk düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal-Wallis H testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Netlik ($H = 19,735$; $p = 0,000$), Hedefler ($H = 14,144$; $p = 0,003$), Stratejiler ($H = 16,105$; $p = 0,001$), Kabul Edilmeme ($H = 8,486$; $p = 0,037$) ve Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16) toplam puanında ($H = 15,458$; $p = 0,001$) yaş grupları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Dürtü alt boyutunda ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($H = 3,339$; $p = 0,342$). Anlamlı farklılık gözlenen boyutlarda, genel eğilim olarak yaş ilerledikçe duygu düzenleme zorluklarının azaldığı görülmektedir. Özellikle 18-25 yaş grubundaki kadınların Netlik (Ort = 6,367), Hedefler (Ort = 11,193), Stratejiler (Ort = 15,476), Kabul Edilmeme (Ort = 8,433) ve DERS-16 toplam (Ort = 49,695) puanlarının diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık, 42 yaş ve üzerindeki kadınların duygu düzenleme zorluk puanlarının en düşük düzeyde olduğu dikkat çekmektedir. Bu bulgular, yaş ilerledikçe PKOS tanısı olan kadınlarda duygu düzenlemede yaşanan zorlukların azalma eğilimi gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Tablo 22. PKOS Tanısı Olan Kadınların Medeni Durumlarına Göre Duygu Düzenleme Çektikleri Zorluk Düzeylerinin Farklılaşması

Medeni Durum		Netlik	Hedefler	Dürtü	Stratejiler	Kabul Edilmeme	Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16)
Evli	Ortalama	5,654	10,581	8,173	14,249	7,663	46,320
	Std. Sapma	1,997	2,811	3,399	5,218	3,492	14,000
Bekar	Ortalama	6,319	10,762	7,746	15,177	8,419	48,423
	Std. Sapma	1,967	3,059	3,299	5,282	3,562	14,545
Boşanmış	Ortalama	6,000	11,857	9,714	16,286	8,857	52,714
	Std. Sapma	2,000	1,952	2,563	4,424	3,485	12,724
İlişkisi var	Ortalama	6,125	11,008	8,267	15,008	8,258	48,667
	Std. Sapma	1,994	2,745	3,380	5,443	3,528	14,497
H		18,094	3,683	5,090	5,804	8,046	4,908
p		0,000	0,298	0,165	0,122	0,045	0,179

H= Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 22'de PKOS tanısı olan kadınların medeni durumlarına göre duygu düzenlemede yaşadıkları zorluk düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal-Wallis H testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Netlik alt boyutunda ($H = 18,094$; $p = 0,000$) ve Kabul

Edilmeme alt boyutunda ($H = 8,046$; $p = 0,045$) medeni durumlara göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Hedefler ($p = 0,298$), Dürtü ($p = 0,165$), Stratejiler ($p = 0,122$) ve Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16) toplam puanında ($p = 0,179$) ise anlamlı farklılık saptanmamıştır. Anlamlı farklılık gözlenen Netlik alt boyutunda, bekar kadınların (Ort = 6,319) netlik sorunlarının evli kadınlara (Ort = 5,654) kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Boşanmış kadınlar ise (Ort = 6,000) netlik zorluğunda bekar kadınlardan daha düşük, ancak evlilerden daha yüksek bir ortalamaya sahiptir. Kabul Edilmeme alt boyutunda da bekar kadınların (Ort = 8,419) kabul edilmeme algılarının evli kadınlara (Ort = 7,663) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, medeni durumun özellikle netlik ve kabul edilmeme gibi duygu düzenleme boyutlarında farklılık oluşturduğunu, diğer boyutlar ve genel duygu düzenleme zorluğu açısından ise anlamlı bir değişime neden olmadığını göstermektedir.

Tablo 23. PKOS Tanısı Olan Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Duygu Düzenleme Çektikleri Zorluk Düzeylerinin Farklılaşması

Eğitim Durumu		Netlik	Hedefler	Dürtü	Stratejiler	Kabul Edilmeme	Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16)
İlköğretim	Ortalama	5,857	12,857	10,571	19,429	11,857	60,571
	Std. Sapma	1,952	2,545	4,198	6,705	4,488	17,887
Lise	Ortalama	6,014	11,042	8,732	15,451	8,577	49,817
	Std. Sapma	2,025	2,754	3,541	4,962	3,528	14,133
Üniversite	Ortalama	6,064	10,757	7,989	14,663	7,950	47,424
	Std. Sapma	1,993	2,896	3,338	5,284	3,506	14,256
Yüksek lisans	Ortalama	5,442	10,400	7,832	14,337	7,947	45,958
	Std. Sapma	1,972	2,777	3,228	5,131	3,444	13,765
Doktora	Ortalama	5,167	8,750	7,500	12,667	6,833	40,917
	Std. Sapma	2,290	3,049	3,289	6,110	3,834	13,780
H		10,098	11,922	6,534	8,640	9,671	9,280
p		0,039	0,018	0,163	0,071	0,046	0,054

H= Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 23'te PKOS tanısı olan kadınların eğitim durumlarına göre duygu düzenlemede yaşadıkları zorluk düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal-Wallis H testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Netlik ($H = 10,098$; $p = 0,039$), Hedefler ($H = 11,922$;

$p = 0,018$) ve Kabul Edilmeme ($H = 9,671$; $p = 0,046$) alt boyutlarında eğitim durumlarına göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Dürtü ($p = 0,163$), Stratejiler ($p = 0,071$) ve Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16) toplam puanında ($p = 0,054$) ise anlamlı farklılık bulunmamıştır. Anlamlı farklılık gözlenen boyutlar incelendiğinde, özellikle ilköğretim mezunu kadınların Netlik (Ort = 5,857), Hedefler (Ort = 12,857) ve Kabul Edilmeme (Ort = 11,857) puanlarının diğer eğitim düzeylerine sahip gruplara göre daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Özellikle Hedefler boyutunda ilköğretim mezunlarının ortalamalarının diğer tüm gruplardan belirgin şekilde yüksek olduğu görülmektedir. Diğer yandan, doktora mezunları tüm alt boyutlarda en düşük ortalamalara sahip grubu oluşturmaktadır (Netlik Ort = 5,167; Hedefler Ort = 8,750; Kabul Edilmeme Ort = 6,833). Bu bulgular, eğitim düzeyi yükseldikçe PKOS tanısı olan kadınların duygu düzenlemede yaşadıkları netlik, hedefler belirleme ve kabul edilmeme zorluklarının azalma eğiliminde olduğunu göstermektedir.

Tablo 24. PKOS Tanısı Olan Kadınların Çalışma Durumlarına Göre Duygu Düzenleme Çektikleri Zorluk Düzeylerinin Farklılaşması

Çalışma Durumu		Netlik	Hedefler	Dürtü	Stratejiler	Kabul Edilmeme	Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16)
Evet, tam zamanlı çalışma	Ortalama	5,881	10,473	8,012	14,443	8,146	46,955
	Std. Sapma	2,026	2,925	3,285	5,241	3,519	14,351
Evet, yarı zamanlı çalışma	Ortalama	5,440	10,680	7,400	14,400	7,500	45,420
	Std. Sapma	1,842	2,882	3,117	5,131	3,278	12,883
Hayır	Ortalama	5,981	10,700	8,396	14,865	7,831	47,773
	Std. Sapma	1,978	2,771	3,409	5,320	3,512	14,213
Öğrenci	Ortalama	6,326	11,407	7,896	15,252	8,244	49,126
	Std. Sapma	2,014	2,866	3,533	5,379	3,694	14,676
H		8,368	10,731	4,480	2,451	2,366	2,930
p		0,039	0,013	0,214	0,484	0,500	0,402

H= Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 24'te PKOS tanısı olan kadınların çalışma durumlarına göre duygu düzenlemede yaşadıkları zorluk düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal-Wallis H testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Netlik ($H = 8,368$; $p = 0,039$) ve Hedefler ($H = 10,731$; $p = 0,013$) alt boyutlarında çalışma durumlarına göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Dürtü ($p = 0,214$), Stratejiler ($p = 0,484$), Kabul Edilmeme ($p = 0,500$) ve

Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16) toplam puanında ($p = 0,402$) ise anlamlı farklılık saptanmamıştır. Anlamlı farklılık gözlenen Netlik alt boyutunda, öğrencilerin (Ort = 6,326) netlik zorluklarının tam zamanlı çalışanlara (Ort = 5,881), yarı zamanlı çalışanlara (Ort = 5,440) ve çalışmayanlara (Ort = 5,981) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Hedefler alt boyutunda da benzer şekilde, öğrencilerin (Ort = 11,407) hedefler belirleme konusunda yaşadıkları zorluk düzeyinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Bu bulgular, çalışma durumunun özellikle netlik ve hedef belirleme alanlarında PKOS tanısı olan kadınların duygu düzenleme güçlüklerinde farklılık oluşturduğunu, diğer boyutlar ve genel duygu düzenleme zorluğu açısından anlamlı bir etkisinin bulunmadığını göstermektedir.

Tablo 25. PKOS Tanısı Olan Kadınların PKOS Tanısı Aldıkları Zamana Göre Duygu Düzenleme Çektikleri Zorluk Düzeylerinin Farklılaşması

PKOS Tanısı Alınan Zaman		Netlik	Hedefler	Dürtü	Stratejiler	Kabul Edilmeme	Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16)
0-5 yıl	Ortalama	6,051	10,917	8,103	14,920	7,937	47,929
	Std. Sapma	1,991	2,761	3,423	5,233	3,526	14,070
6-10 yıl	Ortalama	5,995	10,625	7,818	14,740	7,984	47,161
	Std. Sapma	2,061	2,931	3,248	5,082	3,513	14,147
11-15 yıl	Ortalama	5,846	10,487	8,581	14,350	8,521	47,786
	Std. Sapma	1,994	3,247	3,502	5,918	3,547	15,600
16-20 yıl	Ortalama	5,537	10,389	7,444	14,111	7,796	45,278
	Std. Sapma	1,969	2,750	3,069	5,068	3,520	13,679
21 yıl ve daha önce	Ortalama	5,857	10,571	8,214	14,357	7,786	46,786
	Std. Sapma	1,875	2,441	2,860	4,651	4,098	13,169
H		3,415	2,809	5,185	1,940	3,074	1,652
p		0,491	0,590	0,269	0,747	0,545	0,799

H= Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 25'te PKOS tanısı olan kadınların tanı aldıkları zamana göre duygu düzenlemede yaşadıkları zorluk düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal-Wallis H testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Netlik ($H = 3,415$; $p = 0,491$), Hedefler ($H = 2,809$; $p = 0,590$), Dürtü ($H = 5,185$; $p = 0,269$), Stratejiler ($H = 1,940$; $p = 0,747$), Kabul Edilmeme ($H = 3,074$; $p = 0,545$) ve Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16) toplam puanında ($H = 1,652$; $p = 0,799$) tanı süresine göre anlamlı bir farklılık

bulunmamıştır. Bu sonuçlar, PKOS tanısı alan kadınların duygu düzenleme güçlüklerinin, tanı aldıkları zamana bağlı olarak istatistiksel açıdan anlamlı şekilde değişmediğini göstermektedir.

Tablo 26. PKOS Tanısı Olan Kadınların Düzenli Olarak İlaç Kullanma Durumlarına Göre Duygu Düzenleme Çektikleri Zorluk Düzeylerinin Farklılaşması

Düzenli Olarak Kullanılan İlaç		Netlik	Hedefler	Dürtü	Stratejiler	Kabul Edilmeme	Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16)
Yasmin	Ortalama	5,933	11,567	8,167	14,700	8,333	48,700
	Std. Sapma	2,083	2,487	3,384	5,039	3,585	13,425
Glifor	Ortalama	6,179	10,464	8,536	15,786	8,000	48,964
	Std. Sapma	2,358	2,975	3,677	5,626	3,496	14,462
Diane	Ortalama	6,000	9,913	6,870	13,739	8,174	44,696
	Std. Sapma	2,023	2,678	2,668	4,444	3,927	13,391
Yazz	Ortalama	6,227	10,636	7,364	13,636	7,682	45,545
	Std. Sapma	1,716	2,555	2,592	4,192	2,818	10,654
Diğer	Ortalama	5,988	10,834	8,272	15,154	8,308	48,556
	Std. Sapma	1,921	3,009	3,267	5,584	3,602	14,406
Yok	Ortalama	5,925	10,691	8,035	14,581	7,919	47,151
	Std. Sapma	2,029	2,876	3,433	5,246	3,528	14,496
H		1,140	5,329	4,862	3,917	1,842	3,300
p		0,950	0,377	0,433	0,561	0,871	0,654

H= Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 26'da PKOS tanısı olan kadınların düzenli olarak kullandıkları ilaç türlerine göre duygu düzenlemede yaşadıkları zorluk düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal-Wallis H testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Netlik ($H = 1,140$; $p = 0,950$), Hedefler ($H = 5,329$; $p = 0,377$), Dürtü ($H = 4,862$; $p = 0,433$), Stratejiler ($H = 3,917$; $p = 0,561$), Kabul Edilmeme ($H = 1,842$; $p = 0,871$) ve Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16) toplam puanında ($H = 3,300$; $p = 0,654$) düzenli ilaç kullanımına göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgular, PKOS tanısı olan kadınların kullandıkları düzenli ilaç türünün, duygu düzenleme zorluk düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir değişiklik oluşturmadığını göstermektedir.

Tablo 27. PKOS Tanısı Olan Kadınların Daha Önce Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Duygu Düzenleme Çektikleri Zorluk Düzeylerinin Farklılaşması

Daha Önce Psikolojik Destek Alma Durumu		Netlik	Hedefler	Dürtü	Stratejiler	Kabul Edilmeme	Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16)
Evet	Ortalama	5,890	10,982	8,088	14,823	8,307	48,092
	Std. Sapma	2,023	2,766	3,323	5,255	3,526	14,096
Hayır	Ortalama	6,007	10,562	8,038	14,638	7,854	47,099
	Std. Sapma	1,996	2,945	3,387	5,302	3,531	14,401
U		60959,500	58012,500	62224,500	61908,500	58133,000	60403,000
z		-0,735	-1,801	-0,270	-0,383	-1,755	-0,927
p		0,462	0,072	0,787	0,701	0,079	0,354

U= Mann-Whitney U Testi

Tablo 27'de PKOS tanısı olan kadınların daha önce psikolojik destek alma durumlarına göre duygu düzenlemede yaşadıkları zorluk düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Mann-Whitney U testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Netlik ($U = 60959,500$; $p = 0,462$), Hedefler ($U = 58012,500$; $p = 0,072$), Dürtü ($U = 62224,500$; $p = 0,787$), Stratejiler ($U = 61908,500$; $p = 0,701$), Kabul Edilmeme ($U = 58133,000$; $p = 0,079$) ve Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16) toplam puanında ($U = 60403,000$; $p = 0,354$) psikolojik destek alma durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgular, PKOS tanısı olan kadınların daha önce psikolojik destek alıp almamalarının, duygu düzenleme güçlüklerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir değişiklik oluşturmadığını göstermektedir.

Tablo 28. PKOS Tanısı Olan Kadınların Psikoterapi Sürecinde Olma Durumuna Göre Duygu Düzenleme Çektikleri Zorluk Düzeylerinin Farklılaşması

Psikoterapi Sürecinde Olma Durumu		Netlik	Hedefler	Dürtü	Stratejiler	Kabul Edilmeme	Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16)
Evet	Ortalama	6,1081	10,7973	8,4730	15,3514	8,8919	49,6216
	Std. Sapma	2,19942	3,05197	3,53930	5,92055	3,71435	15,53847
Hayır	Ortalama	5,9450	10,7171	8,0107	14,6376	7,9327	47,2431
	Std. Sapma	1,98386	2,86465	3,33870	5,20353	3,50214	4,12503
U		22943,000	23580,000	22415,500	22437,000	20600,500	21834,000
z		-0,741	-0,362	-1,044	-1,029	-2,106	-1,379
p		0,458	0,717	0,296	0,304	0,035	0,168

U= Mann-Whitney U Testi

Tablo 28'de PKOS tanısı olan kadınların psikoterapi sürecinde olma durumlarına göre duygu düzenlemede yaşadıkları zorluk düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Mann-Whitney U testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Netlik ($U = 22943,000$; $p = 0,458$), Hedefler ($U = 23580,000$; $p = 0,717$), Dürtü ($U = 22415,500$; $p = 0,296$), Stratejiler ($U = 22437,000$; $p = 0,304$) ve Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16) toplam puanında ($U = 21834,000$; $p = 0,168$) psikoterapi sürecinde olma durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak, Kabul Edilmeme alt boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($U = 20600,500$; $p = 0,035$). Kabul Edilmeme boyutunda psikoterapi sürecinde olan kadınların ortalamasının ($Ort = 8,8919$), psikoterapi sürecinde olmayan kadınlara ($Ort = 7,9327$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgular, psikoterapi sürecinde olmanın yalnızca kabul edilmeme algısında anlamlı bir farklılık oluşturduğunu; diğer duygu düzenleme alanlarında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir değişim yaratmadığını göstermektedir.

Tablo 29. PKOS Tanısı Olan Kadınların Aile Bireyleri ile Birlikte Yaşama Durumuna Göre Duygu Düzenleme Çektikleri Zorluk Düzeylerinin Farklılaşması

Aile Bireyleri ile Birlikte Yaşama Durumu		Netlik	Hedefler	Dürtü	Stratejiler	Kabul Edilmeme	Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16)
Evet	Ortalama	5,975	10,754	8,117	14,836	7,971	47,653
	Std. Sapma	1,991	2,823	3,338	5,246	3,530	14,143
Hayır	Ortalama	5,934	10,668	7,938	14,456	8,149	47,145
	Std. Sapma	2,040	3,002	3,408	5,353	3,545	14,582
U		57982,000	58471,000	56635,500	56579,000	56933,000	58096,500
z		-0,266	-0,080	-0,771	-0,789	-0,658	-0,220
p		0,790	0,936	0,441	0,430	0,510	0,826

U= Mann-Whitney U Testi

Tablo 29'da PKOS tanısı olan kadınların aile bireyleri ile birlikte yaşama durumlarına göre duygu düzenlemede yaşadıkları zorluk düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Mann-Whitney U testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Netlik ($U = 57982,000$; $p = 0,790$), Hedefler ($U = 58471,000$; $p = 0,936$), Dürtü ($U = 56635,500$; $p = 0,441$), Stratejiler ($U = 56579,000$; $p = 0,430$), Kabul Edilmeme ($U = 56933,000$; $p = 0,510$) ve Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16) toplam puanında ($U = 58096,500$; $p = 0,826$) aile bireyleriyle birlikte yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgular, PKOS tanısı olan kadınların aile bireyleriyle birlikte

yaşayıp yaşamamalarının, duygu düzenleme güçlükleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Tablo 30. PKOS Tanısı Olan Kadınların Yakın Çevreden Sosyal Destek Alındığını Düşünme Durumuna Göre Duygu Düzenleme Çektikleri Zorluk Düzeylerinin Farklılaşması

Yakın Çevreden Sosyal Destek Alındığını Düşünme Durumu		Netlik	Hedefler	Dürtü	Stratejiler	Kabul Edilmeme	Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16)
Evet	Ortalama	5,630	10,408	7,566	13,847	7,625	45,075
	Std. Sapma	2,002	2,879	3,241	5,135	3,449	14,049
Hayır	Ortalama	6,310	11,059	8,575	15,617	8,456	50,017
	Std. Sapma	1,953	2,851	3,409	5,287	3,576	14,104
U		53300,000	57662,500	54713,500	53732,000	57301,000	53219,500
z		-4,610	-3,030	-4,071	-4,405	-3,152	-4,580
p		0,000	0,002	0,000	0,000	0,002	0,000

U= Mann-Whitney U Testi

Tablo 30'da PKOS tanısı olan kadınların yakın çevreden sosyal destek alındığını düşünme durumlarına göre duygu düzenlemede yaşadıkları zorluk düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Mann-Whitney U testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Netlik ($U = 53300,000$; $p = 0,000$), Hedefler ($U = 57662,500$; $p = 0,002$), Dürtü ($U = 54713,500$; $p = 0,000$), Stratejiler ($U = 53732,000$; $p = 0,000$), Kabul Edilmeme ($U = 57301,000$; $p = 0,002$) ve Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS-16) toplam puanında ($U = 53219,500$; $p = 0,000$) anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Anlamlı farklılık gözlenen tüm boyutlarda, yakın çevresinden sosyal destek aldığını düşünen kadınların Netlik (Ort = 5,630), Hedefler (Ort = 10,408), Dürtü (Ort = 7,566), Stratejiler (Ort = 13,847), Kabul Edilmeme (Ort = 7,625) ve DERS-16 toplam (Ort = 45,075) puan ortalamalarının, destek almadığını düşünen kadınlara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Destek almadığını düşünen kadınların ise Netlik (Ort = 6,310), Hedefler (Ort = 11,059), Dürtü (Ort = 8,575), Stratejiler (Ort = 15,617), Kabul Edilmeme (Ort = 8,456) ve DERS-16 toplam (Ort = 50,017) puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, yakın çevreden sosyal destek algısının artmasının duygu düzenleme zorluklarını azaltma ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Tablo 31. PKOS Tanısı Olan Kadınların Yaşlarına Göre Yeme Davranışı Düzeylerinin Farklılaşması

Yaş		Duygusal Yeme	Kısıtlayıcı Yeme	Dışsal Yeme	Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)
18-25	Ortalama	42,367	29,011	33,651	105,029
	Std. Sapma	15,955	8,743	6,702	24,015
26-33	Ortalama	42,598	29,754	32,703	105,054
	Std. Sapma	17,092	8,178	7,449	23,699
34-41	Ortalama	41,889	29,244	34,033	105,167
	Std. Sapma	15,497	8,550	7,587	23,767
42 yaş ve üzeri	Ortalama	42,100	33,400	32,600	108,100
	Std. Sapma	16,162	4,993	6,450	22,806
H		0,262	3,944	4,125	0,161
p		0,967	0,268	0,248	0,984

H= Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 31'de PKOS tanısı olan kadınların yaş gruplarına göre yeme davranışı düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal-Wallis H testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Duygusal Yeme ($H = 0,262$; $p = 0,967$), Kısıtlayıcı Yeme ($H = 3,944$; $p = 0,268$), Dışsal Yeme ($H = 4,125$; $p = 0,248$) ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) toplam puanında ($H = 0,161$; $p = 0,984$) yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgular, PKOS tanısı olan kadınların yeme davranışlarının yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmediğini göstermektedir.

Tablo 32. PKOS Tanısı Olan Kadınların Medeni Durumlarına Göre Yeme Davranışı Düzeylerinin Farklılaşması

Medeni Duru		Duygusal Yeme	Kısıtlayıcı Yeme	Dışsal Yeme	Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)
Evli	Ortalama	42,343	29,935	33,133	105,411
	Std. Sapma	16,659	8,073	7,390	23,322
Bekar	Ortalama	42,185	29,065	33,065	104,315
	Std. Sapma	15,961	8,778	7,361	24,118
Boşanmış	Ortalama	45,714	26,571	36,000	108,286
	Std. Sapma	17,452	6,503	5,000	14,032
İlişkisi var	Ortalama	42,917	29,050	33,658	105,625
	Std. Sapma	16,846	8,717	6,283	24,966
H		0,394	2,916	1,566	0,496
p		0,941	0,405	0,667	0,920

H= Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 32'de PKOS tanısı olan kadınların medeni durumlarına göre yeme davranışı düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal-Wallis H testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Duygusal Yeme ($H = 0,394$; $p = 0,941$), Kısıtlayıcı Yeme ($H = 2,916$; $p = 0,405$), Dışsal Yeme ($H = 1,566$; $p = 0,667$) ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) toplam puanında ($H = 0,496$; $p = 0,920$) medeni durumlara göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgular, PKOS tanısı olan kadınların yeme davranışlarının medeni durum değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmediğini göstermektedir.

Tablo 33. PKOS Tanısı Olan Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Yeme Davranışı Düzeylerinin Farklılaşması

Eğitim Durumu		Duygusal Yeme	Kısıtlayıcı Yeme	Dışsal Yeme	Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)
İlköğretim	Ortalama	44,143	23,571	33,000	100,714
	Std. Sapma	17,535	11,816	10,939	16,810
Lise	Ortalama	38,986	29,197	31,577	99,761
	Std. Sapma	17,313	8,316	7,568	24,989
Üniversite	Ortalama	42,514	29,569	33,241	105,324
	Std. Sapma	16,119	8,361	7,003	23,235
Yüksek lisans	Ortalama	44,274	28,979	33,842	107,095
	Std. Sapma	16,997	8,168	7,125	24,834
Doktora	Ortalama	42,583	33,333	37,417	113,333
	Std. Sapma	19,874	10,316	9,634	32,213
H		4,286	5,021	7,813	4,809
p		0,369	0,285	0,099	0,307

H= Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 33'te PKOS tanısı olan kadınların eğitim durumlarına göre yeme davranışı düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal-Wallis H testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Duygusal Yeme ($H = 4,286$; $p = 0,369$), Kısıtlayıcı Yeme ($H = 5,021$; $p = 0,285$), Dışsal Yeme ($H = 7,813$; $p = 0,099$) ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) toplam puanında ($H = 4,809$; $p = 0,307$) eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgular, PKOS tanısı olan kadınların yeme davranışlarının eğitim durumu değişkenine bağlı olarak istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde değişmediğini göstermektedir.

Tablo 34. PKOS Tanısı Olan Kadınların Çalışma Durumlarına Göre Yeme Davranışı Düzeylerinin Farklılaşması

Çalışma Durumu		Duygusal Yeme	Kısıtlayıcı Yeme	Dışsal Yeme	Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)
Evet, tam zamanlı çalışma	Ortalama	42,970	29,577	33,836	106,384
	Std. Sapma	16,108	8,047	7,029	23,020
Evet, yarı zamanlı çalışma	Ortalama	42,440	28,660	32,100	103,200
	Std. Sapma	16,121	8,400	6,985	24,924
Hayır	Ortalama	41,304	29,585	32,053	102,942
	Std. Sapma	16,782	8,610	7,585	23,214
Öğrenci	Ortalama	42,733	29,274	33,911	105,919
	Std. Sapma	16,904	9,061	6,809	25,916
	H	1,473	0,607	11,478	3,018
	p	0,688	0,895	0,009	0,389

H= Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 34'te PKOS tanısı olan kadınların çalışma durumlarına göre yeme davranışı düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal-Wallis H testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Duygusal Yeme ($H = 1,473$; $p = 0,688$), Kısıtlayıcı Yeme ($H = 0,607$; $p = 0,895$) ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) toplam puanında ($H = 3,018$; $p = 0,389$) çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Buna karşılık, Dışsal Yeme alt boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($H = 11,478$; $p = 0,009$). Anlamlı farklılık gözlenen Dışsal Yeme boyutunda, tam zamanlı çalışanların (Ort = 33,836) ve öğrencilerin (Ort = 33,911) dışsal yeme puan ortalamalarının yarı zamanlı çalışanlara (Ort = 32,100) ve çalışmayanlara (Ort = 32,053) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgular, PKOS tanısı olan kadınlarda çalışma durumunun özellikle dışsal yeme davranışı üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturduğunu, diğer yeme davranışı boyutlarında ise anlamlı bir etkisinin bulunmadığını göstermektedir.

Tablo 35. PKOS Tanısı Olan Kadınların PKOS Tanısı Aldıkları Zamana Göre Yeme Davranışı Düzeylerinin Farklılaşması

PKOS Tanısı Alınan Zaman		Duygusal Yeme	Kısıtlayıcı Yeme	Dışsal Yeme	Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)
0-5 yıl	Ortalama	40,550	28,937	32,821	102,308
	Std. Sapma	16,668	8,638	7,173	24,389
6-10 yıl	Ortalama	43,635	29,724	33,625	106,984
	Std. Sapma	16,367	8,296	6,821	23,231
11-15 yıl	Ortalama	44,368	29,889	32,863	107,120
	Std. Sapma	16,362	8,096	7,729	22,839

16-20 yıl	Ortalama	44,093	30,278	34,204	108,574
	Std. Sapma	15,012	7,899	7,329	22,820
21 yıl ve daha önce	Ortalama	49,714	32,214	37,071	119,000
	Std. Sapma	12,652	8,877	6,269	17,841
	H	10,315	3,476	7,269	11,641
	p	0,035	0,482	0,122	0,020

H= Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 35'te PKOS tanısı olan kadınların tanı aldıkları zamana göre yeme davranışı düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal-Wallis H testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Duygusal Yeme (H = 10,315; p = 0,035) ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) toplam puanında (H = 11,641; p = 0,020) tanı süresine göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Kısıtlayıcı Yeme (p = 0,482) ve Dışsal Yeme (p = 0,122) alt boyutlarında ise anlamlı farklılık bulunmamıştır. Anlamlı farklılık gözlenen Duygusal Yeme puanlarında, PKOS tanısını 21 yıl ve daha önce alan kadınların (Ort = 49,714) duygusal yeme puanlarının, diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Benzer şekilde, DEBQ toplam puanında da 21 yıl ve daha önce tanı alan kadınların ortalamasının (Ort = 119,000) diğer gruplardan daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Bu bulgular, tanı süresi arttıkça PKOS tanısı olan kadınların duygusal yeme eğilimlerinin ve genel yeme davranış düzeylerinin yükselme eğiliminde olduğunu göstermektedir.

Tablo 36. PKOS Tanısı Olan Kadınların Düzenli Olarak İlaç Kullanma Durumlarına Göre Yeme Davranışı Düzeylerinin Farklılaşması

	Düzenli Olarak Kullanılan İlaç	Duygusal Yeme	Kısıtlayıcı Yeme	Dışsal Yeme	Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)
Yasmin	Ortalama	46,333	31,000	36,800	114,133
	Std. Sapma	15,910	8,538	7,223	22,741
Glifor	Ortalama	44,750	28,500	33,821	107,071
	Std. Sapma	15,477	9,713	7,513	22,349
Diane	Ortalama	44,652	30,696	32,348	107,696
	Std. Sapma	15,403	6,711	7,303	23,538
Yazz	Ortalama	42,727	27,273	32,136	102,136
	Std. Sapma	18,310	7,446	7,370	25,287
Diğer	Ortalama	43,763	29,669	33,325	106,757
	Std. Sapma	15,701	8,088	6,995	22,719
Yok	Ortalama	41,388	29,384	33,011	103,783
	Std. Sapma	16,729	8,569	7,188	24,169
	H	5,432	2,952	8,459	8,028
	p	0,365	0,707	0,133	0,155

H= Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 36'da PKOS tanısı olan kadınların düzenli olarak kullandıkları ilaç türlerine göre yeme davranışı düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal-Wallis H testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Duygusal Yeme ($H = 5,432$; $p = 0,365$), Kısıtlayıcı Yeme ($H = 2,952$; $p = 0,707$), Dışsal Yeme ($H = 8,459$; $p = 0,133$) ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) toplam puanında ($H = 8,028$; $p = 0,155$) düzenli ilaç kullanımına göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgular, PKOS tanısı olan kadınların kullandıkları ilaç türüne göre yeme davranışları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir değişiklik olmadığını göstermektedir.

Tablo 37. PKOS Tanısı Olan Kadınların Daha Önce Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Yeme Davranışı Düzeylerinin Farklılaşması

Daha Önce Psikolojik Destek Alma Durumu		Duygusal Yeme	Kısıtlayıcı Yeme	Dışsal Yeme	Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)
Evet	Ortalama	44,141	29,859	33,350	107,350
	Std. Sapma	16,121	8,603	6,874	23,707
Hayır	Ortalama	41,319	29,207	33,144	103,670
	Std. Sapma	16,554	8,291	7,384	23,726
U		56826,000	60460,000	62147,500	57277,500
z		-2,222	-0,907	-0,297	-2,057
p		0,026	0,364	0,767	0,040

U= Mann-Whitney U Testi

Tablo 37'de PKOS tanısı olan kadınların daha önce psikolojik destek alma durumlarına göre yeme davranışı düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Mann-Whitney U testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Duygusal Yeme ($U = 56826,000$; $p = 0,026$) ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) toplam puanında ($U = 57277,500$; $p = 0,040$) psikolojik destek alma durumuna göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Kısıtlayıcı Yeme ($p = 0,364$) ve Dışsal Yeme ($p = 0,767$) alt boyutlarında ise anlamlı farklılık saptanmamıştır. Anlamlı farklılık gözlenen Duygusal Yeme puanlarında, daha önce psikolojik destek alan kadınların ortalamasının ($Ort = 44,141$), psikolojik destek almayan kadınlara ($Ort = 41,319$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Benzer şekilde, DEBQ toplam puanında da psikolojik destek alan kadınların ortalamasının ($Ort = 107,350$), destek almayan kadınların ortalamasından ($Ort = 103,670$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, daha önce psikolojik destek alan PKOS tanılı kadınların duygusal yeme davranışı ve genel yeme davranış düzeylerinin, destek almayanlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 38. PKOS Tanısı Olan Kadınların Psikoterapi Sürecinde Olma Durumuna Göre Yeme Davranışı Düzeylerinin Farklılaşması

Psikoterapi Sürecinde Olma Durumu		Duygusal Yeme	Kısıtlayıcı Yeme	Dışsal Yeme	Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)
Evet	Ortalama	46,014	28,500	34,081	108,595
	Std. Sapma	15,544	9,057	6,593	23,289
Hayır	Ortalama	42,009	29,569	33,127	104,705
	Std. Sapma	16,493	8,338	7,248	23,809
	U	20570,000	22472,000	22151,500	21733,000
	z	-2,117	-1,007	-1,195	-1,438
	p	0,034	0,314	0,232	0,151

U= Mann-Whitney U Testi

Tablo 38'de PKOS tanısı olan kadınların psikoterapi sürecinde olma durumlarına göre yeme davranışı düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Mann-Whitney U testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Duygusal Yeme alt boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($U = 20570,000$; $p = 0,034$). Kısıtlayıcı Yeme ($p = 0,314$), Dışsal Yeme ($p = 0,232$) ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) toplam puanında ($p = 0,151$) ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Anlamlı farklılık gözlenen Duygusal Yeme puanlarında, psikoterapi sürecinde olan kadınların ortalamasının (Ort = 46,014), psikoterapi sürecinde olmayan kadınların ortalamasından (Ort = 42,009) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, psikoterapi sürecinde olan PKOS tanılı kadınların duygusal yeme düzeylerinin, sürecin dışında olan kadınlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 39. PKOS Tanısı Olan Kadınların Aile Bireyleri ile Birlikte Yaşama Durumuna Göre Yeme Davranışı Düzeylerinin Farklılaşması

Aile Bireyleri ile Birlikte Yaşama Durumu		Duygusal Yeme	Kısıtlayıcı Yeme	Dışsal Yeme	Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)
Evet	Ortalama	42,485	29,138	33,287	104,910
	Std. Sapma	16,587	8,599	7,284	23,877
Hayır	Ortalama	42,278	30,112	33,095	105,485
	Std. Sapma	16,152	8,003	6,998	23,597
	U	58035,500	54867,500	57923,000	58000,500
	z	-0,243	-1,430	-0,285	-0,256
	p	0,808	0,153	0,776	0,798

U= Mann-Whitney U Testi

Tablo 39'da PKOS tanısı olan kadınların aile bireyleri ile birlikte yaşama durumlarına göre yeme davranışı düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Mann-Whitney

U testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Duygusal Yeme ($U = 58035,500$; $p = 0,808$), Kısıtlayıcı Yeme ($U = 54867,500$; $p = 0,153$), Dışsal Yeme ($U = 57923,000$; $p = 0,776$) ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) toplam puanında ($U = 58000,500$; $p = 0,798$) aile bireyleriyle birlikte yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgular, PKOS tanısı olan kadınların yeme davranışlarının aile bireyleriyle birlikte yaşayıp yaşamamalarına bağlı olarak istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde değişmediğini göstermektedir.

Tablo 40. PKOS Tanısı Olan Kadınların Yakın Çevreden Sosyal Destek Alındığını Düşünme Durumuna Göre Yeme Davranışı Düzeylerinin Farklılaşması

Yakın Çevreden Sosyal Destek Alındığını Düşünme Durumu		Duygusal Yeme	Kısıtlayıcı Yeme	Dışsal Yeme	Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)
Evet	Ortalama	42,748	30,131	33,555	106,434
	Std. Sapma	15,820	8,337	7,087	23,436
Hayır	Ortalama	42,068	28,755	32,876	103,699
	Std. Sapma	17,070	8,448	7,282	24,069
	U	65076,500	59991,500	63001,500	62403,000
	z	-0,399	-2,193	-1,131	-1,342
	p	0,690	0,028	0,258	0,180

U= Mann-Whitney U Testi

Tablo 40'ta PKOS tanısı olan kadınların yakın çevreden sosyal destek alındığını düşünme durumlarına göre yeme davranışı düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Mann-Whitney U testi sonuçlarıyla sunulmaktadır. Kısıtlayıcı Yeme alt boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($U = 59991,500$; $p = 0,028$). Duygusal Yeme ($p = 0,690$), Dışsal Yeme ($p = 0,258$) ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) toplam puanında ($p = 0,180$) ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Anlamlı farklılık gözlenen Kısıtlayıcı Yeme puanlarında, yakın çevresinden sosyal destek aldığını düşünen kadınların ortalamasının ($Ort = 30,131$), destek almadığını düşünen kadınların ortalamasına ($Ort = 28,755$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, yakın çevreden sosyal destek algısının, PKOS tanısı olan kadınlarda kısıtlayıcı yeme davranışını artırma yönünde bir farklılık oluşturduğunu göstermektedir.

5 TARTIŞMA

5.1. ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN, DUYGU DÜZENLEME VE YEME DAVRANIŞLARI ÜZERİNDEKİ ARACILIK ANALİZLERİNE DAİR BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırma bulgularına bakıldığında duygu düzenleme güçlüğü arttıkça algılanan sosyal desteğin azaldığı görülmektedir. Bu durum regülasyon becerisindeki zayıflığın, kadınların “kendilerini desteklenmiş hissetme” algısını zayıflattığını göstermektedir. Duygularını kontrol etmekte zorlanan kişilerin, sosyal çevrelerinden çekilerek veya yardım istemede ve sosyal desteğe erişmede sorun yaşayabildiklerini ya da sosyal destek sağlansa bile bunu değerlendirmelerinin yanlış olabileceğini düşündürmektedir. Duygu düzenleme güçlüğü ile sosyal destek arasındaki bu ilişkisi literatürde Tampon Etki Modeli ile açıklanmaktadır. Bu modele göre zorlayıcı yaşam olayları ve psikolojik sıkıntı arttıkça birey destek sistemlerinden uzaklaşmakta ve sosyal destek algısı düşebilmektedir. Bu modele göre algılanan sosyal desteğin stresi tamponlaması beklenirken, stres kişinin sosyal desteğe erişmesini engelleyerek tamponlama görevini yerine getirememektedir (Cohen & Wills, 1985). Ayrıca bilişsel değerlendirme modeline göre algılanan sosyal destek kişilerin çevreden gelen desteğin nitelik ve niceliğini değil kişinin bu desteği nasıl değerlendirdiğini gösterir ve kişi stresli bir yaşam olayı sırasında gelen desteği doğru değerlendiremeyebilir. Bu durumda algılanan sosyal destek düzeyini düşürebilmektedir (Oktan, 2005). Thomas ve arkadaşlarının (2022) prospektif çalışması, Afganistan’a göreve giden askerlerle yapılan çalışmada görev öncesinde yüksek algılanan sosyal desteğin yalnızca depresif semptomları anlamlı biçimde azalttığını; ancak görev sonrası artan depresyon ve travma sonrası stres düzeylerinin zamanla genel sosyal destek algısını düşürdüğünü göstermiştir (Thomas vd., 2022).

Yine araştırmanın bulgularına bakıldığında duygu düzenleme güçlüğü yaşayan kadınlarda, sorunlu yeme davranışlarının arttığı gözlemlenmektedir. Özellikle duygusal yeme alt boyutunda kadınların stres veya olumsuz duygularla baş etme stratejisi olarak “yemeye yönelme” bir çözüm olarak kullandığı sonucuna varılmıştır. Buna karşılık, genel sosyal destek düzeyi yüksek olsa bile, doğrudan yeme davranışlarını anlamlı biçimde etkilememektedir. Literatürde sosyal desteğin genellikle bireylerin sağlıklı baş etme davranışlarını azaltabileceği öne sürülür (Cohen & Wills, 1985; Thoits, 2011).

Ancak bu çalışmada, sosyal destek düzeyi yüksek olmasına karşılık duygu düzenleme sorunu yaşayan kadınların yeme davranışlarının olumsuz etkilenmeye devam ettiği görülmektedir. Sonuç olarak beklenenin aksine sosyal desteğin “aracı” konumda çalışmadığı anlaşılmaktadır. Bunun olası nedenlerinden biri, sosyal destek kaynakları her zaman yeme davranışlarıyla ilgili spesifik bir destek sunmayabilir. Örneğin, aile ve arkadaşlar duygusal olarak yardımcı olsalar da kişinin yeme alışkanlıklarını doğrudan değiştirecek bilgi veya yönlendirmeyi sağlamayabilirler. Duygusal yeme gibi davranışlar çoğu zaman bireyin içsel süreçleriyle (duygu yoğunluğu, geçmiş öğrenmeler vs.) ilintili olduğundan dış destek bunları tamamen engelleyemeyebilir. İkinci olarak, PKOS’lu kadınlarda yeme davranışlarını etkileyen güçlü biyolojik ve çevresel faktörler olabilir. Özellikle insülin direnci ve hormonal dalgalanmalar, iştah kontrolünü olumsuz etkiler ve bireyde aşırı yeme eğilimini artırır (Góral vd., 2024). Bu biyolojik faktörler, sosyal destek varlığından bağımsız şekilde etki gösterebilir. Üçüncü olarak ise, sosyal desteğin ancak belirli koşullarda etkili olabileceği gerçekliğidir. Sosyal desteğin işe yaraması için bireyin bu desteği kullanma becerisine sahip olması, yani duygusal ihtiyaç anında gerçekten destek aramaya yönelmesi gerekmektedir. Duygu düzenleme becerisi zayıf bireyler, paradoksal biçimde, sosyal desteğe erişimleri olsa bile onu etkin kullanamayabilir veya içine kapanabilirler. Bu durumda algılanan sosyal destek yüksek olsa da pratikte sorunlu yeme davranışları üzerinde bir etkisi olmamaktadır. Duygu düzenleme güçlüklerinin yeme sorunları üzerindeki etkisine baktığımızda çok güçlü ve direkt olduğunu, sosyal çevrenin desteğinin bu güçlü etkileşime araya girip onu tamponlayamadığı görülmektedir. Fitzsimmons ve Bardone-Cone (2011) çalışmasında, stres kaynaklı yeme patolojisini anksiyete ile ilişkilendirdiği modelde sosyal destek moderatör olarak anlamlı bulunmazken, yalnızca duygusal odaklı baş etme stratejileri anksiyetenin yeme bozukluğu semptomları üzerindeki etkisini zayıflattığını rapor etmiştir. Bu bulgu, sosyal desteğin stres altında duygu temelli yeme düzenini doğrudan engellemekten ziyade bireyin içsel baş etme mekanizmalarının belirleyici olduğunu göstermektedir.

Belirtilenler ışığında değerlendirildiğinde, PKOS’lu kadınlarda sağlıklı yeme alışkanlıklarını azaltmak için yalnızca sosyal çevre desteğine güvenmenin yeterli olmayacağını; doğrudan duygu düzenleme becerilerine yönelik müdahalelerin kritik olduğu görülmektedir. Başka bir deyişle, kişinin duygularını düzenleme ve yönetme becerisini geliştirmeden, sadece sosyal destek sunmak, yeme davranışlarını düzeltmede

sınırlı etki yaratacağını düşündürmektedir. Bu bağlamda, araştırmanın H1 hipotezinin doğrulanmadığı görülmektedir.

5.2. DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE ALGILANAN SOSYAL DESTEK, DUYGU DÜZENLEME VE YEME DAVRANIŞLARININ DÜZEYİ ANALİZLERİNİN TARTIŞILMASI

Demografik bulgular çerçevesinde değerlendirildiğinde araştırmaya katılan PKOS tanılı 728 kadının büyük ölçüde genç yetişkinlerden oluştuğu (özellikle %86'sı 18–33 yaş aralığında) görülmektedir. Örneklemde yaklaşık yarısının (%48,5) evli ve yüksek oranda (%74,6) üniversite mezunu olup, yarıya yakını (%46,2) tam zamanlı çalıştığı görülmektedir.

Elde edilen bulgulara göre, örneklemde, algılanan sosyal destek yüksek bulunmuştur. Katılımcılar sırasıyla en yüksek desteğin aile, arkadaş ve eş alt boyutlarından algıladıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların demografik bilgileri göz önünde bulundurulduğunda bu durumun beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir. Demografik dağılım, PKOS'lu kadınların önemli bir bölümünün eğitilmiş ve iş hayatında aktif olduğunu, aynı zamanda aile desteği alabilecekleri evlilik/ilişki içinde olduklarını göstermektedir. Literatüre bakıldığında sosyal destek genellikle bireyin sosyal çevresindeki çeşitli kaynaklardan sağlanmaktadır. Bu kaynaklar arasında aile, arkadaşlar, meslektaşlar ve toplumdaki diğer sosyal gruplar yer almaktadır (Eker, 2001; Uyan, 2014).

Örneklemde duygu düzenleme gücü orta ve yüksek bulunmuştur. Elde edilen duygu düzenleme zorluğu düzeyleri, PKOS'lu kadınların ruhsal açıdan risk altında olabileceğine dair literatürle uyumludur (Garad vd., 2011; Dokras vd., 2012; Cooney vd., 2017; Bazarganipour vd., 2013). Nitekim PKOS'lu bireylerde anksiyete ve depresyon yaygınlığı genel popülasyona göre belirgin derecede yüksektir (Cooney vd., 2017). Bu durum, kronik bir endokrin bozukluk olan PKOS'un hormonal dengesizlikleri sonucu duygudurum dalgalanmaları ve stres yanıtında bozulmalar yaşanmasıyla ilişkilendirilmektedir. Özellikle serotoninindeki yetersizlik ve HPA eksen aktivasyonunun, duyguları düzenleme kapasitesini düşürdüğü ve PKOS'lu kadınları duygusal olarak

kırılgan hale getirdiği bildirilmektedir (Góral vd., 2024). Mevcut çalışmada da PKOS’lu kadınların belirgin düzeyde duygu düzenleme güçlüğü yaşamaları, bu biyopsikososyal mekanizmaların bir yansıması olabileceğini düşündürmektedir.

Örneklemin yeme davranışlarına ilişkin elde edilen bulgular ele alındığında en yüksek puanlar duygusal yeme boyutunda gözlemlenirken; sırasıyla dışsal yeme ve kısıtlayıcı yeme ölçek ortalamasının üzerindedir. Genel olarak bulgular, PKOS’lu kadınların yeme davranışlarında özellikle duygusal ve dışsal yeme eğilimlerinin belirgin olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum literatürde vurgulanan “kısır döngü” ile uyumludur: PKOS’un fizyolojik etkileri (örneğin hormonal dalgalanmalar, insulin direnci) ve psikososyal yükü, duygusal yemeyi tetikleyebilirken; duygusal yeme ise kilo alımını ve metabolik bozuklukları artırarak PKOS semptomlarını kötüleştirebilmektedir (Yang vd., 2024). Özellikle vücut imajı bozuklukları (hirsutizm, akne, obezite nedeniyle) ve depresyonun, PKOS’lu kadınlarda ergenlikten itibaren duygusal yeme davranışını başlatan önemli etkenler olduğu belirtilmiştir (Stegers-Theunissen vd., 2020). Duygusal yeme, bireyin duygusal sıkıntı anında yiyeceği bir kaçış mekanizması olarak kullanması anlamına gelir ve sağlıklı bir baş etme yöntemidir (Burnatowska vd., 2023). Bununla birlikte, duygusal yeme, kişinin duygusal düzenleme becerilerindeki eksikliklerin bir göstergesi olarak da kabul edilmektedir (Yang vd., 2024). Mevcut bulgular da PKOS’lu kadınların duygularıyla baş etmekte zorlandıklarında yiyeceğe yöneldiklerini ve bu davranışın muhtemelen geçici rahatlama sağlarken uzun vadede kısır döngüye girerek sağlıklarını riske attığını düşündürmektedir. Ayrıca, kısıtlayıcı yeme davranışının varlığı, bazı katılımcıların aşırı yeme döngüsünü dengelemek veya kilo alma korkusuyla kendilerini yemekten mahrum bırakma eğiliminde olabileceklerini göstermektedir. Bu dalgalı yeme davranışları paterni, literatürde PKOS’lu kadınlarda sıkça rapor edilen bulimiya benzeri döngülere işaret edebilir. Bir derlemede, PKOS’lu kadınların bulimiya nervoza görülme oranının %12, tıknırcasına yeme bozukluğu oranının %42 olduğu belirtilmiştir (Góral vd., 2024). Bu yüksek oranlar, PKOS’lu bireylerin önemli bir kesiminin klinik düzeyde yeme bozuklukları riski taşıdığını göstermektedir. Bu araştırma kapsamında katılımcılar için klinik teşhis değerlendirmesi yapılmamış olsa da yüksek duygusal/dışsal yeme puanları ışığında benzer risklerin var olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, daha sonra tartışılacağı üzere algılanan sosyal desteğin artması da kısıtlayıcı yeme davranışını arttırmaktadır.

5.3. ALGILANAN SOSYAL DESTEK, DUYGU DÜZENLEME VE YEME DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ FARK ANALİZLERİNİN TARTIŞILMASI

Algılanan sosyal destek puanlarının yaşın ilerlemesiyle, evli olma durumuyla, eğitim düzeyinin yükselmesiyle, aileden ayrı yaşama durumuyla ve kişinin çevresinden destek aldığını düşünmesi gibi durumlarda arttığı görülmektedir. Bu bulgular genel olarak değerlendirildiğinde, sosyal destek algısının önemli demografik faktörlerle ilişkili olabildiği, özellikle aile ve eş desteğinin yaşam evresi ve medeni duruma göre değişebileceği görülmektedir ve literatürle uyumludur (Zimet vd., 1990). Çin’de yapılan bir çalışmada yaş, medeni durum (evli/tek), eğitim düzeyi, aylık gelir, çocuk sayısı, yalnız yaşama durumu ve çocuklarla yakın ilişki gibi demografik faktörlerin hem nesnel destek hem öznel destek hem de destek kullanımı boyutlarında anlamlı farklılıklara yol açtığını göstermiştir (Fang vd., 2022). Bu çalışmada bekar katılımcılar evlilere kıyasla daha düşük sosyal destek düzeyi bildirirken; eğitim seviyesi arttıkça, yaş ilerledikçe sosyal destek algısının yüksek olduğu görülmüştür (Fang vd., 2022). Literatürde de daha yüksek eğitim düzeyinin, bireylerin psikososyal kaynaklarını (örn. başa çıkma becerileri, öz yeterlik) arttırarak ruh sağlığını olumlu etkilediği bildirilmektedir (Cui vd., 2019). Bununla birlikte, geniş örneklemli çalışmalar da evli olmanın, kişi ister psikiyatrik bir soruna sahip olsun ister olmasın, algılanan sosyal desteği olumlu yönde etkilediğini ortaya koymuştur (Vaingankar vd., 2020).

Benzer şekilde duygu düzenleme güçlüğü, yaşın ilerlemesiyle, evli olma durumuyla, eğitim düzeyinin yükselmesiyle ve kişinin çevresinden destek aldığını düşünmesi gibi durumlarda azaldığı görülmektedir. Bu bulgu, yaş ilerledikçe PKOS’lu kadınların duygularını daha iyi düzenleyebildiklerini, özellikle genç yetişkinlik döneminde duygusal regülasyon sorunlarının daha belirgin olduğunu göstermektedir. Bu araştırmanın bulguları da 18–25 yaş grubundaki kadınların DERS toplam puan ortalaması en yüksek seviyedeysen, 42+ yaş grubunda bu ortalama en düşük seviyededir. Bu veriler, gelişimsel olarak da anlamlıdır; genel popülasyona bakıldığında ileri yaş ile duygusal olgunluk ve duygu düzenleme becerilerinin arttığı literatürde yer bulmuştur. Örnek

olarak, Carstensen ve arkadaşları (2000), 18–94 yaş aralığındaki 184 yetişkini kapsayan bir deneysel çalışmada, katılımcıların bir hafta boyunca gün içinde yaşadıkları duygu durumlarını anlık bildirim yöntemiyle değerlendirmiştir. Sonuçlar, olumlu duyguların sıklığının yaşla birlikte anlamlı bir değişim göstermediğini; olumsuz duyguların ise 60 yaşına kadar düzenli bir şekilde azaldığını, ardından sabitlendiğini ortaya koymuştur. Ayrıca, ileri yaşlardaki katılımcıların duygu deneyimlerinde daha fazla çeşitlilik ve duygusal kararlılık gözlenmiş; olumlu ruh hallerini daha uzun süre sürdürürken olumsuz ruh hallerinin daha hızlı kaybolduğu belirlenmiştir (Carstensen vd., 2000). Urry ve Gross'un (2010) derlemesi olan bir başka çalışmada, yaşlanmayla birlikte duyguları düzenleme stratejilerinde belirgin bir farklılaşma olduğu savunulmaktadır. İleri yaştaki bireyler, stresli durumlardan kaçınma ve olumlu uyaranlara yönelme, bilişsel yeniden değerlendirme gibi tepki öncesi odaklı yöntemleri baskılama yerine tercih etmektedir. Bu sayede yaşlı bireylerin gençlere kıyasla ruh hallerini daha iyi koruyup olumsuz duyguları daha etkin düzenleyebildiklerini göstermektedir (Urry & Gross, 2010). Yaşla gelen yaşam deneyimi, başa çıkma stratejilerinin çeşitlenmesi ve stresörlerin değişimi gibi faktörler, daha ileri yaştaki PKOS'lu kadınların duygusal dalgalanmaları daha iyi yönetebilmesini açıklayabileceği düşünülmektedir.

Partner desteği, duygusal doğrulamayı kolaylaştırarak bireyin duygu düzenleme becerilerini güçlendirebilir. Evlilik ve yakın ilişkilerin, psikolojik iyi oluş ve duygu yönetimi üzerinde pozitif etkisi olabileceği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (Vaingankar vd., 2020). PKOS seyri açısından bakıldığında yaşadıkları fiziksel semptomlar nedeniyle bekâr kadınların yalnızlık, gelecek kaygısı veya toplumsal baskılar nedeniyle duygularını kabulde zorlandığı ve kafalarının daha karışık olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, eğitim seviyesinin artmasıyla daha az duygu düzenleme güçlüğü yaşanmasının olası nedeni eğitim düzeyi daha yüksek olan bireylerin genel olarak problem çözme, bilgiye erişim ve kendini ifade etme becerilerinin daha gelişmiş olduğu düşünülebilir. Yüksek eğitim ayrıca sosyoekonomik statüyle ilişkili olup, stres kaynaklarını azaltıcı bir rol oynayabilmektedir. Bazı araştırmalar da eğitim düzeyi arttıkça depresyon ve anksiyete riskinin azaldığını, psikososyal başa çıkma kaynaklarının arttığını bildirmekte olup (Cui vd., 2019; Niemeyer vd., 2019) bulgularla benzerlik göstermektedir.

Yeme davranışları puanlarına bakıldığında ise, yaş ilerlemesi ile değişim gözlenmemektedir. Bu sonuç, PKOS tanısı olan her kadının hangi yaş grubunda olursa

olsun yeme sorunları açısından risk altında olduğunu göstermektedir. Yani genç kadınlar da orta yaşlı kadınlar da duygusal yeme veya diğer yeme tarzları açısından benzer risk profiline sahiptir. Literatürde de genç PKOS'lu kadınların beden imajı kaygısı ve yeme bozukluklarına yatkınlığı daha önce bulgulanmıştır (Bazarganipour vd., 2013; Garad vd., 201). Yüksel ve arkadaşları (2024), 18–25 yaş arasındaki 112 PKOS'lu genç kadın ile eş yaştaki 110 sağlıklı bireyin yer aldığı kontrol grubunu karşılaştırmış; sonuçta PKOS grubunda patolojik yeme davranışları prevalansı %25,5 iken kontrol grubunda yalnızca %2,7 olarak bulunmuştur. Bu güçlü fark, genç yaşta PKOS'un hormonal düzensizlikler ve beden algısı kaygıları aracılığıyla sorunlu yeme davranışları geliştirme riskini artırabileceğini göstermektedir (Yüksel vd., 2024). Ancak daha az çalışma orta yaşlı PKOS'lu kadınlarda da duygusal ve kontrolsüz yeme davranışlarının sık görülebildiği bildirmiştir. Oulu Üniversitesi'nin yakın tarihli bir çalışması, PKOS'lu orta yaş kadınlarda duygusal ve kontrolsüz yemenin gençlere kıyasla daha yaygın olduğunu vurgulamıştır (Pesonen vd., 2025). Buna karşılık, bu araştırma kapsamında sadece PKOS'lu kadınlar grubu kendi içinde yaşa göre karşılaştırıldığı için, ele alınan tüm yaş grupları halihazırda genel popülasyona göre yüksek risk altında olduğu için aralarındaki fark bulgulanamamıştır. Dolayısıyla sonuçlar yeme davranışları sorunlarının sadece belli bir yaşa özgü olmayıp PKOS'un her yaş döneminde önem taşıyan bir boyutu olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca, PKOS tanı süresi arttıkça duygusal yeme davranışının arttığı gözlemlenmiştir. Bu bulgu, hastalıkla çok uzun süre yaşamış olmanın, belki de yıllar içinde biriken hayal kırıklıkları, kilo verme çabaları veya kronik stres nedeniyle duygusal yeme eğilimini artırdığı şeklinde yorumlanabilmektedir. PKOS ile geçen süre uzadıkça duygusal yeme riski artmakta ve genel olarak yeme davranışları daha olumsuz bir profile bürünmektedir.

Psikoterapi desteği almış olan bireylerin ise, almayanlara göre daha çok duygusal yeme sergilediği gözlemlenmiştir. Araştırmaya katılım gösterdikleri zaman diliminde halihazırda terapi desteği alan bireylerde duygusal yeme davranışının yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgular, psikolojik destek ihtiyacı duyarak terapiye yönelen kadınların aslında duygusal yeme ve genel olarak sağlıksız yeme davranışları konusunda daha fazla sorun yaşadıkları şeklinde yorumlanabilir. Terapi ihtiyacının kendisi, duygusal alanda yaşanan güçlüklerin bir göstergesi de olabilir. Terapi sürecinde olan kadınların, genellikle ya duygusal yeme sorununu çözmek için terapi aldıkları ya da depresyon, anksiyete gibi problemler nedeniyle terapiye devam ettikleri ve bu problemlerin duygusal

yeme davranışını tetikliyor olabileceği öngörülmektedir. Her iki durumda da bu grupta duygular ve yeme arasındaki bağlantı daha güçlü görünmektedir. Terapi desteği almayan grubun duygusal yeme puanlarının biraz daha düşük olması, bu grubun henüz yardım arayacak düzeyde bir sorun hissetmemesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ancak unutmamak gerekir ki, aradaki fark olsa da terapi desteği almayan grupta da duygusal yeme ortalaması azımsanmayacak bir düzeydedir. Yani sorunun tamamen ortadan kalkmadığı, sadece terapi desteği alan grup kadar yüksek olmadığı görülmektedir.

Elde edilen bulgulara göre, aileden destek aldığını belirten katılımcılarda kısıtlayıcı yeme davranışı daha fazla görülmüştür. Bu durum, sosyal destek hisseden kadınların, diyet ve yeme konusunda daha kontrollü ve kısıtlayıcı davranabildiklerini düşündürmektedir. Yakın çevreden gelen desteğin kişiyi sağlıklı beslenme konusunda motive ettiği veya diyetle istikrar sağlıyor olabileceğini düşündürmektedir. Örneğin, ailesi ya da arkadaşları tarafından desteklenen bir kadın, diyet koşullarına uyma konusunda kendini daha sorumlu hissedebilir ve yeme kısıtlamalarına daha fazla riayet edebilir. Buna karşılık, destek görmediğini düşünen kadınların destek ve denetim düşüncelerinin olmaması nedeniyle diyet kısıtlamalarını daha kolay bozuyor olabildiklerini düşündürmektedir. Sosyal desteğin, kişinin disiplinli yeme davranışı (kısıtlama) üzerinde olduğunu, duygusal atakları doğrudan engelleyemese de kişinin planlarına sadık kalmasını kolaylaştırdığını düşündürmektedir. Bu bulgu literatür (Bond vd., 2024; Conceição vd., 2020) ile de uyumlu bulunmuştur.

5.4. ALGILANAN SOSYAL DESTEK, DUYGU DÜZENLEME VE YEME DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ ANALİZLERİNİN TARTIŞILMASI

Araştırmanın bulgularına göre, algılanan sosyal destek puanları yükseldikçe duygu düzenleme güçlüğü azaldığı görülmektedir. Bu bulgu, algılanan sosyal desteğin bir bütün olarak, PKOS'lu kadınların duygusal regülasyonunda önemli bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir ve araştırmanın H2 hipotezini doğrulamaktadır. Çevresinden daha çok destek gören bir PKOS'lu kadının, hastalığın getirdiği stres ve duygudurum değişimleriyle başa çıkmada daha başarılı olma olasılığının olduğu düşünülmektedir. Ekbäck ve arkadaşları (2014) da sosyal desteğin Sağlıkla İlişkili Yaşam

Kalitesi ile anlamlı derecede olumlu korelasyon gösterdiğini; özellikle hirsutizm sonucu ortaya çıkan sorunlarla baş etme kapasitesinde sosyal desteğin klinik uygulamada dikkate alınması gereken bir faktör olduğunu ortaya koymuştur. Literatürde sosyal desteğin, stres tepkisini fizyolojik düzeyde bile azaltabildiği, örneğin yüksek destek algısının kortizol salınımını düşürdüğü ve böylece duygusal reaksiyonları yatıştırdığı bildirilmektedir. (Heinrichs vd., 2003). Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgulara göre, aile desteği aldığını belirten katılımcılar daha az duygu düzenleme güçlüğü yaşamaktadırlar. Aile desteğinin güçlü olması, PKOS gibi stres yaratan bir hastalıkta kadının emosyonel yükünü azaltarak duygu düzenleme kapasitesini artırabilir (Cohen & Wills, 1985). Literatürde de sosyal destek düzeyi arttıkça duygusal sıkıntının ve düzenleme güçlüğü azaldığı pek çok çalışmada rapor edilmiştir (Acoba, 2024). Wang ve arkadaşları (2023), PKOS’lu kadınlarda sosyal desteğin yüksek olmasının psikolojik sağlamlıkla ilişkili olduğunu, sosyal desteği fazla olanların depresyon/anksiyete skorlarının daha düşük seyrettiğini belirtmişlerdir. Mevcut araştırmanın bulguları söz konusu literatürü doğrular niteliktedir.

Alt boyutlara bakıldığında eş desteği, duygusal netlik ve strateji yetersizliği; arkadaş desteği, dürtü kontrolü ve etkili strateji kullanma ile ilişkili olduğu görülmektedir. Wang ve arkadaşlarının (2023) PKOS tanılı 14 kadın ile yürüttükleri çalışmada bir kadın eş desteği ile ilgili şu ifadeleri kullandığı dikkat çekmiştir: *‘Kişinin kocası tarafından desteklenmesi önemlidir. Onun beni desteklemesi duygularımı yönetmeme yardımcı olabilir ve bana farklı bir bakış açısı verebilir. O etraftayken duygusal olarak daha istikrarlı olabilirim.’* (Wang vd., 2023). Arkadaş desteği yüksek olan kadınların ise, duygusal açıdan bunaldıklarında dürtüsel davranışlara (örneğin aşırı yeme, öfke patlaması vb.) daha az yönelmesi ve problem çözme stratejileri bulmada daha başarılı olması anlaşılabilir bir durumdur. Yakın arkadaşlarla duyguları paylaşmak, stresli durumlarda tavsiye ve duygusal rahatlama sağladığı için, bireyin tek başına kaldığı duruma kıyasla daha kontrollü tepkiler vermesine yardımcı olabilir (Thoits, 2011). Thoits (2011) derleme çalışmasında, yakın arkadaşlarla yapılan duygusal paylaşımın hem bilişsel yeniden çerçevelemeyi kolaylaştırdığı hem de kortizol tepkisini hafifleterek bireylerin stres anında daha kontrolü tepkiler vermesine olanak tanıdığını vurgulamıştır (Thoits, 2011). Dolayısıyla bu çalışmada elde edilen bulgu literatürle uyumlu bulunmaktadır. Sonuçlar da PKOS bağlamında bu genel psikobiyolojik mekanizmanın geçerli olabileceğine işaret etmektedir.

Algılanan sosyal destek ve yeme davranışları ilişkisine baktığımızda algılanan sosyal destek arttıkça çok güçlü bir etki olmasa da duygusal yeme davranışı azalmaktadır. Bu bulgu, sosyal desteği fazla olan kadınların duygusal yeme davranışına biraz daha az başvurduklarını, özellikle toplam sosyal destek puanındaki artışın duygusal yemeyi azaltıcı yönde etkili olabileceğini göstermektedir. Sosyal destek, duygusal yemenin altında yatan stres, üzüntü gibi duyguları tamponlayarak bireyin yemek yeme davranışını bir baş etme aracı olarak kullanma ihtiyacını azaltabilir. Bu mekanizma, literatürde “sosyal destek hipotezi” olarak da anılır ve yüksek sosyal desteğin zorlayıcı yaşam olaylarının sağlığa olumsuz etkilerini zayıflatığı çalışmalarda gösterilmiştir (Cohen & Wills, 1985; Thoits, 1982). Literatürde, günlük hayatta alınan duygusal desteğin strese bağlı yemeyi ve uzun vadede buna bağlı kilo artışını azalttığı, yakın arkadaş veya eş gibi güvenilir kişilerden gelen desteğin ise stres altında yaşanan olumsuz duyguları tamponlayarak yiyeceği bir baş etme aracı olarak kullanma ihtiyacını düşürdüğü gösterilmiştir. Park ve arkadaşları (2025) üniversite katılımcılarının günlük destek algısını strese bağlı yeme davranışıyla ilişkilendirerek, yüksek sosyal desteğin hem strese bağlı yeme eğilimini hem de on yıl sonraki BKİ artışını engellediğini bulmuştur (Park vd., 2025). Benzer şekilde, Xiao ve arkadaşları (2023) iki deneysel çalışmada, en yakın arkadaşından destek alan katılımcıların stres altında daha az olumsuz duygu yaşadıklarını ve daha az abur cubur tükettiklerini belirterek, sosyal desteğin duygusal yeme davranışını önlemedeki koruyucu etkisini deneysel olarak doğrulamıştır (Xiao vd., 2023). Mevcut sonuçlarımız da PKOS bağlamında literatürle uyumlu bir tablo çizmektedir.

Bu bulgular ışığında değerlendirildiğinde algılanan sosyal desteğin sağlıksız yeme davranışlarını azaltıcı bir etkiye sahip olduğu söylenebilmektedir. Bu sonuç, daha yüksek sosyal destek algısına sahip bireylerde, emosyonel yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme gibi davranışların daha az görülmesi beklenmektedir şeklindeki H3 hipotezini kısmen doğrulanmıştır.

Elde edilen bulgulara göre, algılanan sosyal destek arttıkça kısıtlayıcı yeme davranışının arttığı gözlemlenmektedir. Bu sonuç, sosyal destek arttıkça kısıtlayıcı (diyet yapıcı) yeme davranışının da arttığını göstermektedir. İlk bakışta çelişkili gibi görünen bu bulgu, aslında destekleyici çevrenin sağlıklı yaşam tarzını teşvik etmesiyle açıklanabilmektedir. Yakınları tarafından destek gören bireylerin, kilo verme veya diyet yapma konusunda daha motive olabilir ve çevresindekilerin teşviğiyle yeme alışkanlıklarını kısıtlama yönünde adımlar atabilecekleri düşünülmektedir. Örneğin, aile

üyeleri veya eş, PKOS'lu kadının diyetine uymasını kolaylaştırıcı bir ortam sağlayabilir (sağlıklı yemek hazırlama, birlikte egzersiz yapma gibi) ve bu da kısıtlayıcı davranışı sürdürebilmesine destek verebilir. Sosyal desteğin özellikle kilo kontrolü programlarında önemli bir başarı faktörü olduğu literatürde de yer bulmuştur. Bond ve arkadaşları (2023) ile Conceição ve arkadaşlarının (2020) çalışmalarında, algılanan sosyal desteğin yalnızca duygusal ve pratik açıdan değil, aynı zamanda beslenme davranışlarının düzenlenmesinde de belirleyici bir rol oynadığı gösterilmiştir. Bond ve arkadaşları (2023) tarafından metabolik ve bariatrik cerrahi geçiren bireylerde günlük ağırlık yönetimine odaklı sosyal desteğin, bilişsel kısıtlama stratejilerinin kullanımını anlamlı biçimde artırdığı; böylece ameliyat sonrası dönemde hem diyet uyumunun hem de uzun dönem kilo kontrolünün güçlendiği bulunmuştur. Benzer şekilde, Conceição ve arkadaşları (2020) obezite tedavisi gören katılımcıların aile ve arkadaşlardan algıladıkları destek ile DEBQ bilişsel kısıtlama puanları arasında pozitif ilişki tespit etmiş; yüksek sosyal desteğin, diyet kısıtlaması ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının benimsenmesini kolaylaştırdığı rapor edilmiştir. Bu bulgular, çalışmamızda gözlenen sosyal destek ile kısıtlayıcı yeme davranışı arasındaki olumlu ilişkiyi destekleyerek, destekleyici bir sosyal çevrenin bireylerin bilinçli beslenme kararları almalarında kritik bir etken olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmamızda sosyal destek alan kadınların bir ölçüde daha fazla kısıtlayıcı yeme puanına sahip olması, onların kontrollü yeme çabalarında sadık kalmalarına destek olduklarına işaret edebilir. Bununla birlikte, kısıtlayıcı yeme ile sosyal destek arasındaki ilişkinin yönü konusunda dikkatli olunmalıdır; çünkü aşırı kısıtlama da zamanla başarısız olup duygusal yeme ataklarına dönüşebilir. Bu nedenle, yakın çevrenin desteğinin sağlıklı ve dengeli beslenme yönünde olmasının, çok katı diyet baskısından ziyade sürdürülebilir yaşam tarzı değişikliklerini teşvik etmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Bu bulgular ışığında değerlendirildiğinde araştırmamızın H3. hipotezi kısmen doğrulanmıştır.

Bulgularımıza göre, duygusal düzenleme güçlüğü yaşayan kişiler daha çok duygusal yeme ve dışsal yeme davranışı sergilemektedir. Yani duygularını düzenlemekte daha çok zorlanan kadınlar, olumsuz duygular yaşadıklarında yeme davranışına o denli fazla yönelmektedir. Literatürde de benzer yönde bulgular mevcuttur. Guerrini Usubini ve arkadaşları (2021) genç erişkinlerde yaptıkları bir çalışmada, DERS toplam puanı ile duygusal yeme arasında anlamlı korelasyon saptamışlardır. (Guerrini Usubini vd., 2021). Belirtilen çalışma ile bulgularımız arasında benzer ilişki saptanmıştır ve duygusal yeme ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki kuvvetli bağı teyit etmektedir. Bu ilişkinin olası

nedenlerinin, duygularını sağlıklı biçimde yönetemeyen bireylerin olumsuz duygu durumundan “kaçmak” veya rahatlamak için yemeğe yönelmeleri olduğu düşünülmektedir. Duygu düzenleme becerisi düşük olduğunda, kişi üzüntü, stres, öfke gibi duygularla başa çıkmak için daha kolay ulaşılabilir ve anlık haz veren bir yöntem olan yeme davranışını kullanabilir. Bu da duygusal yeme döngüsünü besler. Olumsuz duygusal deneyimler, yeme davranışının düzenlenmesinde belirleyici bir rol oynar (Davis & Fox, 2008; Ozenoglu & Nal, 2015). Çalışmalar depresyon ve anksiyete düzeylerinin yükselmesiyle duygusal yeme eğilimleri arasında güçlü bağlantılar olduğunu ortaya koymaktadır (Dakanalis vd., 2023). Yüksek anksiyete ya da depresyon göstergeleri, Hipotalamik–Hipofiz–Adrenal (HPA) ekseninin kronik biçimde aktive olmasına ve buna bağlı olarak kortizol salınımının artmasına neden olur; eşzamanlı olarak dopamin ve serotonin salınımı baskılanmaktadır. Bu nöroendokrin dengesizlik, bireylerin duygusal gerilimi azaltmak amacıyla besin alımını bir baş etme stratejisi olarak kullanmalarını kolaylaştırmaktadır (Chang vd., 2022). Çalışmamızdaki PKOS’lu kadınlar arasında da benzer mekanizmaların işlediğini ve duygusal zorlukların doğrudan yeme davranışlarına yansıdığını ön görebiliriz. Çalışmamızda dışsal yeme davranışının yüksek bulunması, duygularını düzenlemekte zorlanan bireylerin sadece duygusal tetikleyicilerle değil, çevresel yiyecek ipuçlarıyla da daha fazla yeme davranışı gösterebildiğini düşündürmektedir. Bu durum duygu düzenleme güçlüğü yaşayan bireylerin dikkat ve öz denetim becerilerinin zayıflaması olduğunu düşündürmektedir. Duygusal stres altındayken, beyin önceliği duygusal uyaranlara verdiğinden, kişi dışsal yiyecek uyaranlarına karşı daha savunmasız hale gelebilir.

Schneider-Worthington ve arkadaşları (2022), ergenlik çağındaki gençlerde dışsal yiyecek uyaranlarına duyarlılık ile anlık duygu durumları arasındaki etkileşimi araştırmıştır. 13–17 yaşları arasındaki 78 kardeş çiftinin katıldığı ekolojik anlık değerlendirme çalışmasında, bir gün sunulan lezzetli yiyecek (pizza) sonrası enerji alımı ile bir sonraki gün yapılan okuma aktivitesi sonrası enerji alımı karşılaştırılarak bireysel dışsal uyaran duyarlılığı hesaplanmıştır. Hem olumlu hem de olumsuz duygulanımın yeme olasılığı ile ilişkisi, bu uyaran duyarlılığı düzeyiyle birlikte değerlendirilmiştir. Yüksek uyaran duyarlılığına sahip ergenlerde, olumlu duygulanım anlarında yeme olasılığı anlamlı derecede artarken, olumsuz duygulanım anlarında azalma gözlenmiş; bu da dışsal ve içsel uyaranların birlikte işleyerek açlık-tokluk sinyallerini bastırma potansiyelini göstermiştir (Schneider-Worthington vd., 2022). Bu çalışmada elde edilen

bulgular duygusal düzenleme güçlüğü yaşayan bireylerde açlık hissetmeler bile çevresel yiyecek uyarılarının otomatik olarak tetiklediğini dışsal yeme davranışlarının duygusal tetikleyicilerden bağımsız olmadığını ortaya koymaktadır.

Bu çalışma kapsamında elde edilen bulgular, duygu düzenleme güçlüklerinin PKOS'lu kadınlarda sağlıklı yeme davranışlarıyla belirgin şekilde ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgular, literatürde genel popülasyon ve diğer klinik gruplar için elde edilen sonuçlarla tutarlılık göstermektedir. Örneğin Burnatowska ve arkadaşlarının (2023) sistematik derlemesi, PKOS'lu kadınlarda aşırı androjen düzeyleri ve HPA eksenii hiperaktivasyonunun mesolimbik dopamin sistemini bozarak inhibitör kontrol mekanizmalarını zayıflatıldığını, bunun da duygudurum dalgalanmaları sırasında denetimsiz yeme davranışlarına, özellikle duygusal yeme, tıknırcasına yeme bozukluğu ve gece yeme sendromu, yatkınlığı artırdıldığını göstermektedir (Burnatowska vd., 2023). Derleme, PKOS'lu kadınların %30–50'sinin duygusal yeme sergiledıldığını bildirerek, bu grubun duygusal regülasyon güçlükleri nedeniyle patolojik yeme döngüsüne girmeye ne denli eğilimli olduğunu ortaya koymaktadır. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir başka çalışmada olumsuz duyguları düzenleyememenin özellikle tıknırcasına yeme epizodlarının sıklıldığını artırdıldığını göstermiştir (Whiteside vd., 2007). Çalışmamız da PKOS özelinde bu ilişkiyi destekleyerek, metabolik-endokrin bir bozukluk olan PKOS'un yeme davranışlarına etkisinin sadece biyolojik mekanizmalarla değil, psikolojik mekanizmalarla da açıklanabileceğini vurgulamaktadır.

6 SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Bu çalışma, polikistik over sendromu (PKOS) tanısı almış kadınlarda algılanan sosyal desteğin, duygu düzenleme güçlükleri ve yeme davranışları üzerindeki ilişkisini ve aracı rolünü incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma sonuçları, duygu düzenleme güçlüğü arttıkça algılanan sosyal desteğin azaldıldığını göstermektedir. Bu durum, bireylerin duygularını düzenleyemediğinde sosyal

çevrelerinden çekilme eğilimine girdiğini, destek arama ve değerlendirme süreçlerinde yanlılıklar yaşayabildiğini ortaya koymuştur. Duygu düzenleme güçlüğü yaşayan bireylerde, özellikle duygusal yeme davranışlarının arttığı; ancak sosyal destek düzeyi yüksek olmasına karşılık bu etkileşimin doğrudan ve anlamlı biçimde azaltmadığı saptanmıştır. Sosyal desteğin yeme davranışları üzerindeki aracılık rolünün beklenen ölçüde etkili olmadığı bulgulanmıştır. Bunun nedenleri arasında sosyal desteğin yeme davranışlarıyla ilgili spesifik yönlendirmeler içermemesi, PKOS'a özgü biyolojik faktörlerin (örn. insülin direnci, hormonal dalgalanmalar) bu ilişkiyi gölgelemesi ve bireylerin sosyal desteği etkin kullanma becerisinin eksik olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, duygu düzenleme güçlüğü yeme davranışları üzerinde güçlü ve doğrudan bir etkiye sahip olup, sosyal desteğin bu etkileşimi tamamen tamponlayamadığı görülmüştür. Bu bulgular, sosyal desteğin PKOS'lu kadınlarda sağlıklı yeme davranışlarını azaltmadaki aracılık rolünün sınırlı olduğunu ortaya koymuştur ve H1 hipotezi bu nedenle doğrulanmamıştır.

Demografik bulgular, katılımcıların çoğunluğunun genç yetişkin, eğitim düzeyi yüksek, evli ve aktif çalışan kadınlar olduğunu göstermiştir. Bu bağlamda, örneklemde algılanan sosyal destek düzeyi yüksek, duygu düzenleme güçlüğü orta-yüksek ve yeme davranışları (özellikle duygusal yeme) yüksek bulunmuştur. Duygusal yemeye ek olarak kısıtlayıcı yeme davranışının da yüksek bulunması, bazı kadınların kilo kontrolü veya beden algısı kaygısıyla aşırı yeme davranışlarını dengelemek amacıyla kısıtlayıcı stratejilere başvurabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, terapi desteği alan katılımcıların duygusal yeme puanlarının daha yüksek olması, bu grubun psikolojik desteğe yönelmesinin duygu düzenleme güçlükleriyle ve sağlıklı yeme davranışlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi gibi demografik değişkenlerin algılanan sosyal destek ve duygu düzenleme güçlüğü üzerinde anlamlı etkileri bulunmuştur. Yaş ilerledikçe ve eğitim düzeyi arttıkça sosyal destek algısının yükseldiği, duygu düzenleme güçlüğü azaldığı görülmüştür. Bu bulgular, sosyal destek algısının yaşam evresi, eğitim seviyesi ve partner desteği gibi faktörlere bağlı olduğunu ve bireyin duygusal regülasyon becerilerini destekleyebileceğini göstermektedir. Ancak, yeme davranışları açısından yaşın etkisi gözlemlenmemiş, PKOS'lu kadınların her yaş grubunda duygusal ve dışsal yeme davranışları açısından risk altında olduğu ortaya konmuştur. PKOS tanı süresi uzadıkça duygusal yeme davranışının arttığı ve terapi desteği almış olanların bu davranışa daha yatkın olduğu da belirlenmiştir.

Ayrıca, aile desteği aldığını belirten bireylerde kısıtlayıcı yeme davranışının daha yüksek olması, sosyal desteğin sağlıklı beslenme alışkanlıklarını destekleme potansiyelini düşündürmektedir. Algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça duygu düzenleme güçlüğü azaldığı bulunmuş ve H2 hipotezi doğrulanmıştır. Özellikle, aile ve arkadaş desteğinin, duygusal regülasyon becerilerinin güçlenmesine katkıda bulunduğu gözlemlenmiş olup algılanan sosyal destek düzeyi, yeme davranışları üzerinde kısmen etkili bulunmuştur. Yüksek sosyal destek, duygusal yeme davranışlarını zayıf da olsa azaltırken, kısıtlayıcı yeme davranışlarını artırdığı gözlemlenmiştir. Bu durum, destekleyici sosyal çevrenin bireylerin sağlıklı yaşam tarzı hedeflerini destekleyebileceği, ancak aşırı kısıtlamaların da duygusal yemeye dönüşebileceği riskine dikkat çekmektedir. H3 hipotezi kısmen doğrulanmıştır.

Son olarak, duygu düzenleme güçlüğü ile duygusal ve dışsal yeme davranışları arasında güçlü bir ilişki bulunmuş, bu da PKOS'lu kadınlarda sağlıklı yeme davranışlarının duygusal regülasyon zorluklarıyla yakından ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

PKOS'lu kadınlarda sosyal destek, duygu düzenleme ve yeme davranışları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapılan çalışma kapsamında elde edilen sonuçlar, sosyal desteğin yalnız başına yeme davranışlarını düzenlemede yeterli olmadığını göstermiştir. Buna bağlı olarak, özellikle duygu düzenleme becerilerini hedefleyen psikolojik müdahalelerin önemine dikkat çekmiştir. Sosyal destek, duygu düzenleme güçlüğü üzerinde belirgin bir tampon etkisine sahipken, yeme davranışları üzerindeki etkisi daha sınırlı kalmıştır. PKOS'a özgü biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bu ilişkilerde dikkate alınması gerektiği sonucuna varılmıştır. Çalışma, klinik uygulamalar açısından, PKOS'lu kadınlarda sağlıklı yeme davranışlarını azaltmak için sadece sosyal destek artırmaya odaklanmanın yeterli olmayacağını, bunun yanında duygu düzenleme becerilerini güçlendirecek yapılandırılmış psikoterapi yaklaşımlarının kritik olduğunu ortaya koymuştur.

6.2. ÖNERİLER

Çalışmanın bulguları, PKOS'lu kadınların tedavi ve destek planlamasında sosyal ve psikolojik faktörlerin kritik rol oynadığını ortaya koymaktadır. Özellikle, sosyal destek

düzeyinin duygu düzenleme güçlükleriyle yakından ilişkili olduğu ve bu durumun yeme davranışlarını etkileyebileceği görülmektedir. Duygu düzenleme becerilerinin güçlendirilmesi, PKOS yönetiminde önemli bir adım olup psikososyal müdahalelerin (örn. BDT, DDT, farkındalık temelli terapiler) tedavi sürecine entegre edilmesi önerilmektedir. Çalışmada, algılanan sosyal desteğin kısıtlayıcı yeme davranışlarını artırdığı bulunmuştur. Bu durum, bireyin sosyal çevresinden gelen destek mesajlarını, zayıflık, irade ve beden kontrolü gibi toplumsal değerlerle örtüştürerek içselleştirmesiyle, yeme davranışlarını kısıtlayıcı biçimde düzenleme eğilimini artırabileceğini göstermektedir. Bu etkileşim, destek arayışının dolaylı olarak beden imajı üzerindeki baskıyı pekiştirdiği; baskının da yeniden kısıtlayıcı yeme davranışlarını tetiklediği bir kısır döngü yaratmaktadır. Bu nedenle, sosyal desteğin niteliğine ve birey tarafından nasıl yorumlandığına odaklanan psiko-eğitim programlarının geliştirilmesi, bu döngünün fark edilmesi ve sağlıklı yeme davranışlarının desteklenmesi açısından önem arz etmektedir. Bu bağlamda, multidisipliner bir ekip çalışması (kadın doğum uzmanları, endokrinologlar, diyetisyenler ve psikologlar) önem arz etmektedir.

Araştırma bulguları, PKOS'lu kadınların duygusal yeme ve dışsal yeme eğilimlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda yeme davranışlarına yönelik psikoeğitim, farkındalık çalışmaları ve alternatif baş etme stratejilerinin geliştirilmesi önerilmektedir. Ayrıca, PKOS tedavisinde yalnızca fiziksel değil, psikososyal faktörleri de dikkate alan bütüncül bir yaklaşım benimsenmelidir.

Bununla birlikte, çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmakta olup bu sınırlılıklar ve sınırlılıklara bağlı öneriler şu şekildedir:

1. Araştırma kesitsel tasarıma sahip olup değişkenler arasındaki nedensel ilişkiler hakkında çıkarım yapılamamaktadır. Gelecekte, boylamsal ve deneysel çalışmalar önerilmektedir.
2. Veri toplama tamamen öz-bildirim ölçeklerine dayanmıştır; bu durum yanıt yanlılığı riskini taşır. Çoklu bilgi kaynakları kullanılarak doğrulayıcı ölçümler yapılabilir.

3. Örneklem büyük ölçüde genç ve yüksek eğitim düzeyine sahip kadınlardan oluştuğundan bulguların genellenebilirliği sınırlıdır. Daha geniş ve çeşitli örneklemlemlerle tekrarlanması önemlidir.
4. BKİ, hirsutizm, infertilite gibi karıştırıcı değişkenler kontrol edilmemiştir. Ayrıca, kullanılan DERS-16 ölçeği duygu düzenlemeyi genel olarak ölçmekte, bu nedenle duygu düzenlemenin farklı boyutları ayrı ayrı incelenmelidir.

Sonuç olarak, PKOS'lu kadınların biyolojik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını bütüncül bir şekilde ele alan kapsamlı tedavi modellerine ihtiyaç vardır. Gelecek araştırmaların uzunlamasına, deneysel ve niteliksel yöntemlerle desteklenmesi ve biyolojik-psikososyal değişkenleri entegre eden kuramsal modellerin geliştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Acoba, E. F. (2024). Social support and mental health: the mediating role of perceived stress. *Frontiers in Psychology*, 15, 1330720. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1330720>
- Aherne, S. A. (2004). Polycystic ovary syndrome. *Nursing Standard*, 18(26), 40-44. <https://doi.org/10.7748/ns2004.03.18.26.40.c3565>
- Altıntaş, M., & Özgen, U. (2017). Personality trait's effects on eating behaviors. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(5 S), 1797-1810. <https://doi.org/10.24289/ijsser.335318>
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanınal ve istatistiksel el kitabı* (5. Baskı) (DSM-5); Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Hekimler Yayın Birliği.
- Amisi, C. A. (2022). Markers of insulin resistance in polycystic ovary syndrome women: An update. *World Journal of Diabetes*, 13(3), 129-149. <https://doi.org/10.4239/wjd.v13.i3.129>
- Azziz, R. (2018). Polycystic ovary syndrome. *Obstetrics & Gynecology*, 132(2), 321-336. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002698>
- Azziz, R., Carmina, E., Chen, Z., Dunaif, A., Laven, J. S. E., Legro, R. S., Lizneva, D., Natterson-Horowitz, B., Teede, H. J., & Yıldız, B. O. (2016). Polycystic ovary syndrome. *Nature Reviews Disease Primers*, 2(1), 16057. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.57>
- Bakalar, J. L., Shank, L. M., Vannucci, A., Radin, R. M., & Tanofsky-Kraff, M. (2015). Recent advances in developmental and risk factor research on eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 17(6), 42. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0585-x>

- Baker, J. H., Girdler, S. S., & Bulik, C. M. (2012). The role of reproductive hormones in the development and maintenance of eating disorders. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 7(6), 573-583. <https://doi.org/10.1586/eog.12.54>
- Barrea, L., Arnone, A., Annunziata, G., Muscogiuri, G., Laudisio, D., Salzano, C., Pugliese, G., Colao, A., & Savastano, S. (2019). Adherence to the Mediterranean diet, dietary patterns and body composition in women with polycystic ovary syndrome (PCOS). *Nutrients*, 11(10), 2278. <https://doi.org/10.3390/nu11102278>
- Barry, R. A., Lakey, B., & Orehek, E. (2007). Links among attachment dimensions, affect, the self, and perceived Support for broadly generalized attachment styles and specific bonds. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(3), 340-353. <https://doi.org/10.1177/0146167206296102>
- Baykal Selçuk, L., Aksu Arıca, D., & Yaylı, S. (2016). Evaluation of hyperandrogenemia and metabolic risk profile in women with postadolescent acne. *TURKDERM*, 50(2), 54-58. <https://doi.org/10.4274/turkderm.87854>
- Baysal, A. , A. M. , B. H. T. , B. N. , K. S. , M. T. K. , P. G. , M. S. M. , & Y. E. (2008). *Diyet El Kitabı* (5. baskı). Hatiboğlu Yayınevi.
- Bazarganipour, F., Ziaei, S., Montazeri, A., Foroozanfard, F., Kazemnejad, A., & Faghihzadeh, S. (2013). Body image satisfaction and self-esteem status among the patients with polycystic ovary syndrome. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 11(10), 829-836.
- Bazarganipour, F., Ziaei, S., Montazeri, A., Foroozanfard, F., Kazemnejad, A., & Faghihzadeh, S. (2014). Sexual functioning among married Iranian women with polycystic ovary syndrome. *International Journal of Fertility & Sterility*, 8(3), 273-280.
- Berthoud, H.-R. (2011). Metabolic and hedonic drives in the neural control of appetite: Who is the boss? *Current Opinion in Neurobiology*, 21(6), 888-896. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2011.09.004>
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L.-G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., Gumpert, C. H., & Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the Difficulties in

Emotion Regulation Scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 284-296. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x>

Bodenlos, J. S., & Wormuth, B. M. (2013). Watching a food-related television show and caloric intake. A laboratory study. *Appetite*, 61, 8-12. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.10.027>

Bond, D. S., Smith, K. E., Schumacher, L. M., Vithiananthan, S., Jones, D. B., Papasavas, P., Webster, J., & Thomas, J. G. (2024). Associations of daily weight management-focused social support with weight loss, activity behaviors, and eating regulation in the context of metabolic and bariatric surgery. *Obesity Science & Practice*, 10(1). <https://doi.org/10.1002/osp4.717>

Bozan, N. (2009). *Hollanda Yeme Davranışı Anketinin (DEBQ) Türk üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenirliğinin sınanması* [Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].

Bozdağ, G., Mumuşoğlu, S., Zengin, D., Karabulut, E., & Yıldız, B. O. (2016). The prevalence and phenotypic features of polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction*, 31(12), 2841-2855. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew218>

Bulik, C. M., & Tozzi, F. (2004). Genetics in eating disorders: State of the science. *CNS Spectrums*, 9(7), 511-515. <https://doi.org/10.1017/S1092852900009597>

Burnatowska, E., Wikarek, A., Oboza, P., Ogarek, N., Glinianowicz, M., Kocelak, P., & Olszanecka-Glinianowicz, M. (2023). Emotional eating and binge eating disorders and night eating syndrome in polycystic ovary syndrome—A vicious circle of disease: A systematic review. *Nutrients*, 15(2), 295. <https://doi.org/10.3390/nu15020295>

Burton, P., J. Smit, H., & J. Lightowler, H. (2007a). The influence of restrained and external eating patterns on overeating. *Appetite*, 49(1), 191-197.

Burton, P., J. Smit, H., & J. Lightowler, H. (2007b). The influence of restrained and external eating patterns on overeating. *Appetite*, 49(1), 191-197. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.01.007>

- Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U., & Nesselroade, J. R. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(4), 644-655. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.4.644>
- Cassar, S., Misso, M. L., Hopkins, W. G., Shaw, C. S., Teede, H. J., & Stepto, N. K. (2016). Insulin resistance in polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis of euglycaemic-hyperinsulinaemic clamp studies. *Human Reproduction*, 31(11), 2619-2631. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew243>
- Chang, R. S., Cerit, H., Hye, T., Durham, E. L., Aizley, H., Boukezzi, S., Haimovici, F., Goldstein, J. M., Dillon, D. G., Pizzagalli, D. A., & Holsen, L. M. (2022). Stress-induced alterations in HPA-axis reactivity and mesolimbic reward activation in individuals with emotional eating. *Appetite*, 168, 105707. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105707>
- Coan, J. A. . (2011). *The Social Regulation of Emotion, The Oxford Handbook of Social Neuroscience*. Oxford University Press.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 73-100.
- Conceição, E. M., Fernandes, M., de Lourdes, M., Pinto-Bastos, A., Vaz, A. R., & Ramalho, S. (2020). Perceived social support before and after bariatric surgery: Association with depression, problematic eating behaviors, and weight outcomes. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(3), 679-692. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00671-2>
- Cooney, L. G., Lee, I., Sammel, M. D., & Dokras, A. (2017). High prevalence of moderate and severe depressive and anxiety symptoms in polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction*, 32(5), 1075-1091. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex044>
- Costello, M. F., Shrestha, B., Eden, J., Johnson, N., & Moran, L. J. (2007). Insulin-sensitising drugs versus the combined oral contraceptive pill for hirsutism, acne

and risk of diabetes, cardiovascular disease, and endometrial cancer in polycystic ovary syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005552.pub2>

Cui, S., Wang, R., Lu, L., Wang, H., & Zhang, Y. (2019). Influence of education level on mental health and medical coping modes: A correlation analysis in the elderlies. *American Journal of Nursing Science*, 8(6), 324. <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20190806.16>

Çetin, F. A. C. E. F. A. S. P. O. K. B. İ. H. (2009). Fonksiyonel dispepside obestatin ve ghrelinin rolü. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 8(3), 102-107. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/agd/issue/1462/17615>

Çetinkaya, Ö. A. A. M. (2011). Duygusal zekânın iletişim becerileri üzerine etkisi: Üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(1), 363-377. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sduibfd/issue/20825/222980>

Dakanalis, A., Mentzelou, M., Papadopoulou, S. K., Papandreou, D., Spanoudaki, M., Vasios, G. K., Pavlidou, E., Mantzourou, M., & Giaginis, C. (2023). The association of emotional eating with overweight/obesity, depression, anxiety/stress, and dietary patterns: A review of the current clinical evidence. *Nutrients*, 15(5), 1173. <https://doi.org/10.3390/nu15051173>

Davis, C., & Fox, J. (2008). Sensitivity to reward and body mass index (BMI): Evidence for a non-linear relationship. *Appetite*, 50(1), 43-49. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.05.007>

Dodd, A., Lockwood, E., Mansell, W., & Palmier-Claus, J. (2019). Emotion regulation strategies in bipolar disorder: A systematic and critical review. *Journal of Affective Disorders*, 246, 262-284. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.026>

Dokras, A., Clifton, S., Futterweit, W., & Wild, R. (2012). Increased prevalence of anxiety symptoms in women with polycystic ovary syndrome: systematic review and meta-analysis. *Fertility and Sterility*, 97(1), 225-230.e2. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.10.022>

- Douglas, C. C., Norris, L. E., Oster, R. A., Darnell, B. E., Azziz, R., & Gower, B. A. (2006). Difference in dietary intake between women with polycystic ovary syndrome and healthy controls. *Fertility and Sterility*, 86(2), 411-417. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.12.054>
- Dökmen, Ü. . (2000). *Varolmak, Gelişmek, Uzlaşmak*. Remzi Kitabevi.
- Dumesic, D. A., Abbott, D. H., Sanchita, S., & Chazenbalk, G. D. (2020). Endocrine–metabolic dysfunction in polycystic ovary syndrome: An evolutionary perspective. *Current Opinion in Endocrine and Metabolic Research*, 12, 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.coemr.2020.02.013>
- Dülger, Ö. (2009). Ergenlerde Algılanan Sosyal Destek ile Karar Verme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi].
- Ekbäck, M. P., Lindberg, M., Benzein, E., & Årestedt, K. (2014). Social support: An important factor for quality of life in women with hirsutism. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 183. <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0183-3>
- Eker, D. ; A. H. ; Y. H. (2001). Factorial structure, validity, and reliability of revised form of the multidimensional scale of perceived social support. *Turkish Journal of Psychiatry*, 12(1), 17-25. <https://www.turkpsikiyatri.com/Summary?Id=138>
- Evirgen, N. (2010). The prevalence of emotional eating and its relation to affect regulation in a Turkish sample of obese, overweight, and normal weighted women [Yüksek lisans tezi, Boğaziçi Üniversitesi].
- Fang, J., Ren, J., Ren, L., Qiu, X., Yuan, S., Wang, W., & Wang, J. (2022). Perceived social support and associated factors among community-dwelling older adults with frailty and pre-frailty in Hangzhou, China. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.944293>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>

- Fernandez, R., Moore, V., Van Ryswyk, E., Varcoe, T., Rodgers, R., March, W., Moran, L., Avery, J., McEvoy, D., & Davies, M. (2018). Sleep disturbances in women with polycystic ovary syndrome: Prevalence, pathophysiology, impact and management strategies. *Nature and Science of Sleep, Volume 10*, 45-64. <https://doi.org/10.2147/NSS.S127475>
- Fitzsimmons, E. E., & Bardone-Cone, A. M. (2011). Coping and social support as potential moderators of the relation between anxiety and eating disorder symptomatology. *Eating Behaviors, 12*(1), 21-28. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.09.002>
- Frank, G. K. W., Shott, M. E., & DeGuzman, M. C. (2019). The neurobiology of eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 28*(4), 629-640. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.007>
- Ganley, R. M. (1989). Emotion and eating in obesity: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders, 8*(3), 343-361. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198905\)8:3<343::AID-EAT2260080310>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198905)8:3<343::AID-EAT2260080310>3.0.CO;2-C)
- Garad, R., Teede, H., & Moran, L. (2011). An evidence-based guideline for polycystic ovary syndrome. *Australian Nursing Journal, 19*(4), 30-33.
- Garvey, W. T. (2022). Is obesity or adiposity-based chronic disease curable: The set point theory, the environment, and second-generation medications. *Endocrine Practice, 28*(2), 214-222. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2021.11.082>
- Giampaolino, P., Foreste, V., Di Filippo, C., Gallo, A., Mercorio, A., Serafino, P., Improda, F. P., Verrazzo, P., Zara, G., Buonfantino, C., Borgo, M., Riemma, G., Angelis, C. De, Zizolfi, B., Bifulco, G., & Della Corte, L. (2021). Microbiome and PCOS: State-of-art and future aspects. *International Journal of Molecular Sciences, 22*(4), 2048. <https://doi.org/10.3390/ijms22042048>
- Glueck, C. J., & Goldenberg, N. (2019). Characteristics of obesity in polycystic ovary syndrome: Etiology, treatment, and genetics. *Metabolism, 92*, 108-120. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.11.002>

- Góral, A., Żywot, K., Zalewski, W., Jagodziński, A., & Murawski, M. (2024). Polycystic ovary syndrome and eating disorders—A literature review. *Journal of Clinical Medicine*, 14(1), 27. <https://doi.org/10.3390/jcm14010027>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(4), 315-315. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>
- Greenwood, E. A., Pasch, L. A., Cedars, M. I., & Huddleston, H. G. (2020). Obesity and depression are risk factors for future eating disorder-related attitudes and behaviors in women with polycystic ovary syndrome. *Fertility and Sterility*, 113(5), 1039-1049. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.01.016>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6), 214-219. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00152>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>
- Guerrini Usubini, A., Cattivelli, R., Varallo, G., Castelnuovo, G., Molinari, E., Giusti, E. M., Pietrabissa, G., Manari, T., Filosa, M., Franceschini, C., & Musetti, A. (2021). The relationship between psychological distress during the second wave lockdown of COVID-19 and emotional eating in Italian young adults: The mediating role of emotional dysregulation. *Journal of Personalized Medicine*, 11(6), 569. <https://doi.org/10.3390/jpm11060569>
- Hays, N. P., Bathalon, G. P., McCrory, M. A., Roubenoff, R., Lipman, R., & Roberts, S. B. (2002). Eating behavior correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55–65 y. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 75(3), 476-483. <https://doi.org/10.1093/ajcn/75.3.476>

- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C., & Ehlert, U. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biological Psychiatry*, 54(12), 1389-1398. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00465-7](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00465-7)
- Himelein, M. J., & Thatcher, S. S. (2006). Polycystic ovary syndrome and mental health: A review. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 61(11), 723-732. <https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000243772.33357.84>
- Hinney, A., & Volckmar, A.-L. (2013). Genetics of eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 15(12), 423. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0423-y>
- Hoeger, K. M., Dokras, A., & Piltonen, T. (2021). Update on PCOS: Consequences, challenges, and guiding treatment. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(3), e1071-e1083. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa839>
- Hofmann, S. G. (2014). Interpersonal emotion regulation model of mood and anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 38(5), 483-492. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9620-1>
- Hofmann, S. G., Carpenter, J. K., & Curtiss, J. (2016). Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire (IERQ): Scale development and psychometric characteristics. *Cognitive Therapy and Research*, 40(3), 341-356. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9756-2>
- Jacewicz-Święcka, M., & Kowalska, I. (2020). Changes in metabolic profile in the women with a history of PCOS—a long-term follow-up study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(10), 3367. <https://doi.org/10.3390/jcm9103367>
- Jedel, E., Waern, M., Gustafson, D., Landen, M., Eriksson, E., Holm, G., Nilsson, L., Lind, A.-K., Janson, P. O., & Stener-Victorin, E. (2010). Anxiety and depression symptoms in women with polycystic ovary syndrome compared with controls matched for body mass index. *Human Reproduction*, 25(2), 450-456. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep384>
- Jurczewska, J., Ostrowska, J., Chelchowska, M., Panczyk, M., Rudnicka, E., Kucharski, M., Smolarczyk, R., & Szostak-Węgierek, D. (2023). Physical

activity, rather than diet, is linked to lower insulin resistance in PCOS women—a case-control study. *Nutrients*, 15(9), 2111. <https://doi.org/10.3390/nu15092111>

Kakoly, N. S., Earnest, A., Teede, H. J., Moran, L. J., & Joham, A. E. (2019). The impact of obesity on the incidence of type 2 diabetes among women with polycystic ovary syndrome. *Diabetes Care*, 42(4), 560-567. <https://doi.org/10.2337/dc18-1738>

Kakoly, N. S., Khomami, M. B., Joham, A. E., Cooray, S. D., Misso, M. L., Norman, R. J., Harrison, C. L., Ranasinha, S., Teede, H. J., & Moran, L. J. (2018). Ethnicity, obesity and the prevalence of impaired glucose tolerance and type 2 diabetes in PCOS: A systematic review and meta-regression. *Human Reproduction Update*, 24(4), 455-467. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmy007>

Karademas, E. C. (2006). Self-efficacy, social support and well-being. *Personality and Individual Differences*, 40(6), 1281-1290. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.10.019>

Kelley, L. S. (2003). Polycystic ovarian syndrome. A challenge for occupational health nursing. *AAOHN Journal: Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 51(1), 23-27.

Kızılkaya Beji, N. K. M. (2013). Polikistik over sendromu ve hemşirelik yaklaşımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(3), 187-197. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/fnijn/issue/9011/112231>

Kjerulff, L. E., Sanchez-Ramos, L., & Duffy, D. (2011). Pregnancy outcomes in women with polycystic ovary syndrome: A metaanalysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 204(6), 558.e1-558.e6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.03.021>

Kolnikaj, T. S., Herman, R., Janež, A., & Jensterle, M. (2022). Assessment of eating disorders and eating behavior to improve treatment outcomes in women with polycystic ovary syndrome. *Life*, 12(11), 1906. <https://doi.org/10.3390/life12111906>

Kozaklı, H. (2006). Üniversite öğrencilerinde yalnızlık ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin karşılaştırılması [Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi].

- Köse, S., & Şanlıer, N. (2015). Hedonic hunger and obesity: Review. *Turkiye Klinikleri Journal of Endocrinology*, 10(1), 16-23. <https://doi.org/10.5336/endocrin.2014-41443>
- Kuruoğlu Çepik, A. (2000). Yeme bozukluklarında genetik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10(1), 32-36.
- Lam, D. D., & Heisler, L. K. (2007). Serotonin and energy balance: Molecular mechanisms and implications for type 2 diabetes. *Expert Reviews in Molecular Medicine*, 9(5), 1-24. <https://doi.org/10.1017/S1462399407000245>
- Lamoureux, M. M. H., & Botorff, J. L. (2005). “Becoming the real me”: Recovering from anorexia nervosa. *Health Care for Women International*, 26(2), 170-188. <https://doi.org/10.1080/07399330590905602>
- Leahy, R. L. ; T. D. ; N. L. A. . (2011). *Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press.
- Lee, I., Cooney, L. G., Saini, S., Smith, M. E., Sammel, M. D., Allison, K. C., & Dokras, A. (2017). Increased risk of disordered eating in polycystic ovary syndrome. *Fertility and Sterility*, 107(3), 796-802. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.12.014>
- Legro, R. S., Castracane, V. D., & Kauffman, R. P. (2004). Detecting insulin resistance in polycystic ovary syndrome: Purposes and pitfalls. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 59(2), 141-154. <https://doi.org/10.1097/01.OGX.0000109523.25076.E2>
- Legro, R. S., Kusanman, A. R., Dodson, W. C., & Dunaif, A. (1999). Prevalence and predictors of risk for type 2 diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in polycystic ovary syndrome: A prospective, controlled study in 254 affected women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(1), 165-169. <https://doi.org/10.1210/jcem.84.1.5393>
- Lepore, S. J., Evans, G. W., & Schneider, M. L. (1991). Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(6), 899-909. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.6.899>

- Lim, S. S., Davies, M. J., Norman, R. J., & Moran, L. J. (2012). Overweight, obesity and central obesity in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 18(6), 618-637. <https://doi.org/10.1093/humupd/dms030>
- Lizneva, D., Suturina, L., Walker, W., Brakta, S., Gavrilova-Jordan, L., & Azziz, R. (2016). Criteria, prevalence, and phenotypes of polycystic ovary syndrome. *Fertility and Sterility*, 106(1), 6-15. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.05.003>
- Mandavia, A., Robinson, G. G. N., Bradley, B., Ressler, K. J., & Powers, A. (2016). Exposure to childhood abuse and later substance use: Indirect effects of emotion dysregulation and exposure to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 29(5), 422-429. <https://doi.org/10.1002/jts.22131>
- Marroquín, B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical Psychology Review*, 31(8), 1276-1290. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.09.005>
- Marusak, H. A., Martin, K. R., Etkin, A., & Thomason, M. E. (2015). Childhood trauma exposure disrupts the automatic regulation of emotional processing. *Neuropsychopharmacology*, 40(5), 1250-1258. <https://doi.org/10.1038/npp.2014.311>
- Matud, M. P., Ibáñez, I., Bethencourt, J. M., Marrero, R., & Carballeira, M. (2003). Structural gender differences in perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 35(8), 1919-1929. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00041-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00041-2)
- Mauss, I. B., Levenson, R. W., McCarter, L., Wilhelm, F. H., & Gross, J. J. (2005). The tie that binds? Coherence among emotion experience, behavior, and physiology. *Emotion*, 5(2), 175-190. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.2.175>
- Melekoğlu, E. (2014). Polikistik over sendromu olan kadınların diyet glisemik indeksi ve yükü ile obezite arasındaki ilişkinin belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi].

- Moses, E. B., & Barlow, D. H. (2006). A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Current Directions in Psychological Science*, 15(3), 146-150. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00425.x>
- Naqvi, S. H., Moore, A., Bevilacqua, K., Lathief, S., Williams, J., Naqvi, N., & Pal, L. (2015). Predictors of depression in women with polycystic ovary syndrome. *Archives of Women's Mental Health*, 18(1), 95-101. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0458-z>
- Niemeyer, H., Bieda, A., Michalak, J., Schneider, S., & Margraf, J. (2019). Education and mental health: Do psychosocial resources matter? *SSM - Population Health*, 7, 100392. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100392>
- Niven, K., Totterdell, P., & Holman, D. (2009). Affect regulation and well-being in the workplace: An international perspective. *Handbook of Managerial Behavior and Occupational Health*. Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781848447219.00024>
- Oktan, V. (2005). Yalnızlık ve algılanan sosyal destek düzeyinin ergenlerdeki öfkenin gelişimine etkisi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 21, 183-192. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/maruaebed/issue/377/2247>
- Orio, F., Muscogiuri, G., Ascione, A., Marciano, F., Volpe, A., La Sala, G., Savastano, S., Colao, A., & Palomba, S. (2013). Effects of physical exercise on the female reproductive system. *Minerva Endocrinologica*, 38(3), 305-319.
- Öyekcin, D., & Deveci, A. (2012). Etiology of Food Addiction. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar- Current Approaches in Psychiatry*, 4(2), 138. <https://doi.org/10.5455/cap.20120409>
- Özbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: From neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, 4(5), 35-40.
- Özenoğlu, A., & Ünal, G. (2015). Hunger and violence. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*, 1. <https://doi.org/10.5455/musbed.20150428052156>

- Pasquali, R., Gambineri, A., Biscotti, D., Vicennati, V., Gagliardi, L., Colitta, D., Fiorini, S., Cognigni, G. E., Filicori, M., & Morselli-Labate, A. M. (2000). Effect of long-term treatment with metformin added to hypocaloric diet on body composition, fat distribution, and androgen and insulin levels in abdominally obese women with and without the polycystic ovary syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 85(8), 2767-2774. <https://doi.org/10.1210/jcem.85.8.6738>
- Pengilly, J. W., & Dowd, E. T. (2000). Hardiness and social support as moderators of stress. *Journal of Clinical Psychology*, 56(6), 813-820. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200006\)56:6<813:AID-JCLP10>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200006)56:6<813:AID-JCLP10>3.0.CO;2-Q)
- Pesonen, E., Nurkkala, M., Ollila, M.-M., Hurskainen, E., Morin-Papunen, L. C., Jämsä, T., Korpelainen, R., Niemelä, M., & Piltonen, T. T. (2025). Women with polycystic ovary syndrome are at risk of emotional and uncontrolled eating at midlife: A population-based cohort study. *Fertility and Sterility*, 123(3), 383-393. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2024.09.042>
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, 40(2), 193-201. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.40.2.193>
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187-213. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>
- Puurunen, J., Piltonen, T., Morin-Papunen, L., Perheentupa, A., Järvelä, I., Ruokonen, A., & Tapanainen, J. S. (2011). Unfavorable hormonal, metabolic, and inflammatory alterations persist after menopause in women with PCOS. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 96(6), 1827-1834. <https://doi.org/10.1210/jc.2011-0039>
- Rababa'h, A. M., Matani, B. R., & Yehya, A. (2022). An update of polycystic ovary syndrome: Causes and therapeutics options. *Heliyon*, 8(10), e11010. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e11010>

- Reckelhoff, J. F. (2019). Androgens and blood pressure control: Sex differences and mechanisms. *Mayo Clinic Proceedings*.
<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.11.016>
- Rugancı, R. N., & Gençöz, T. (2010). Psychometric properties of a Turkish version of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Clinical Psychology*, 66(4), 442-455. <https://doi.org/10.1002/jclp.20665>
- Sadeeqa, S., Mustafa, T., & Latif, S. (2018). Polycystic ovarian syndrome–related depression in adolescent girls: A review. *Journal of Pharmacy And Bioallied Sciences*, 10(2), 55. https://doi.org/10.4103/JPBS.JPBS_1_18
- Sam, S. (2007). Obesity and polycystic ovary syndrome. *Obesity Management*, 3(2), 69-73. <https://doi.org/10.1089/obe.2007.0019>
- Schneider-Worthington, C. R., Smith, K. E., Roemmich, J. N., & Salvy, S.-J. (2022). External food cue responsiveness and emotional eating in adolescents: A multimethod study. *Appetite*, 168, 105789. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105789>
- Sevincer, G., & Konuk, N. (2013). Emotional eating. *Journal of Mood Disorders*, 3(4), 171. <https://doi.org/10.5455/jmood.20130926052526>
- Shafiee, M. N., Chapman, C., Barrett, D., Abu, J., & Atiomo, W. (2013). Reviewing the molecular mechanisms which increase endometrial cancer (EC) risk in women with polycystic ovarian syndrome (PCOS): Time for paradigm shift? *Gynecologic Oncology*, 131(2), 489-492. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2013.06.032>
- Shang, Y., Zhou, H., He, R., & Lu, W. (2021). Dietary modification for reproductive health in women with polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-Analysis. *Frontiers in Endocrinology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.735954>
- Shermin, S., Noor, A., & Jahan, S. (2020). Polycystic ovary syndrome: A brief review with recent updates. *Delta Medical College Journal*, 7(2), 84-99. <https://doi.org/10.3329/dmcj.v7i2.45567>

- Shroff, R., Kerchner, A., Maifeld, M., Van Beek, E. J. R., Jagasia, D., & Dokras, A. (2007). Young obese women with polycystic ovary syndrome have evidence of early coronary atherosclerosis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 92(12), 4609-4614. <https://doi.org/10.1210/jc.2007-1343>
- Spence, C., Okajima, K., Cheok, A. D., Petit, O., & Michel, C. (2016). Eating with our eyes: From visual hunger to digital satiation. *Brain and Cognition*, 110, 53-63. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2015.08.006>
- Steegers-Theunissen, R. P. M., Wiegel, R. E., Jansen, P. W., Laven, J. S. E., & Sinclair, K. D. (2020). Polycystic ovary syndrome: A brain disorder characterized by eating problems originating during puberty and adolescence. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(21), 8211. <https://doi.org/10.3390/ijms21218211>
- Stein, I. F., & Leventhal, M. L. (1935). Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 29(2), 181-191. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(15\)30642-6](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(15)30642-6)
- Stern, M., Rubino, L., Desjardins, C., & Stice, E. (2023). Prospective reciprocal relations between social support and eating disorder symptoms. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, 132(8), 1043-1050. <https://doi.org/10.1037/abn0000861>
- Şişmanoğlu, A., & Baysal, B. (2017). Treatment modalities for infertile patients with polycystic ovarian syndrome. *Türk Üreme Tıbbı ve Cerrahisi Dergisi*, 1(1), 23-28. <https://doi.org/10.24074/tjrms.2016-54250>
- Taysi, E. (2000). Benlik saygısı, arkadaşlardan ve aileden sağlanan sosyal destek [Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi].
- Teede, H., Deeks, A., & Moran, L. (2010). Polycystic ovary syndrome: A complex condition with psychological, reproductive and metabolic manifestations that impacts on health across the lifespan. *BMC Medicine*, 8(1), 41. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-41>
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 145-159.

- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Thomas, S., Kanske, P., Schäfer, J., Hummel, K. V., & Trautmann, S. (2022). Examining bidirectional associations between perceived social support and psychological symptoms in the context of stressful event exposure: A prospective, longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 736. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04386-0>
- Toosy, S., Sodi, R., & Pappachan, J. M. (2018). Lean polycystic ovary syndrome (PCOS): an evidence-based practical approach. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 17(2), 277-285. <https://doi.org/10.1007/s40200-018-0371-5>
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119(3), 488-531. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.119.3.488>
- Urry, H. L., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation in older age. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 352-357. <https://doi.org/10.1177/0963721410388395>
- Uyan, A. (2014). Ergenlerde Algılanan Stres ile Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi].
- Vaingankar, J. A., Abidin, E., Chong, S. A., Shafie, S., Sambasivam, R., Zhang, Y. J., Chang, S., Chua, B. Y., Shahwan, S., Jeyagurunathan, A., Kwok, K. W., & Subramaniam, M. (2020). The association of mental disorders with perceived social support, and the role of marital status: Results from a national cross-sectional survey. *Archives of Public Health*, 78(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00476-1>
- van der Ham, K., Koster, M. P. H., Velthuis, B. K., Budde, R. P. J., Fauser, B. C. J. M., Laven, J. S. E., & Louwers, Y. V. (2023). Change in androgenic status and cardiometabolic profile of middle-aged women with polycystic ovary syndrome. *Journal of Clinical Medicine*, 12(16), 5226. <https://doi.org/10.3390/jcm12165226>

- van Strien, T. (2018). Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current Diabetes Reports*, 18(6), 35. <https://doi.org/10.1007/s11892-018-1000-x>
- van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295-315. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T)
- Wang, G., Liu, X., Zhu, S., & Lei, J. (2023). Experience of mental health in women with polycystic ovary syndrome: A descriptive phenomenological study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 44(1). <https://doi.org/10.1080/0167482X.2023.2218987>
- Weaver, A. D., & Byers, E. S. (2006). The relationships among body image, body mass index, exercise, and sexual functioning in heterosexual women. *Psychology of Women Quarterly*, 30(4), 333-339. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2006.00308.x>
- Werner, K. & G. J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A Conceptual Framework. Guilford Press.
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*, 8(2), 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.04.001>
- Williams, T., Mortada, R., & Porter, S. (2016). Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome. *American family physician*, 94(2), 106-113.
- Xiao, M., Luo, Y., Zeng, W., & Chen, H. (2023). Support from a best friend makes people eat less under stress: Evidence from two experiments. *Nutrients*, 15(18), 3898. <https://doi.org/10.3390/nu15183898>
- Yang, M., Wang, X., Zhang, Y., Qian, W., & Tang, Y. (2024). Mindfulness acting with awareness and emotional eating among polycystic ovary syndrome women with infertility: The mediating role of depression. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1499705>

- Yıldırım, İ. & E. T. (2003). Lise son sınıf öğrencilerinin akademik başarılarının yordayıcısı olarak sınav kaygısı, boyun eğici davranışlar ve sosyal destek. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 25(25), 225-234.
- Yiğit, İ., & Guzey Yiğit, M. (2019). Psychometric properties of Turkish Version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Current Psychology*, 38(6), 1503-1511. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9712-7>
- Yıldız, B. O., Bozdağ, G., Yapıcı, Z., Esinler, I., & Yaralı, H. (2012). Prevalence, phenotype and cardiometabolic risk of polycystic ovary syndrome under different diagnostic criteria. *Human reproduction*, 27(10), 3067-3073. <https://doi.org/10.1093/humrep/des232>
- Yücel, B. . (2009). Yeme bozukluklarının klinik özellikleri ve tedavi yaklaşımları. *Psikiyatri Dergisi*, 21(4), 255-266.
- Yüksel, S., Gencer, F. K., Alptekin, F. B., & Sağlam, N. G. U. (2024). Disordered eating in young women with polycystic ovary syndrome. *Reproductive Sciences*, 31(5), 1303-1310. <https://doi.org/10.1007/s43032-023-01435-1>
- Zaki, J., & Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, 13(5), 803-810. <https://doi.org/10.1037/a0033839>
- Zhang, Y., Hu, Y., Yu, J., Xie, X., Jiang, F., & Wu, C. (2023). Landscape of PCOS co-expression gene and its role in predicting prognosis and assisting immunotherapy in endometrial cancer. *Journal of Ovarian Research*, 16(1), 129. <https://doi.org/10.1186/s13048-023-01201-6>
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 55(3-4), 610-617. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674095>
- Zincir, S. (2014). Neuroendocrine and molecular interactions in eating disorders. *Psikiyatri Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*, 6(3), 1. <https://doi.org/10.5455/cap.201402251002>

EKLER

EK A: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı,

Aşağıdaki soruları eksiksiz ve doğru bir şekilde yanıtlamanızı rica ederiz. Bu bilgiler yalnızca araştırma amacıyla kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Teşekkür ederiz.

1. Kişisel Bilgiler

☐ Yaş: _____

☐ Cinsiyet: _____

☐ Medeni Durum:

☐ Bekar ()

☐ Evli ()

☐ Boşanmış ()

2. Eğitim Durumu

☐ İlköğretim ()

☐ Lise ()

☐ Üniversite ()

☐ Yüksek Lisans ()

☐ Doktora ()

3. Çalışma Durumu

☐ Çalışıyor (Tam Zamanlı) ()

☐ Çalışıyor (Yarı Zamanlı) ()

☐ Çalışmıyor ()

☐ Öğrenci ()

4. Sağlık Bilgileri

☐ Polikistik Over Sendromu (PCOS) tanısı aldığınız yıl: _____

☐ PCOS tanısını koyan uzman (kadın doğum, endokrinoloji, vb.): _____

☐ Düzenli olarak kullandığınız ilaçlar var mı?

☐ Evet ()

☐ Hayır ()

☐ Varsa, lütfen belirtiniz: _____

5. Psikolojik Destek Durumu

☐ Daha önce psikolojik destek aldınız mı?

☐ Evet ()

☐ Hayır ()

☐ Şu anda bir psikoterapi sürecinde misiniz?

☐ Evet ()

☐ Hayır ()

7. Aile ve Sosyal Çevre

☐ Aile bireyleriyle birlikte mi yaşıyorsunuz?

☐ Evet ()

☐ Hayır ()

☐ Yakın çevrenizden destek aldığınızı düşünüyor musunuz?

☐ Evet ()

☐ Hayır ()

Teşekkür ederiz.



EK B: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, Polikistik Over Sendromu (PCOS) olan kadınlarda algılanan sosyal desteğin duygu düzenleme becerileri ve yeme alışkanlıkları üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçlamaktadır.

Çalışma, gönüllülük esasına dayalı olup katılımınız tamamen isteğinize bağlıdır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, sizden aşağıdaki ölçek ve anketlere yanıt vermeniz istenecektir:

1. Demografik Bilgi Formu
2. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
3. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
4. Yeme Alışkanlıkları Anketi

Katılımınız için herhangi bir ücret veya ödül teklif edilmemektedir. Çalışmaya katılımınız herhangi bir tedavi sunmaz veya doğrudan sağlık hizmeti sağlamaz, ancak sağlanan veriler PKOS'un psikososyal boyutlarının anlaşılmasına ve bu alandaki bilimsel çalışmalara katkıda bulunabilir.

Çalışma kapsamında toplanan tüm bilgiler gizli tutulacak ve sadece araştırma amaçları doğrultusunda kullanılacaktır. Katılımınız sırasında sağladığınız bilgiler, kimliğinizden bağımsız şekilde analiz edilecek ve hiçbir kişisel bilgi paylaşılmayacaktır. Çalışmaya katılımınız tamamen isteğinize bağlıdır ve dilediğiniz zaman hiçbir sebep belirtmeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Çalışmadan çekilmeniz durumunda herhangi bir olumsuz durumla karşılaşmayacak ve toplanan verileriniz talebiniz üzerine güvenli bir şekilde imha edilecektir. İmha işlemi, dijital veriler için geri döndürülemeyecek şekilde silme, basılı veriler için ise fiziksel olarak imha etme yoluyla yapılacaktır.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda yukarıda belirtilen iletişim bilgilerinden benimle iletişime geçebilirsiniz. Ayrıca, araştırma süreci veya haklarınızla ilgili başka sorularınız olursa üniversitenin Etik Kurul birimi ile iletişime geçebilirsiniz.

Aşağıdaki metni okuyarak, bu araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ettiğinizi belirtmenizi rica ederim:

“Bu araştırmaya katılımımın gönüllü olduğunu, istediğim zaman çalışmadan çekilebileceğimi ve katılımımdan kaynaklı herhangi bir olumsuz durumla karşılaşmayacağımı anladım. Çalışma sırasında sağladığım verilerin gizli tutulacağını ve yalnızca araştırma amaçları doğrultusunda kullanılacağını kabul ediyorum.”

Katılımcının

Ad Soyad: _____

Tarih: _____

İmza: _____

Öğretim Elemanının

Unvanı, adı, soyadı: Doç. Dr. Eda Ermağan Çağlar

İmzası: _____

Tarih: _____

EK C: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (MSPSS)

Aşağıda 12 cümle var ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

Cevap seçenekleri:

1: Kesinlikle hayır, 2: ,3:,4:,5:,6:,7: Kesinlikle evet

Soru	1	2	3	4	5	6	7
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

EK D: DUYGU DÜZENLEMEDE ZORLUKLAR ÖLÇEĞİ- KISA FORM (DERS-16)

Aşağıdaki ifadelerin sizin ne sıklıkla uyduğunu her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	Hemen hemen hiç (%0-%10)	Bazen (%11- %35)	Yaklaşık yarı yarıya (%36-%65)	Çoğu zaman (%66- %90)	Hemen hemen her zaman (%91- %100)
1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
2. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.					
3. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
4. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.					
5. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağına inanırım.					
6. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.					
7. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					

8. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım korkusu yaşarım.					
9. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utarım.					
10. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.					
11. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
12. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.					
13. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.					
15. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.					
16. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					

EK E: YEME ALIŞKANLIKLARI ANKETİ (DEBQ)

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık
1. Eğer kilo aldıysanız her zaman yediğinizden az mı yersiniz?				
2. Yemek zamanlarında yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?				
3. Kilo omuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek ya da içeceği ne sıklıkla reddederseniz?				
4. Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?				
5. Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz?				
6. Çok fazla yediğinizde ertesi gün daha az yer misiniz?				
7. Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?				
8. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yemeye çalışırsınız?				
9. Bunlara dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşam yemek yemeye çalışırsınız?				
10. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuza hesaba katar mısınız?				
11. Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek ister misiniz?				
12. Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?				

13. Depresyonda olduğunuzda ya da hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?				
14. Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?				
15. Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?				
16. Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?				
17. İstemediğiniz bir şey olduğunda yemek ister misiniz?				
18. Kaygılı endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?				
19. Bir şeyler ters ya da yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?				
20. Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?				
21. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?				
22. Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?				
23. Huzursuz olduğunuzda ya da canınız sıkın olduğunda yemek ister misiniz?				
24. Yediğiniz şey lezzetli ise genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?				
25. Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?				
26. Lezzetli bir şey gördüğünüzde ya da kopyaladığınızda onu yemek ister misiniz?				

27. Eğer yemek için lezzetli bir Şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?				
28. Eğer bir fırının �n�nden geçerseniz lezzetli bir Şeyler satın almak ister misiniz?				
29. Eğer bir kafe ya da büfenin �n�nden geçerseniz lezzetli bir Şeyler satın almak ister misiniz?				
30. BaŐkalarını yerken görürseniz siz de yemek ister misiniz?				
31. Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?				
32. BaŐkalarını yerken gördüğünüzde genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?				
33. Yemek hazırlarken bir Şeyler yemeğe meyilli misiniz?				

EK 6: ETİK KURUL ONAYI



T.C.
BEYKOZ ÜNİVERSİTESİ
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Sekreterliği

Sayı : E-45152895-299-2500000990
Konu : Etik Kurul Sonuç Bildirme Yazısı -
Doç. Dr. Eda Ermağan Çağlar

21.01.2025

İlgili Makama

Aşağıda künyesi verilen bilimsel araştırma çalışması / bilimsel yayın için Beykoz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'na yapılan 16.12.2024 tarihli başvurunun değerlendirilmesi sonucunda Kurul'un 26.12.2024 tarih ve 16 sayılı toplantısında alınan 5 nolu kararı ile OLUMLU görüş oluşturulmuş bulunmaktadır.

İşbu yazı Etik Kurul başvurusunu yapan öğretim elemanının talebi üzerine düzenlenmiştir.

Saygılarımla

Prof. Dr. Selahattin KURU
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Başkanı

Etik Kurul Başvurusu Yapılan Çalışmanın Künyesi

Çalışmanın başlığı	Polikistik Over Sendromuna Sahip Kadınlarda Algılanan Sosyal Desteğin Duygu Düzenleme ve Yeme Alışkanlıkları Üzerindeki Aracılık Etkisi
Çalışmanın türü	Yüksek Lisans Tez Çalışması
Çalışmanın yapıldığı kurum / kuruluş	Beykoz Üniversitesi
Başvuruyu yapan öğretim elemanının unvanı adı soyadı	Doç. Dr. Eda Ermağan Çağlar

Doğrulama Kodu: 6635BE4

Orhan Veli Kanık Caddesi No: 114, 34810 Kavacık Beykoz İstanbul
Tel: +90 216 9122252 Faks: +90 216 4139520
E-Posta: bilgi@beykoz.edu.tr Elektronik Ağ: www.beykoz.edu.tr
Kep Adresi: beykoz.edu@hs01.kep.tr

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Adresi: <https://ebys.beykoz.edu.tr/BelgeDogrulama>

Bilgi: YAREN PAKİZE KEÇECİ
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
Sekreterliği



ÖZGEÇMİŞ

Penbegül BİROL

Haliç Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü'nden onur öğrencisi olarak 2022 yılında mezun oldum. Acıbadem Sağlık Grubu'nda 2014–2022 yılları arasında ameliyathane hemşiresi olarak devam ettiğim görevimden mezuniyetimin ardından ayrılarak çeşitli özel psikoloji kliniklerinde psikoloji alanında staj deneyimi kazandım. 2022'de Hakan Türkçapar'dan BDT eğitimi, ardından Ebru Şalcıoğlu'ndan teorik BDT eğitimi ve süpervizyonu; 2025'te Ahenk Psikoloji çatısı altında Mehmet Teber'den Çocuk Merkezli Oyun Terapisi eğitimi tamamladım. Halen Beykoz Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans programına devam etmekteyim.