



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**YETİŞKİN BİREYLERDE COVID-19 KORKUSU VE SAĞLIK
ANKSİYETESİNİN DUYGUSAL YEME DAVRANIŞI ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Yasemin ASLANTAŞ**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞARLAK**

**İSTANBUL
Haziran 2022**



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**YETİŞKİN BİREYLERDE COVID-19 KORKUSU VE SAĞLIK
ANKSİYETESİNİN DUYGUSAL YEME DAVRANIŞI ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Yasemin ASLANTAŞ**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞARLAK**

**İSTANBUL
Haziran 2022**

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Yasemin ASLANTAŞ
tarafından hazırlanan **“Yetişkin Bireylerde COVID-19 Korkusu ve Sağlık
Anksiyetesinin Duygusal Yeme Davranışı Üzerine Etkisi”** konulu çalışması jürimizce
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 29/06/2022

Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu:

İmzası

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞARLAK
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Duygu BUĞA
Yeni Yüzyıl Üniversitesi

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Ezgi ÖZKAN
Haliç Üniversitesi

Bu tez yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim
Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hatice YORULMAZ
Müdür

İNTİHAL SAYFASI



29/06/2022

TEZ ETİK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum **“Yetişkin Bireylerde COVID-19 Korkusu ve Sağlık Anksiyetesinin Duygusal Yeme Davranışı Üzerine Etkisi”** başlıklı bu çalışmayı başından sonuna kadar danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞARLAK’ın sorumluluğunda tamamladığımı, verileri/örnekleri kendim topladığımı, deneyleri/analizleri ilgili laboratuvarlarda yaptığımı/yaptırdığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Yasemin ASLANTAŞ

ÖNSÖZ

Tez aşamam boyunca da hem bilgisi hem veri akışı konusunda benden yardım ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, sakinliği ve güler yüzü ile beni hep rahatlatan tez danışmanım sevgili Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞARLAK'a, her zaman yanımda olan beni her koşulda destekleyen, azmine, aklına ve fikrine önem verdiğim canım annem Ayşe YILDIZ'a, maddi manevi desteğini hiçbir zaman benden esirgemeyen her zaman arkamda olduğunu hissettiğim canım babam Recep Ali YILDIZ'a karşıma çıkacak bütün zorluklara beni hazırlayan, hayatımdaki en büyük şansım olan sevgili eşim Kadir ASLANTAŞ'a ve son olarak bir gülümsemesiyle bana hayat veren, yüksek lisans hayatım boyunca hep yanımda olan canım kızım Ayşe Melek ASLANTAŞ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Haziran, 2022

Yasemin ASLANTAŞ

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No.</u>
TEZ ETİK BEYANI	i
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	vii
TABLO LİSTESİ	viii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
ÖZET.....	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Bulaşıcı Hastalıklar ve Pandemi Kavramı.....	4
2.2. COVID-19	4
2.2.1. Koronavirüs Tarihçesi	4
2.2.2. COVID-19 Epidemiyolojisi.....	6
2.2.3. COVID-19 Bulaş Yolları	9
2.2.4. COVID-19 Klinik Bulguları	10
2.2.5. COVID-19 Tanımlaması	11
2.2.6. COVID-19 Pandemisinin Ortaya Çıkışı	13
2.2.6.1. COVID-19 virüsünün uluslararası yayılımı	13
2.2.6.2. COVID-19 pandemisinin Türkiye’de yönetimi	13
2.2.6.3. COVID-19 pandemisinin toplum üzerindeki etkileri.....	14
2.2.6.4. COVID-19 pandemisinin hasta bireyler üzerindeki etkisi	15
2.2.6.5. COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanları ve yoğun bakım hemşireleri üzerindeki etkisi	16
2.2.7. COVID-19 Korkusu.....	18
2.2.7.1. Pandemi ve korku ilişkisi	18
2.2.7.2. Pandemi dönemindeki korkunun nedenleri.....	19
2.2.7.3. Pandemi dönemindeki korkunun sonuçları.....	20

2.2.7.4. COVID-19 pandemisinin sağlık anksiyetesine etkisi	21
2.2.8. COVID-19 ile İlgili Yapılan Çalışmalar	23
2.2.8.1. COVID-19 ile ilgili yurt dışı araştırmalar	23
2.2.8.2. COVID-19 ile ilgili yurt içi araştırmalar	26
2.3. Stres Kavramı	29
2.3.1. Stres ve Algılanan Stres	30
2.3.2. Stresin Aşamaları	31
2.3.3. Stresin Belirtileri	32
2.3.4. Strese Neden Olan Etmenler	32
2.3.4.1. Bireysel faktörler	32
2.3.4.2. Çevresel faktörler	33
2.3.4.3. Örgütsel faktörler	33
2.3.5. Stresle Başa Çıkma	33
2.3.6. Algılanan Stres ile İlgili Yapılan Araştırmalar	34
2.4. Sağlık Anksiyetesi	35
2.4.1. Kuramlara Göre Sağlık Anksiyetesi	37
2.4.1.1. Psikodinamik perspektif	37
2.4.1.2. Kişilerarası model	37
2.4.1.3. Amplifikasyon hipotezi	37
2.4.1.4. Bilişsel davranışsal model	37
2.4.2. Sağlık Anksiyetesi Tanı	38
2.4.3. Sağlık Anksiyetesi Etiyolojisi	39
2.4.3.1. Genetik faktörler	39
2.4.3.2. Hastalık ve ölümle ilgili deneyimler	39
2.4.3.3. Fiziksel ve cinsel istismar	39
2.4.3.4. Diğer stresörler	39
2.4.4. Sağlık Anksiyetesi Epidemiyolojisi	40
2.4.5. Sağlık Anksiyetesi ile İlgili Yapılan Araştırmalar	40
2.5. Yeme Tutumu	41
2.5.1. Yeme Tutumu ve Yeme Bozuklukları	41
2.5.2. Yeme Bozuklukları ve Tanısal Değerlendirilmesi	42
2.5.3. Yeme Bozukluğu Epidemiyolojisi	43
2.5.4. Yeme Bozukluğu Etiyolojisi	44
2.5.4.1. Genetik ve biyolojik etmenler	45

2.5.4.2. Sosyokültürel etmenler.....	45
2.5.4.3. Beden imajı	46
2.5.4.4. Psikolojik etmenler ve geçmiş yaşantılar	46
2.5.4.5. Ailesel etmenler	47
2.5.5. Yeme Bozukluklarının Klinik Görünümü	48
2.5.5.1. Anoreksiya nervoza.....	48
2.5.5.2. Bulumiya nervoza	49
2.5.5.3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu	51
2.5.5.4. Kısıtlı/kaçıngan yiyecek alımı bozukluğu.....	52
2.5.5.5. Pika.....	52
2.5.5.6. Geri çıkarma (geviş getirme)	53
2.5.5.7. Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu.....	53
2.5.5.8. Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu	54
2.5.6. Yeme Tutumu ile İlgili Yapılan Araştırmalar	54
2.6. Duygusal Yeme	55
2.6.1. Duygusal Yeme Davranışı ile İlgili Kuramlar	58
2.6.1.1. Kaçış kuramı	58
2.6.1.2. Kısıtlama kuramı.....	58
2.6.1.3. Psikosomatik kuram	58
2.6.1.4. İçsel-dışsal kuram.....	59
2.6.2. Duygusal Yeme Davranışı ile İlgili Kuramlar	60
2.6.2.1. Fizyolojik mekanizmalar.....	60
2.6.2.2. Psikolojik mekanizmalar	60
2.6.3. Duygusal Yemenin Emosyonlar ile Arasındaki İlişki	61
2.6.3.1. Duygusal yeme ve stres.....	61
2.6.3.2. Duygusal yeme ve depresyon.....	61
2.6.3.3. Duygusal yeme ve anksiyete	62
2.6.3.4. Duygusal yeme ve öfori	62
2.6.4. COVID-19 Pandemisi ve Duygusal Yeme	62
2.6.5. Duygusal Yeme ile İlgili Araştırmalar	63
3. GEREÇ VE YÖNTEM	65
3.1. Araştırmanın Amacı	65
3.2. Araştırma Sürecinin Belirlenmesi	65
3.2.1. Araştırmanın Tipi.....	65
3.2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	65

3.2.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	66
3.3. Veri Toplama Araçları.....	66
3.3.1. Sosyo-Demografik Veriler.....	66
3.3.2. Koronavirüs Bilgi Formu.....	66
3.3.3. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği (C19P-S).....	67
3.3.4. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)	67
3.3.5. Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği (TDYÖ).....	68
3.4. İstatistiksel Yöntem ve Analizler	68
4. BULGULAR	70
4.1. Bireylerin Tanıtıcı Bulguları	70
4.2. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği'ne (C19P-S) İlişkin Bulgular	73
4.1.1. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği (C19P-S) Güvenirlilik Analizi	73
4.1.2. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği'nin (C19P-S) Sosyo-Demografik Bulgularına Göre Karşılaştırılması.....	74
4.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'ne (SAÖ) İlişkin Bulgular	82
4.1.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) Güvenirlilik Analizi.....	82
4.1.4. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin (SAÖ) Sosyo-Demografik Bulgularına Göre Karşılaştırılması.....	83
4.4. Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği'ne (TDYÖ) İlişkin Bulgular	89
4.1.5. Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği (TDYÖ) Güvenirlilik Analizi.....	89
4.1.6. Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği'nin (TDYÖ) Sosyo-Demografik Bulgularına Göre Karşılaştırılması.....	90
4.5. Ölçekler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	98
4.6. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği (C19P-S) ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) Puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği (TDYÖ) Puanları Üzerine Etkisinin İncelenmesi	105
5. TARTIŞMA	111
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	121
KAYNAKLAR	123
EKLER.....	154
ÖZGEÇMİŞ.....	167

KISALTMALAR

C19P-S	: Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği
SAÖ	: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği
TCSB	: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı
TDYÖ	: Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği
WHO	: World Health Organization



TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No.</u>
Tablo 2.1. COVID-19 Salgını Sırasındaki Korku Deneyimlerinin Teorik Çerçevesi	20
Tablo 4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Bulgularının Tanımlayıcı İstatistikleri (n=803)	70
Tablo 4.2. Bireylerin “Koronavirüs Bilgi Formu” Bulgularının Tanımlayıcı İstatistikleri (n=803)	72
Tablo 4.3. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin Cronbach’s Alpha Değerleri.....	74
Tablo 4.4. “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Aritmetik Ortalamalara Göre Dağılımı.....	74
Tablo 4.5. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması	75
Tablo 4.6. “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	76
Tablo 4.7. “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin” Alt Boyutları Toplam Puan ve Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması.....	76
Tablo 4.8. “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların BKİ Gruplarına Göre Karşılaştırılması	77
Tablo 4.9. “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Kendini Kilolu Olarak Görme Durumlarına Göre Karşılaştırılması	78
Tablo 4.10. “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Pandemi Sürecinde Evde Yemek Yeme Davranışı Artma Durumlarına Göre Karşılaştırılması.....	79
Tablo 4.11. “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Psikiyatrik Rahatsızlık Durumlarına Göre Karşılaştırılması	80
Tablo 4.12. “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Karşılaştırılması	80
Tablo 4.13. “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Pandemide Koronavirüse Yakalanma Durumlarına Göre Karşılaştırılması	81
Tablo 4.14. “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Koronavirüs ile İlgili Bilgileri Takip Etme Sıklıklarına Göre Karşılaştırılması	81

Tablo 4.15. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin” Cronbach’s Alpha Değerleri	82
Tablo 4.16. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” Toplam ve Alt Boyutlarının Aritmetik Ortalamalara Göre Dağılımı	83
Tablo 4.17. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması	83
Tablo 4.18. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	84
Tablo 4.19. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması	85
Tablo 4.20. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların BKİ Gruplarına Göre Karşılaştırılması	85
Tablo 4.21. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Kendini Kilolu Olarak Görme Durumlarına Göre Karşılaştırılması	86
Tablo 4.22. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Pandemi Sürecinde Evde Yemek Yeme Davranışı Artma Durumlarına Göre Karşılaştırılması	86
Tablo 4.23. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Psikiyatrik Rahatsızlık Durumlarına Göre Karşılaştırılması	87
Tablo 4.24. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Karşılaştırılması	88
Tablo 4.25. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Pandemide Koronavirüse Yakalanma Durumlarına Göre Karşılaştırılması	88
Tablo 4.26. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Koronavirüs ile İlgili Bilgileri Takip Etme Sıklıklarına Göre Karşılaştırılması	89
Tablo 4.27. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin” Cronbach’s Alpha Değerleri	89
Tablo 4.28. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Aritmetik Ortalamalara Göre Dağılımı	90
Tablo 4.29. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması	90
Tablo 4.30. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	91
Tablo 4.31. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması	92
Tablo 4.32. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların BKİ Gruplarına Göre Karşılaştırılması	93
Tablo 4.33. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Kendini Kilolu Olarak Görme Durumlarına Göre Karşılaştırılması	94

Tablo 4.34. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Pandemi Sürecinde Evde Yemek Yeme Davranışı Artma Durumlarına Göre Karşılaştırılması.....	95
Tablo 4.35. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Psikiyatrik Rahatsızlık Durumlarına Göre Karşılaştırılması.....	96
Tablo 4.36. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Karşılaştırılması	97
Tablo 4.37. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Pandemide Koronavirüse Yakalanma Durumlarına Göre Karşılaştırılması.....	97
Tablo 4.38. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” Alt Boyutlarının Katılımcıların Koronavirüs ile İlgili Bilgileri Takip Etme Sıklıklarına Göre Karşılaştırılması.....	98
Tablo 4.39. Ölçekler Arasındaki Korelasyon Katsayıları	99
Tablo 4.40. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “Psikolojik” Alt Boyut Puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği Puanları Üzerindeki Etkisi	106
Tablo 4.41. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “Somatik” Alt Boyut Puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği Puanları Üzerindeki Etkisi	106
Tablo 4.42. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “Sosyal” Alt Boyut Puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği Puanları Üzerindeki Etkisi	107
Tablo 4.43. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “Ekonomik” Alt Boyut Puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği Puanları Üzerindeki Etkisi	107
Tablo 4.44. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “C19P-S Toplam” Puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği Puanları Üzerindeki Etkisi	108
Tablo 4.45. Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” Alt Boyut Puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği Puanları Üzerindeki Etkisi	108
Tablo 4.46. Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” Alt Boyut Puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği Puanları Üzerindeki Etkisi	109
Tablo 4.47. Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “SAÖ Toplam” Puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği Puanları Üzerindeki Etkisi	109

ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa No.</u>
Şekil 2.1. Koronavirüsün şematik yapısı	7
Şekil 2.2. DSÖ bölgelerine göre vaka sayısı	8
Şekil 2.3. En fazla tanı olan ülkelerde ölüm oranlar.....	8
Şekil 2.4. Nazofarengeal numune alımı.....	12

ÖZET

YETİŞKİN BİREYLERDE COVID-19 KORKUSU VE SAĞLIK ANKSİYETESİNİN DUYGUSAL YEME DAVRANIŞI ÜZERİNE ETKİSİ

Bu çalışmanın amacı yetişkin bireylerde COVID-19 korkusu ve sağlık anksiyetesinin duygusal yeme davranışı üzerine etkisinin incelenmesidir. Çalışma kesitseldir. İlişkisel tarama modeli kullanılmıştır ve betimsel bir çalışmadır. Örneklem Mart 2021 – Mayıs 2021 arasında oluşturulmuştur. Veri toplama araçları olarak; Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Koronavirüs Bilgi Formu, Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği (C19P-S), Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) ve Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği (TDYÖ) kullanılmıştır. Araştırmaya Kocaeli ilinin İzmit ilçesinde ikamet eden ve bilgilendirilmiş onamı alınan 803 gönüllü katılımcı dahil edilmiştir. Bireylerin sosyo-demografik değişkenlerine göre ölçek puanları arasındaki farklar incelendiğinde, yetişkin bireylerin C19P-S puanlarının yetişkinlerin cinsiyet, medeni durum, kendini kilolu olarak görme durumu, pandemi sürecinde evde yemek yeme davranışı artma durumu ve koronavirüs ile ilgili bilgileri takip etme sıklıklarına göre, SAÖ puanlarının yetişkinlerin cinsiyet, yaş, pandemi sürecinde evde yemek yeme davranışı artma durumu, psikiyatrik rahatsızlık durumu ve kronik hastalık durumlarına göre, TDYÖ puanlarının yetişkinlerin cinsiyet, yaş, medeni durum, BKİ, kendini kilolu olarak görme durumu, pandemi sürecinde evde yemek yeme davranışı artma durumu, psikiyatrik rahatsızlık durumu ve koronavirüs ile ilgili bilgileri takip etme sıklıklarına göre anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Ölçekler ve alt boyutlar arasındaki ilişki incelenmiş, yetişkinlerin C19P-S puanları ile SAÖ puanları arasında, TDYÖ puanları ile SAÖ puanları arasında ve C19P-S puanları ile TDYÖ puanları arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur. C19P-S puanları ve SAÖ puanlarının TDYÖ puanları üzerindeki etkisinin incelenmesi sonucunda, C19P-S ve SAÖ'nin tüm alt boyut ve toplam puanlarının TDYÖ puanları üzerinde istatistiksel olarak etkisinin olduğu bulunmuştur. Bu araştırmanın bulgularının ilgili literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Duygusal yeme, Fobi, Sağlık anksiyetesi.

ABSTRACT

THE EFFECT OF COVID-19 FEAR AND HEALTH ANXIETY ON EMOTIONAL EATING BEHAVIOR IN ADULT INDIVIDUALS

The aim of this study is to examine the effects of fear of COVID-19 and health anxiety on emotional eating behavior in adults. The study is cross-sectional. The relational survey model was used and it is a descriptive study. The sample was created between March 2021 and May 2021. As data collection tools; Socio-Demographic Information Form, Coronavirus Information Form, Coronavirus 19 Phobia Scale (C19P-S), Health Anxiety Scale (HAC), and Turkish Emotional Eating Scale (TEES) were used. 803 volunteer participants residing in Izmit district of Kocaeli province and whose informed consent was obtained were included in the study. When the differences between the scale scores according to the socio-demographic variables of the individuals are examined, the C19P-S scores of the adult individuals are determined according to the gender, marital status, seeing oneself as overweight, the increase in eating behavior at home during the pandemic process, and the frequency of following the information about the coronavirus. According to the SAC scores of adults according to gender, age, increase in eating behavior at home during the pandemic process, psychiatric disorder and chronic disease, TEES scores of adults are based on gender, age, marital status, BMI, and self-observation of overweight. It was found that there is a statistically significant difference according to the frequency of following the information about the increase in eating behavior at home, psychiatric illness and coronavirus during the pandemic process. The relationship between the scales and sub-dimensions was examined, and statistically significant correlations were found between the adults' C19P-S scores and SAC scores, between TEES scores and SAC scores, and between C19P-S scores and TEES scores. As a result of examining the effects of C19P-S scores and SAC scores on TEES scores, it was found that all sub-dimensions and total scores of C19P-S and SAC had a statistically significant effect on TEES scores. It is thought that the findings of this study will contribute significantly to the relevant literature.

Keywords: *COVID-19, Emotional Eating, Health anxiety, Phobia.*

1. GİRİŞ

Pandemi geçmişte olduğu gibi günümüzde de bizi yakından ilgilendiren bir konu haline gelmiştir. Pandemi teriminin genel özellikleri arasında; geniş bir coğrafyaya yayılması, nüfus bağımsızlığının az olması ve hızlı bir şekilde yayılması sayılabilir. COVID-19 da bu özellikleri bünyesinde fazlasıyla barındırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, “söz konusu virüsü 11 Şubat 2020 tarihinde COVID-19 olarak isimlendirmiş, virüsün 160 ülkeye yayılarak 200.000’i aşkın vaka, 8.000 ölü sayısına ulaşmasının ardından COVID-19 salgını için pandemi” ilan etmiştir (Zhao et al., 2020). Türkiye’de ise COVID-19 teşhisi konulan ilk resmi vaka 11 Mart 2020’de açıklanmış ve ilk ölüm 17 Mart 2020’de kaydedilmiştir. İlk vakanın ardından rakamlar hızla artması ve vaka sayısı 10.000’i ölü sayısı ise 20 günde 150’yi aşması kısa zaman içinde gerçekleşmiştir. COVID-19 diğer bir isimliyle Korona virüs, ideolojik, dini, ekonomik ya da sosyal statü gözetmeksizin herkesi hedef almaktadır. Dolayısıyla yaşamın her alanında olumsuz etkileri görülmektedir. Ülkeleri hazırlıksız yakaladığı oranda ekonomi, sağlık ve sosyal yaşam başta olmak üzere kendisini kriz şeklinde göstermektedir. Kurulu düzenler, yeniden şekillenmeye ve köklü değişime zorlanmaktadır (Khan et al., 2020). Günlük yaşamdaki bu tür ani değişikliklerin akıl sağlığını önemli ölçüde etkileyebilecek risk faktörleri olduğu düşünülmektedir (Choi et al., 2020). Hastalanma korkusu, belirsizlik, hastalığın kendisine, ailesine bulaşacağı, yaşadığı yerin güvensiz olduğuna yönelik ve buna benzer değerlendirmeler yoğun bir kaygı kaynağı olacağı muhtemeldir.

Kaygının diğer bir deyişle anksiyetenin psikolojide bir kavram olarak genel tanımı varlığın sürdürülmesinde ve bireye yönelik olası bir tehlike tehdidi karşısında kişiyi gereğini yapmak üzere harekete geçmesi için hazırlayan temel duygulardandır (Ohman, 2008). Kaygının biyolojik ve antropolojik olarak açıklanmasında, organizmanın gerçek yaşam tehdidi Lorenz’e göre kaygı, “biz insanlar, yüzbinlerce yıl önce hayvanken, o zamanların dünya koşulları altında sık sık yaşam tehditleriyle yüz yüze geliyor ve korkup ya kaçıyor ya da düşmanla savaşıyorduk. Ancak, birçok tehlikeyi insanlık olarak kontrol altına almış olduğumuz şimdiki dünya koşullarında,

görece olarak çok seyrek gerçek yaşam tehditleriyle karşılaştığımız için, nesnesi belirli korku yerine daha çok nesnesi belirsiz ya da farkında olmadığımız korku -yani kaygı- yaşamamız kaçınılmaz olmuştur. Bir diğer ifadeyle, evrimsel olarak biyolojik yapımız değişmediği halde dünyamız çok değiştiğinden ve organizmamızın yaşam içgüdüğü, çevreden gelebilecek tehditlere karşı daima uyanık olmayı gerektirdiğinden ama bu arada korkmamıza yol açabilecek belirgin nesneler çok azalmış olduğundan, yaşamaya bir anlamda mecbur olduğumuz bu korkular yerine kaygı yaşıyoruz” şeklinde tanımlanmıştır (Ditfurth,1991). Anderson et al. (2011) sağlık anksiyetesini, “bireyde sağlığının tehlikede olduğu düşüncesi ile ortaya çıkan, bireyde bedensel ve duygusal kaygı belirtilerini tetikleyen psikolojik bir durum” olarak tanımlamıştır. Sağlık ile ilgili kaygı, çok sık gözlemlenebilen bir durumdur ve makul düzeyde olduğunda patolojik olarak değerlendirilmemektedir (Oğulluk, 2019). Sağlık anksiyetesi, anksiyete bozukluklarının da oluşumunda yer almakta ve bileşenlerinden birisi olarak klinik görünümünü biçimlendirmektedir (Norton, 2007).

Kişi, doktorlardan ciddi hastalık kanıtı olmadığına dair güvence alsa bile, hastalık mahkumiyeti ve meşguliyeti devam eder ve korkutucu “semptomlar” nadiren aşamalı hale gelse de daha kötü (ciddi bir fiziksel durum durumunda olabileceği gibi) fikrine direnirler. Sağlık kaygılarının aşırı doğası hakkında zayıf içgörülere sahip olsalar da tanım gereği hayal görmezler. Hastalık mahkumiyeti, şu anda bir hastalığa sahip olma korkusuyla yakından ilişkili olduğu gibi ayrıca gelecekte bir hastalığa yakalanma korkusu ile ilişkilidir. Kontrol algısı, önemli bulunan durumları değiştirme veya değişime adapte olabilmeye algısının yeterliliğidir (Skinner, 1996). Sağlık anksiyetesinin ciddiyeti, genellikle fiziksel sağlık kriterleri ile alakalı değildir (Barsky et al., 1994). Sağlık anksiyetesi yüksek olan kişiler dışarıda çalışma olasılığı düşük kişilerdir. Genellikle evde fazla gün yatak istirahati alan, fiziksel kısıtlamaları yüksek engelli maaşı almayı tercih ederler (Barsky et al., 1994; Escobar et al., 1998).

Duygusal yeme davranışı olumsuz duygular karşısında aşırı yeme davranışına karşılık gelmektedir. Genel tanımıyla duygusal yeme davranışı “depresyon, kızgınlık, anksiyete gibi duygu durumlarına tepki ve cevap olarak gelişen bir yeme davranışı eğilimidir”. Duygusal yeme psikolojik, sosyal ve biyolojik birçok faktörden etkilenmektedir (Slockhover and Kaplan, 1980). Yeme bozuklukları, günümüzde “ideal” olarak zayıflığın ön plana çıkarıldığı (örneğin film yıldızları ve mankenlerin rol model olarak ön plana çıktığı) endüstrileşmiş toplumlarda oldukça yüksek bir

prevalansa sahiptir. Araştırmalar incelendiğinde duygusal yeme davranışı ile tıkanırcasına yeme bozukluğunun yakından ilişkili olduğu görölmüştür. “Tıkanırcasına yeme bozukluğu olan bireylerde olumsuz duygu duruma cevap olarak yemek yemeye yönelme görölmektedir. Genellikle bu durum obez kadınların iletişim sorunu yaşaması gibi olumsuz durumlarda duygulara tepki olarak yemek yeme” şeklinde görölmektedir (Piraguy et al., 2003). Mehrabian (1980) gıda alım miktarı ile farklı duygu ve tepki türleri arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Buna göre “fazla gıda alımı sıkıntı, depresyon, yorgunluk emosyonları sırasında olurken, az miktarda gıda alımı ise korku, gerilim ve ağrı emosyonları ile ilişkili” bulunmuştur. Lyman (1982) “olumlu emosyonlar sırasında sağlıklı gıda alımına eğilim varken, olumsuz emosyonlar sırasında ise zararlı gıda alımına yönelimin daha fazla olduğunu” göstermiştir. Patel and Schlundt (2001) “olumlu ve olumsuz mizaçta nötral mizaca göre belirgin olarak daha fazla yemek yendiğini ve olumlu mizacın olumsuz mizaca göre gıda alımı üzerine daha belirleyici bir etkiye sahip olduğunu” bulmuşlardır. Macht (1999) öfke, korku, mutsuzluk ve neşenin yeme davranışı üzerine farklı etkilerini incelemişlerdir. Bu araştırmada “deneklerin öfke ve neşe sırasında korku ve mutsuzluğa göre daha fazla düzeyde açlık hissettiklerini” ortaya konmuştur. Öfke sırasında hızlı, düzensiz ve ne bulursa onu yeme tarzında özensiz yeme ile karakterize dürtüsel yemede artış gözleniyorken, neşe sırasında ise gıdaları lezzetli olduğu için yeme ya da sağlıklı olduğu düşünölen gıdaları tüketme tarzında hazzı – hedonic-yemede artış gözlenmiştir. Stres ve yeme davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen önceki çalışmalar çeşitli sonuçlar ortaya koymuştur (Van Strien et al., 2011).

Literatür incelendiğinde, Türkiye’de yetişkin bireyler üzerinde duygusal yeme davranışı ile çok fazla araştırma yapılmadığı gözlenmiştir. Bu bilgiler doğrultuda “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği (C19P-S)”, “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)” ve “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği (TDYÖ)”ni araştıran ayrı ayrı araştırmalar gözlemlenirken, aralarındaki ilişkinin araştırılmadığı göze çarpmaktadır. Bu çalışmanın amacı yetişkin bireylerde COVID-19 korkusu ve sağlık anksiyetesinin duygusal yeme davranışı üzerine etkisinin incelenmesidir. Aynı zamanda araştırmada kullanılan ölçeklerin birlikte etkinliklerini görmek ve etkinliklerinin karşılaştırılmalarının incelenmesi hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bulaşıcı Hastalıklar ve Pandemi Kavramı

Bulaşıcı hastalık kavramı; bir mikroorganizma veya onun toksik ürünlerine bağlı olarak ortaya çıkan hastalık şeklinde açıklanmaktadır (TCSB, 2022a; İSTABİP, 2022). Bulaşıcı hastalıklar, mikroorganizmaların sebep olduğu; doğrudan veya dolaylı olarak kişiden kişiye bulaşabilmektedir (Erdoğan ve Hoccoğlu, 2020).

Pandemi kavramı ise; bir hastalığın, enfeksiyon patojeninin ya da sağlıkla ilgili bir problemin tüm dünyaya yayılım göstermesidir (TCSB, 2022a). Eski Yunanca'dan pan: tüm + demos: insanlar olarak kullanıma giren “pandemi” terimi, tüm dünyayı etkisi altına alan salgın hastalıkların genel ismi olarak karşımıza çıkar ve dünya nüfusunun önemli bir bölümünü etkilemektedir (Aslan, 2020; Budak ve Kormaz, 2020; İSTABİP, 2022).

“Hastalık oluşturan bir enfeksiyon etkeninin duyarlı canlıya doğrudan veya dolaylı yolla geçmesi sonucu bulaşıcı hastalıkların yayılarak çok sayıda canlıda hastalık oluşturmaları” salgın hastalık olarak tanımlanmıştır (Parıldar ve Dikici, 2020).

2.2. COVID-19

2.2.1. Koronavirüs Tarihçesi

Koronavirüsler (CoV) zarflı, tek zincirli pozitif RNA virüsleri olup, oldukça geniş bir aile oluşturmaktadırlar. Koronavirüsler (CoV'ler) üzerine yapılan araştırmalar, bu virüslerin 10.000 yıl önce var olduğunu göstermektedir. Genel olarak CoV'lerin konaklarının uçabilen, sıcakkanlı kuşlar ve memeli omurgalılar olduğu düşünülmektedir (Wertheim et al., 2013). Develer ve yarasalar başta olmak üzere birçok hayvan türünde yaygın olarak görülmektedir. Alfa, beta, gama ve delta olmak üzere dört koronavirüs alt grubu bulunmaktadır (WHO, 2022a).

- Alfacoronavirus: Yarasa, insan, domuz
- Betacoronavirus: Kemirgenler, yarasa, insan

- Gammacoronavirus: Kuş, deniz memeli hayvanları
- Deltacoronavirus: Bülbül, ispinoz ve ardıc kuşunda tanımlanmıştır (Al-Tawfiq, 2013; Çiftçi ve Çoksüer, 2020).

İnsan koronavirüsleri (HCoV) 1960'lı yıllarda Tyrrell ve Bynoe tarafından Birleşik Krallık Soğuk Algınlığı Araştırma Birimi'ndeki katılımcı insanlar üzerinde araştırma yaparken hafif üst solunum yolu enfeksiyonu olan kişilerin burun salgılarından alınan kültür örneğinde saptanmıştır (Jaiswal and Saxena, 2020). McIntosh et al. 1960'lı yılların sonuna doğru, trakeal organ kültüründe farelerin beyinlerine başarılı bir şekilde adapte edilen ancak doku kültüründe üremeyen IBV benzeri HCoV-OC43 gözlemlemişlerdir (McIntosh et al., 1967). HCoV-229E, HCoV-OC43 ve IBV'nin elektron mikroskobu altında benzer morfolojiye sahip olduğunun görülmesinin ardından bu virüslerin yeni grubuna 1968'de koronavirüs adı verilmiş ve 1975'te virüs ailesinin adı Coronaviridae olarak belirlenmiştir (Jaiswal and Saxena, 2020).

Koronavirüs olarak adlandırılan bu iki virüs (HCoV-229E, HCoV-OC43), 2002 yılına kadar sadece insanlarda solunum yolu enfeksiyonuna neden olmuştur. Çin'in Guangdong şehrinde diğer virüs tiplerinden daha ağır bir tablo ile karşımıza çıkan "Ağır Akut Solunum Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome-SARS)" etkeni yeni bir koronavirüs "Ağır Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-SARS-CoV)" tipi 2003 yılında tanımlanmıştır (Al-Tawfiq, 2013; Çiftçi ve Çoksüer, 2020). Genel olarak, SARS yüksek ateşle başlamakta ($>38,0^{\circ}\text{C}$), baş ağrısı, genel bir rahatsızlık hissi, ağrı ve hafif şiddette solunum semptomları eşlik edebilmektedir. Hastaların yaklaşık %10-20'sinde diyare ve 2-7 gün sonra kuru öksürük eşlik edebilmektedir (WHO, 2022b). Guangdong'da yapılan araştırmalar sonucunda canlı hayvan pazarlarındaki küçük memelilerin (misk kedileri) benzer virüsler taşıdığı tespit edilmiştir. Yarasalar, SARS benzeri koronavirüslerin doğal rezervuarları iken misk kedilerinin ara konak olduğu belirlenmiştir. SARS küresel salgını Kuzey Amerika, Güney Amerika, Avrupa ve Asya'da iki düzineden fazla ülkeye yayılım gösterdikten sonra kontrol altına alınabilmiştir (Çiftçi ve Çoksüer, 2020).

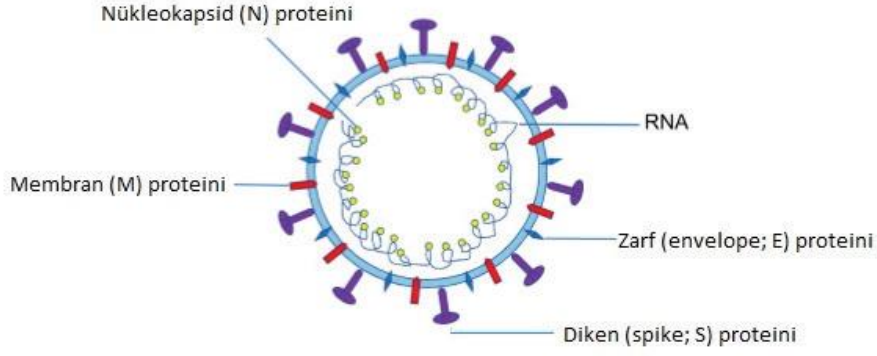
Daha sonra 2004 ve 2005 yıllarında insanlarda yaygın bir şekilde solunum yolu enfeksiyonlarına yol açan iki yeni koronavirüs türü NL63 ve HKU1 tanımlanmıştır.

Bununla birlikte, insanlarda yaygın hastalık yaptığı bilinen 229E, OC43, NL63 ve HKU1 türleri SARS'dan farklı şekilde genellikle hafif orta şiddette infeksiyonlara neden olmaktadır (Al-Tawfiq, 2013; Çiftçi ve Çoksüer, 2020).

Daha sonra 2012 yılında Orta Doğu solunum sendromu (Middle East respiratory syndrome, MERS) adı verilen, enfekte tek hörgüçlü develerden insanlara bulaşan koronavirüsün (MERS-CoV) sebep olduğu viral solunum yolu hastalığı meydana gelmiştir (WHO, 2022c). Hastalar tipik olarak ateş, nefes darlığı, öksürük şikayetiyle sağlık merkezlerine başvurmuşlardır. Ayrıca diyare gibi gastrointestinal şikayetleri ve birçok hastada pnömoni, solunum yetmezliği ve böbrek yetmezliği gibi ciddi semptomlar görülmüştür (CDC, 2022a). Virüsün kökeni tam olarak anlaşılamamıştır ancak yarasalarda ortaya çıktığı ve sonrasında develere bulaşmış olabileceğine inanılmaktadır. Sağlık yetkilileri MERS vakalarını ilk olarak Eylül 2012'de Suudi Arabistan'da bildirmişlerdir. MERS vakalarının Arap Yarımadası'ndaki ve yakınındaki ülkelere seyahat etme veya bu ülkelerde ikamet etme nedeniyle görülebileceği düşünülmüştür (CDC, 2022b).

2.2.2. COVID-19 Epidemiyolojisi

Koronavirüsler önemli insan ve hayvan patojenleridir (Er, 2021). Çin Halk Cumhuriyeti'nde Wuhan şehrindeki 2019 yılının sonuna doğru Huanan Deniz Ürünleri Pazarı'nda ortaya çıkan bazı pnömoni vakaları yeni bir koronavirüs hastalığı ile ilişkilendirilmiş, başlangıçta 2019-nCoV olarak adlandırılan bu virüs, salgının sonraki günlerinde SARS-CoV-2 olarak adlandırılmıştır. Mikroskopik yapısı itibarıyla taç şekline banzediği için, Latince “taç” anlamındaki ‘Coronalis’ kelimesine dayanarak ‘Co’ “corona”, ‘VI’ “Virüs”, ‘D’ “Disease (hastalık)” sözcüklerinin biraraya gelmesiyle oluşan COVID olarak belirlenmiştir. Virüsün 2019 yılında ortaya çıktığını da belirtmek amacıyla kelimenin sonuna 19 eklenmesi ile COVID-19 (yeni koronavirüs) adı verilmiştir (Li et al., 2020a; Kiyat et al., 2020).

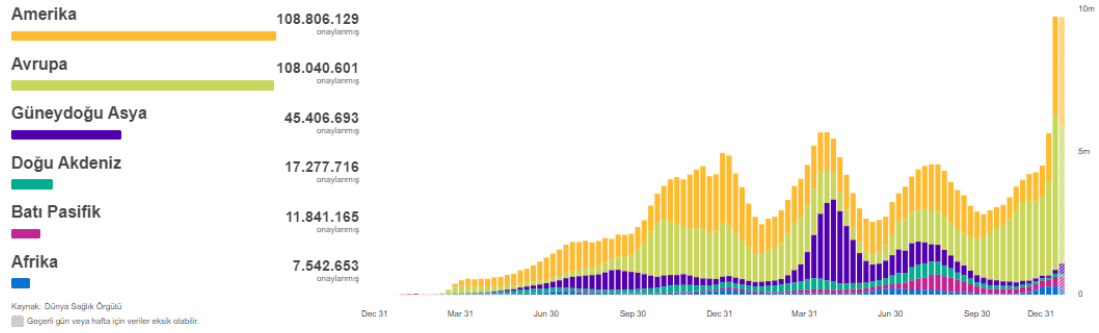


Şekil 2.1. Koronavirüsün şematik yapısı

Kaynak: Zhou et al., (2019)

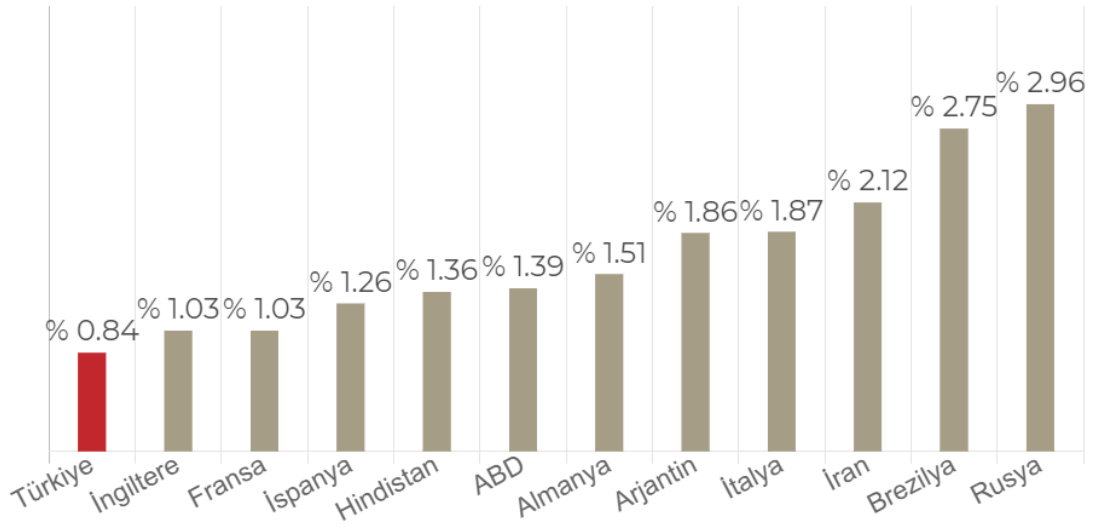
Dünya Sağlık Örgütü Çin Ülke Ofisi'ne 31 Aralık 2019 tarihinde, Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde Huanan deniz ürünleri pazarından kaynaklandığı düşünülen etiyojisi bilinmeyen pnömoni vakaları bildirilmiştir (WHO, 2022d). Çin Hastalık ve Kontrol Merkezi, 7 Ocak 2020'de hastaların alt solunum yolu örneklerinden yeni bir koronavirüs tespit etmiş ve 11 Ocak'ta bu virüsün genomik bir sekans gösterdiğini açıklamıştır. Bu yeni koronavirüs daha sonra şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs-2 (SARS-CoV-2) olarak isimlendirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2019'da tanımlanan SARS-CoV-2'nin neden olduğu bu enfeksiyonu COVID -19 olarak adlandırmıştır (Fang et al., 2020; Zhang et al., 2020). Hastalığın kıtalar arasında yayılmasının ardından DSÖ, COVID-19 virüsünü 11 Mart 2020 tarihinde pandemi olarak ilan etmiştir (WHO, 2022e).

COVID-19 pandemisinde 10 Ocak 2022 tarihi itibarıyla tüm dünyada 300 milyonu aşan doğrulanmış vaka ve beş milyondan fazla doğrulanmış ölüm söz konusu olmuştur. DSÖ bölgelerine göre bakıldığında 10 Ocak 2022 tarihi itibarıyla en çok onaylanmış vaka ve ölüm Amerika bölgesinde, ülke olarak ise Amerika Birleşik Devletleri'nde gözlenmiştir (WHO, 2022f; CBDDO, 2022a). DSÖ bölgelerine göre vaka sayısı Şekil 2.2'de, en fazla tanı olan ülkelerde ölüm oranları Şekil 2.3'de sunulmuştur.



Şekil 2.2. DSÖ bölgelerine göre vaka sayısı

Kaynak: WHO, (2022f)



Şekil 2.3. En fazla tanı olan ülkelerde ölüm oranları

Kaynak: CBDDO, (2022a)

Aralık 2019'da tespit edilen pnömoni vakalarından sonra hasta sayısı hızla artmış, sağlık çalışanlarına da hastalık bulaştığı görülmüştür. Hastalık, insandan insana bulaşma özelliği nedeniyle hızla yayılmıştır. Devam eden süreçte Dünya'da olduğu gibi ülkemizde de vaka sayılarında artış görülmüştür (TCSB, 2022b).

COVID-19 pandemisinde Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye'de en son 25-31 Aralık 2021 tarihinde toplam vaka sayısı 9.482.550, toplam ölüm sayısı ise 82.361 olarak bildirilmiştir (TCSB, 2022c; TCSB, 2022d). Ülkemiz 10 Ocak 2022 tarihi itibarıyla dünyada doğrulanmış toplam vaka sayısında sırasıyla ABD, Hindistan, Brezilya, İngiltere, Fransa ve Rusya'dan sonra yedinci, doğrulanmış toplam ölüm sayısında ise on ikinci sırada yer almaktadır (CBDDO, 2022a; CBDDO, 2022b). Son olarak tüm dünyada 8 Haziran 2022 tarihinde toplam vaka sayısı 533.039.053, toplam

ölüm sayısının ise 6.302.261 olarak bildirilmiştir (Vikipedi, 2022). Türkiye’de ise toplam vaka sayısı 15.072.747, toplam ölüm sayısı 98.965 olarak bildirilmiştir (Vikipedi, 2022).

COVID-19 virüsünün insandan insana bulaştığı, özellikle yetişkinlerin COVID-19’a karşı duyarlı olduğu ve hastalığın ciddiyetinin yaşla ilişkisi olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalık gibi komorbiditesi olan kişilerde hastalığın daha şiddetli seyrettiği gösterilmiştir (Yang et al., 2020). Chen et al. (2020), COVID-19 teşhisiyle yatan 99 hastayı incelediği araştırmada, yaşlı erkeklerin enfekte olma olasılığının daha yüksek olduğunu ve Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu’na (ARDS) daha kısa sürede girdiklerini ve bu durumun da sağlığını tehdit eden bir sorun olduğunu göstermişlerdir. Komorbiditelerin meta-analizinin yapıldığı bir çalışmada hastaların yaklaşık %17’sinde hipertansiyonun, %8’inde diyabet, %5’inde kardiyovasküler hastalıklar ve %2’sinde solunum sistemi hastalığının olduğu tespit edilmiştir (Yang et al., 2020).

Li et al. (2020b) yaptıkları araştırmada “425 vakada bulaştırıcılık katsayısı (R_0) 2,2 olarak tahmin edilmiştir, bu da ortalama olarak her hastanın 2,2 kişiye enfeksiyon yaydığı anlamına gelmektedir. Genel olarak, bir salgın hastalık, R_0 1’den büyük olduğu sürece ilerleyecektir ve kontrol önlemleri R_0 değerini 1’in altına düşürmeyi” amaçlamaktadır (Li et al., 2020b).

2.2.3. COVID-19 Bulaş Yolları

COVID-19 hastalığı temelde damlacık yoluyla yayılmaktadır. Doğrudan insandan insana virüs içeren damlacıkları soluyarak bulaşma, COVID-19’un başlıca bulaş yolu olarak belirtilmektedir. Temel olarak damlacık yoluyla yakın mesafeli temas (yaklaşık altı fit veya iki metreden daha yakın) ile bulaşın gerçekleştiği düşünülmektedir. Ayrıca hasta kişilerin öksürme, hapşıрма ile ortaya saçılan damlacıklarının diğer bireylerin elleri ile temas etmesi sonrasında ellerini ağız, burun veya göz mukozasına temas etmesi yoluyla bulaşmaktadır (TCSB, 2022e).

SARS-CoV-2 gaita, kan, oküler salgılar ve meni dahil olmak üzere solunumla ilgili olmayan örneklerde tespit edilmiştir fakat bu bölgelerin bulaşmadaki rolü henüz belirlenememiştir (Chen et al., 2020; Colavita et al., 2020; Li et al., 2020; Wang et al., 2020).

COVID-19 riski, kişinin maruz kaldığı virüs miktarına göre değişiklik göstermektedir. Enfekte kişi ile arasında 1-2 metreden daha az mesafe bulunan kişilerin enfekte olma riski en yüksek olduğu belirtilmiştir. Virüs kaynağından uzaklaştıkça ve kaynağın ekshalasyonundan sonra geçen süre arttıkça enfeksiyon riskinin azaldığı bildirilmiştir. Bir kişinin havada veya virüs bulaşmış bir yüzeye dokunarak maruz kaldığı virüs miktarını, havadaki virüsün yerçekimi ve hava akımı neticesinde azalan konsantrasyonu, sıcaklık, nem ve ultraviyole radyasyon gibi çevresel faktörlerden etkilenen zaman içinde viral canlılığın ve bulaşıcılığın aşamalı kaybı belirlemektedir (CDC, 2022c). Çeşitli yüzeylerde virüsün dayanma süreleri ile ilgili çalışmalar yapılmış ve “aerosollerle havada 3 saat, bakır yüzeylerde 4 saat, kartonda bir gün, paslanmaz çelikte 2 gün, plastikte 3 gün infektivitelerini devam ettirebileceği” gösterilmiştir (Doremalen et al., 2020).

Bulaşa neden olan bir başka durumun ise yetersiz havalandırılan kapalı mekanların olduğu vurgulanmıştır. Yetersiz havalandırılan kapalı mekanlarda enfekte kişinin fiziksel efor sarfetmesi ve sesini yükseltmesiyle (egzersiz, bağırarak, şarkı söylemek gibi) artan solunum sıvısı ekshalasyonu ve bu koşullara uzun süre maruz kalmayla birlikte (tipik olarak 15 dakikadan fazla) bulaş riski artmaktadır (CDC, 2022d). COVID-19 salgınının raporlarında, kapalı, yetersiz havalandırılmış alanlarda (örneğin bir restoranda, bir otobüste) daha uzun mesafede hava yoluyla bulaşma ihtimalinin arttığı vurgulanmıştır (Lu et al., 2020; Shen et al., 2020; CDC, 2022e).

2.2.4. COVID-19 Klinik Bulguları

COVID-19’un en bilinen belirtileri; “hipertermi, tremor, kuru öksürük, dispne, kas veya vücut ağrıları, baş ağrısı, boğaz ağrısı, tat ve koku kaybı, burun tıkanıklığı veya burun akıntısı, bulantı, kusma, diyare yorgunluk” şeklinde sıralanabilir (Budak ve Korkmaz, 2020; WHO, 2022g; CDC, 2022f; TCSB, 2022e).

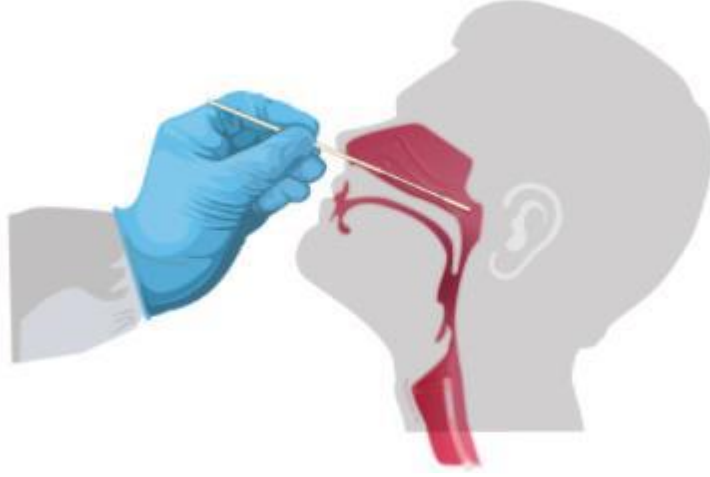
COVID-19 hastalığının kuluçka süresi 2 ila 14 gün arasındadır. COVID-19 hastalığının belirtileri hafif, orta ve ağır şiddette meydana gelebilmektedir. Ağır şiddetteki bireyler, ağır solunum yolu enfeksiyonu (ağır pnömoni), ARDS, sepsis, septik şok, miyokardit, aritmi ve kardiyojenik şok ile çoklu organ yetmezliği gibi tablolar ile kendini gösterebilmektedir (Murthy et al., 2020; WHO, 2022h). Bu nedenle hastalığı ağır geçiren bireylerin yoğun bakım ünitelerinde izlenmesi gerekmektedir.

COVID-19 ile ilgili yayınlanan ilk çalışmalar arasında Çin’de yapılan ve yaşı ortalaması 49 olan bir grupta ilk bulguların “ateş (%98), öksürük (%76), dispne (%55), kas ağrısı veya yorgunluk (%44), sekresyon (%28), baş ağrısı (%8), hemoptizi (%5) ve diyare (%3) olduğu görülmüştür. Hastalığın erken dönemlerinde sadece bir hastada ateş görülmemiştir. On iki (%29) olguda ilerleyen ARDS oluşmuştur (Huang et al., 2020). Wang et al. (2020) yaş ortalaması 56 olan 138 vakayı incelediği araştırmada hastaların 136’sında ateş semptomu görülmüş (%99), 2 kişide ateş görülmemiştir. Hastaların %59’unda kuru öksürük, %70’inde yorgunluk görülen semptomlar arasında olmuştur. Hastaların %10’unda ise bulantı kusma gibi gastrointestinal semptomlar tespit edilmiştir. Bu vaka serisinde 47 kişi (%34) taburcu olurken, 6 kişinin (%4) hayatını kaybettiği” bildirilmiştir (Wang et al., 2020).

2.2.5. COVID-19 Tanımlaması

Moleküler Testler: DSÖ tarafından COVID-19 için öncelikli tanı kriteri olarak kabul edilen yöntemlerden birisi “reverse transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR)” örnekleme yöntemidir. Bu yöntemde hasta bireylerden nazofarengeal, orofarengeal ya da kombine sürüntü örnekleri alınmaktadır. Bu örneklerin güvenilirliği %50-62 arasında değişmektedir (He et al., 2020). Literatür incelendiğinde; COVID-19 pozitif hastalar ile yapılan bir araştırmada COVID-19 hastalığının ilk beş günden önce en yüksek seviyeye ulaştığı ve alınan PCR sürüntüsünde canlı virüs saptandığı bildirilmiştir. Yine aynı araştırmada klinik bulgular ilk beş günden sonra azalsa da ikinci haftanın sonuna kadar alınan numunelerde COVID-19’un varlığı tespit edilmiştir (Wölfel et al., 2020).

Çin’de yapılan bir araştırmaya göre 1014 kişinin, PCR ve bilgisayarlı tomografi (BT) ile COVID-19 tanılması yapılmış, PCR’ı negatif çıkan hastaların %60’ının BT’sinin hastalıkla uyumlu olduğu belirlenmiştir (He et al., 2020). Bu nedenle; sadece PCR testinin negatifliği ile COVID-19 hastalığının ekarte edilmesinin mümkün olmadığı bildirilmiştir (Ai et al., 2020; He et al., 2020).



Şekil 2.4. Nazofarengeal numune alımı

Kaynak: CDC, 2022g

Serolojik Testler: Mevcut testlerin yanı sıra bireylerde COVID-19 virüsüne karşı gelişen antikor seviyelerinin belirlenmesi için hızlı ve güvenilir serolojik tabanlı testlere ihtiyaç duyulmaktadır (Dülger ve Ekici, 2020). COVID-19 virüsüne karşı edinilmiş antikor düzeyini belirleyen “enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA)” testidir. Bu testler COVID-19 vaka sürecinin izlenmesi ve önlemlerin alınması bakımından önem taşımaktadır (Ciotti et al., 2020). Serolojik testler, semptom gösteren vakaların yanı sıra virüsü yayılım hızını önemli derece etkileyen asemptomatik vakaların tespit edilmesini de sağlamaktadır (CHS, 2022). COVID-19’a karşı gelişen antikor düzeylerinin ölçülmesi için tanı kitleri üretilmektedir (Ciotti et al., 2020). Bu kitler ELISA tabanlı yöntemler ile rekombinant nükleokapsid (N) proteini ile antikor oluşumuna neden olan “S” proteinini hedeflemektedir (Guo et al., 2020). Bununla birlikte hızlı tanı kitleri ile COVID-19’a karşı oluşan IgG ve IgM antikorları kan, serum ya da plazma yoluyla belirlenebilmektedir (Li et al., 2020).

Radyolojik Testler: COVID-19 hastalığının tanılanmasında bir diğer tanı yöntemi olarak radyolojik görüntülemeler mevcuttur. Yapılan tetkiklerde direkt grafi yönteminin tanılama oranı %30- 60 arasında bulunmuş olup en kesin tanı yöntemi BT olarak gösterilmiştir (Ye et al., 2020). İngiliz Toraks Görüntüleme Derneği (British Society of Thoracic Imaging) Toraks BT’de karşılaşılabilecek görüntüleri “Tipik COVID-19, Olası COVID-19, Şüpheli COVID-19, Dışlanmış COVID-19” olarak sınıflandırmış ve bu parametrelere göre tanı konulması gerektiğini vurgulamıştır (BSTİ, 2022).

2.2.6. COVID-19 Pandemisinin Ortaya Çıkışı

COVID-19 virüsü, ilk olarak Çin'in Hubei Eyaleti'nin Wuhan kentinde Aralık ayının sonlarında solunum yolu belirtileri (ateş, öksürük, nefes darlığı) görülen bireylerde yapılan incelemeler sonucunda 13 Ocak 2020'de tanımlanmıştır (Yürük Bal ve Çelik, 2020; Duygulu ve ark., 2020; Li et al., 2020; TCSB, 2022f). COVID-19, DSÖ tarafından 11 Mart 2020'de "uluslararası endişe verici bir halk sağlığı acil durumu (pandemi)" olarak tüm dünyaya duyurulmuştur (World Health Organizations (WHO) announces COVID-19 outbreak a pandemic (WHO, 2022i). Ülkemizde ilk vaka 11 Mart 2020 tarihinde bildirilmiştir (Topeli ve ark., 2021).

COVID-19 pandemi sürecinin hızla yayılım göstermesiyle bilim insanları tarafından çeşitli sayıda ilaç ve aşı çalışmalarına başlanmıştır. Yapılan bu çalışmalar sonucu bazı aşilar geliştirilmiş ancak bulunan aşiların etkililiği tam olarak netleşmemiştir (WHO, 2022g). COVID-19 bulaşma hızının yüksekliği ve hastalığa bağlı görülen semptomların ağır seyretmesi nedeniyle toplumda ve sağlık hizmetlerinde kriz meydana getiren bir süreç oluşturmuştur (Şenol Çelik ve ark., 2020; UNDP, 2022).

2.2.6.1. COVID-19 virüsünün uluslararası yayılımı

Çin'de zatürre olarak 31 Aralık 2019'da belirtilen ilk vakaların DSÖ'ye bildirilmesinin ardından ilk kez DSÖ koronavirüs hastalığını "salgın" olarak adlandırmıştır. DSÖ, 30 Ocak 2020 tarihinde küresel salgını Uluslararası Sağlık Tüzüğü'ne istinaden "Uluslararası Öne Sıh Halk Sağlığı Acil Durumu" ilan etmiştir. "Vakaların Çin'in dışında 113'ten fazla ülkede görülmesi ve hızlı yayılımı nedeniyle 11 Mart tarihinde COVID-19 küresel salgın (pandemi)" olarak duyurulmuştur (WHO, 2022j). Daha sonra sırasıyla Tayland, ABD, Filipinler, Mısır, Fransa, İran, İtalya, Brezilya, Suudi Arabistan, Türkiye, İspanya gibi ülkelerde COVID-19 salgını görülmüş ve artarak yayılmaya devam etmiştir (UNESCWA, 2022; WHO, 2022k; TCSB, 2022c).

2.2.6.2. COVID-19 pandemisinin Türkiye'de yönetimi

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın yayınlamış olduğı ve her gün yenilenen veri sayfasında belirtildiğı üzere; Türkiye'de ilk COVID-19 vakası, 11 Mart 2020 tarihinde bildirilmiştir (WHO, 2022c). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın

koordinasyonu ile Bilim Kurulu kurulmuştur. Kurul, düzenli toplantılar yaparak alınacak tedbirleri, tanı ve tedavi protokollerini belirlemiştir. Öncelikli olarak alınması gereken en geçerli tedbirlerin; hijyen, sosyal mesafeyi koruma ve izolasyon olacağı ilan edilmiştir (İnce ve Evcil, 2020).

Ülkemizde ilk COVID-19 vakasının görüldüğü tarihten itibaren ülkemizdeki sağlık kuruluşlarında pandemi ile mücadele çalışmaları başlamıştır. Salgından etkilenen tüm hastaların tanı ve tedavilerinin yanı sıra salgının yayılmasını önlemeye yönelik filyasyon ve temaslı takibi çalışmaları yürütülmektedir. Hastanelerde COVID-19 hastalarının tanı ve tedavisi için özel izolasyon poliklinikleri, laboratuvar, servis ve yoğun bakımlar oluşturulmuş ve pek çok hastaya bu birimlerde sağlık hizmeti sunulmaktadır (Polat ve Coşkun, 2020; Bayülgen ve ark., 2021).

Ülkemizde ilk aşılama takvimi 14 Ocak 2021 tarihinde kademeli olarak uygulanmaya başlanmıştır (TCSB, 2022i). Hastalığa maruz kalma, hastalığı ağır geçirme ve bulaştırma riskleri ile hastalığın toplumsal yaşamın işleyişi üzerindeki olumsuz etkisi değerlendirilerek COVID-19 aşısı uygulanacak öncelikli ve riskli gruplar belirlenmiş olup bu gruplara sırasıyla aşı uygulanmıştır (TCSB, 2022j). Ülkemizde aşılama Sinovac aşısı ile başlatılmıştır, daha sonra ise aşılama programına Biontech, Turkovac aşıları eklenmiştir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülke genelinde toplumun %83,67'sinin iki doz aşılandığı bilinmektedir (TCSB, 2022k).

2.2.6.3. COVID-19 pandemisinin toplum üzerindeki etkileri

Pandemiler kişiyi ve toplumu pek çok alanda etkileyen ve aksaklıklara neden olan sosyal bir olaydır. Bulaşıcı hastalığın ortaya çıkardığı tehdit algısı arttıkça insanlar panik ve stres yaşamaktadırlar (Karataş, 2020). COVID-19 pandemisi sadece toplum sağlığını değil aynı zamanda sosyal, mesleki, politik, ekonomik, etik ve ahlâki alanları da etkilemiştir (Vanderweele et al., 2020). COVID-19 pandemisi hızla yayılım gösterdiği ve yüksek ölüm oranına sahip olması nedeniyle, fiziksel hastalıklar ile toplum üzerinde psikolojik baskı yaratmıştır (İzci ve ark., 2021).

Çin'de bir üniversitedeki öğrenciler üzerinde COVID-19'un psikolojik etkileri araştırılmış, "katılımcıların %24,9'unun COVID-19 salgını nedeniyle endişe yaşadığı bildirilmiştir. COVID-19 ile enfekte olmuş bir akraba veya arkadaşına sahip olmak, anksiyete semptomlarının gelişimi açısından önemli risk faktörleri" olarak ifade edilmiştir (Cao et al., 2020). Li et al. (2020) yapmış olduğu çalışmada, COVID-19

salgını sonrasında olumsuz duyguların (anksiyete, depresyon gibi) ve sosyal risklere duyarlılığın arttığı, olumlu duygu ve yaşamdan alınan doyumun azaldığı saptanmıştır.

COVID-19 ile enfekte olan kişi sayısı her gün giderek artmaktadır. Bu süreç içerisinde pandeminin ne zaman ve nasıl son bulacağı, alınan önlemlerin zamanla nasıl bir değişim göstereceği merak konusu olmaktadır (Karakaya, 2020).

Literatür incelendiğinde COVID-19 pandemisinin insanlardaki merak duygusunu ve haber alma isteğini artırdığı, travma sonrası stres düzeylerinin arttığını, hayatın anlamını sorgulama durumunun arttığını, en sık dile getirilen hususlardan birisi de “hiçbir şeyin eskisi gibi olmayacağı” söylemi olduğu, gelecekte maddi açıdan temel ihtiyaçlarını karşılayamama korkusu yaşadıkları görülmüştür (Karataş, 2020; Ataman ve ark., 2021 Salgının süresi uzadıkça toplumda varoluşsal kaygıların arttığı görülmüştür (Ataman ve ark., 2021).

2.2.6.4. COVID-19 pandemisinin hasta bireyler üzerindeki etkisi

Kronik hastalıklar, yavaş ilerleyen, üç ay ve daha uzun süreli, çoklu risk faktörünün sebep olduğu, çoğunlukla komplike seyreden ve bireylerin yaşam kalitesini etkileyen hastalıklardır (Sandalcı ve ark., 2020). COVID-19 virüsüne yakalanan aynı zamanda kronik hastalığa sahip olan kişilerde bu hastalıklar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin tümünde ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Kronik hastalıklar, COVID-19 salgını ile salgının etkilerinin artmasında etkin rol oynamıştır (Chen et al., 2020).

Elde edilen verilere göre COVID-19 enfeksiyonu, kronik hastalığı olan bireylerde daha fazla görülmekte ve daha ağır seyretmektedir. Chen et al. (2020) Ocak 2020’de (salgının 1. dalgasında) Wuhan’dan yayınladıkları bir çalışmada, 99 hastanın %51’inde en az bir kronik hastalık varlığı saptanmış olup, bu hastalıkların çoğunluğunu kardiyovasküler hastalıklar (KVH), serebrovasküler hastalıklar (SVH) ve diyabetes mellitus (DM)’ün oluşturduğu tespit edilmiştir.

Yapılan araştırmalarda ileri yaş, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, hipertansiyon, kalp hastalığı, diyabet ve olan bireylerde virüsün bulaşma riski yüksek bulunmuştur. Yine aynı çalışmada pnömoni, ateş, solunum güçlüğü sorunları genç hastalara göre ileri yaşlı bireylerde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Abajo et al., 2020; Lai et al., 2020; Lian et al., 2020).

COVID-19 pandemisi cerrahi hastalarının ameliyatlarının da aksamasına sebep olmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından elektif cerrahi girişimlerin ileri bir tarihte yapılmak üzere ertelenmesine karar verilmiştir (İnce ve Evcil, 2020; TCSB, 2022c). Çok acil ve acil olan vakalar hemen gerçekleştirilirken, elektif vakaların değerlendirilmesinde kurul kararları dikkate alınmıştır (Alimoğlu ve ark., 2020; Çelik ve ark., 2020).

2.2.6.5. COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanları ve yoğun bakım hemşireleri üzerindeki etkisi

İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresi (Occupational Safety and Health Administration- OSHA) COVID-19’u kişiden kişiye çok hızlı yayılım gösterdiği için en yüksek riskli enfeksiyon hastalığı ve bu enfeksiyonla mücadele eden yüksek risk grubunu ise sağlık çalışanları olarak tanımlamaktadır (OSHA, 2022).

COVID-19 salgını ile mücadelede tartışmasız olarak en fazla etkilenen ve hastalarla doğrudan temas halinde olan sağlık çalışanlarıdır. Sağlık çalışanlarının birçoğu COVID-19 pandemisi ile mücadele ederken enfekte olmuş, hatta hayatını kaybetmiştir (Choi and Jeffers, 2020). Enfekte olan ve yaşamını yitiren sağlık çalışanı sayısı ile ilgili net veriler olmamakla birlikte Uluslararası Af Örgütü’nün önderliğinde; “70’den fazla ülkede, ölümlerin sayısını izlemek için çok çeşitli veriler derlenip analiz edilmiştir. Bu çalışmaya göre incelenen ülkelerde, 5 Mart 2021’e kadar 17.000’den fazla sağlık çalışanı, COVID-19 hastalığı ve ilişkili durumlar nedeniyle hayatını kaybetmiştir” (AMNESTY, 2022a; AMNESTY, 2022b).

COVID-19 hakkında tüm bilinmezliklere rağmen, sağlık çalışanları, hastaların tedavi ve bakımını sürdürmek için büyük bir özveri ile görevlerini sürdürmektedir (Chew et al., 2020). Hastalar ile en çok temasta bulunan, tedavilerini uygulayan, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini devam ettirebilmeleri için gereken hemşirelik bakımını sağlayan, hastalara dokunan hemşireler, ekipte hayati bir rol üstlenmektedir (Chew et al., 2020; Ersoy ve ark., 2020; Holton et al., 2020; Polat ve Coşkun, 2020; Salopek-Žiha et al., 2020; Tan ve ark., 2020).

COVID-19 pandemisinin kontrol altında tutulması için gerekli önlemler alınırken; hem bireysel olarak kendini korumaya çalışan hem de hastaların korunması ve tedavisi için çaba gösteren sağlık çalışanlarının yaşadıkları deneyimler oldukça değerlidir (Polat ve Özlem, 2020). Sağlık çalışanlarında endişe yaratan sebepler olarak

iş stresi, çalışma vardiyalarının uzun olması, çok sayıda ölümün bir arada bulunması, hastalığa yakalanma ve/veya hastalığı bulaştırma riski, tedavi ile ilgili belirsizlikler karşımıza çıkmaktadır (Ersoy ve ark., 2020; Schwartz et al., 2020; Zhang, 2020). Sağlık çalışanları mesleklerini icra ederken kendilerine, bakım verdikleri hastalara, aile bireylerine bulaş riskini en aza indirmek için çaba göstermektedir. Bu sebeple mesai saatlerini negatif basınçta, kişisel koruyucu ekipman kullanarak geçirmektedir (Polat ve Coşkun, 2020). Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu aylarca ailelerinden, çocuklarından, ebeveynlerinden, eşlerinden sosyal izolasyon nedeniyle otel, yurt, apart gibi yerlerde ayrı yaşamak zorunda kalmışlardır (Kıraner ve Terzi, 2020).

Çin'de yapılan bir çalışmada, “sağlık profesyonellerinin çoğunluğunun depresyon, anksiyete, uykusuzluk, endişe ve fiziksel belirtiler yaşadıkları ve bunların içinde özellikle kadınların ve hemşirelerin daha fazla etkilendiği” bildirilmiştir (Lai et al., 2020). Cebeci ve Durmaz (2021), yapmış oldukları çalışmada COVID-19’lu hastalara bakım veren hemşirelerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Bayülgen ve ark. (2021) ise, çalışmalarında “COVID-19 pandemisi sürecinde hemşirelerin anksiyete düzeyinin yüksek, umutsuzluk düzeyinin ise orta düzeyde olduğunu” belirlemiştir. “Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nurses- ICN)” 11 Mart 2021 raporunda, tüm dünyada 3.000’den fazla hemşirenin COVID-19 virüsünden dolayı yaşamını yitirdiğini bildirmiştir (ICN, 2022).

COVID-19 hastalarının tedavisinde sağlık personelinin eğitimi, doğru kişisel koruyucu ekipman kullanımı, modern yoğun bakım ünitelerinde özel sağlık ekibinin varlığı önemli bir konudur (HEALTH, 2022). Yoğun bakım hemşireleri hasta bireyler ile en sık ve uzun süreli temasta bulunan sağlık profesyonelleridir. Yoğun bakım ünitelerinde görev alan hemşirelere COVID-19 pandemisinde çok daha fazla görev ve sorumluluk yüklenmektedir (Leblebicioğlu ve Aktaş, 2020). COVID-19 pandemi sürecinde yoğun bakım hemşireleri hastalarının gerekli tüm tedavi ve hemşirelik bakımlarını; özellikle resüsitasyon, aspirasyon, entübasyon, ağız bakımı gibi çok yakın temas gerektiren ve aerosol yayılımı yüksek uygulamaları sürdürmektedir (Xie et al., 2020).

Literatürde COVID-19 pandemi sürecinde çalışan hemşirelerin sürekli hasta ile temasta olma, medya maruziyeti, yoğun mesai saatleri, ortam değişiklikleri gibi

içsel ve dışsal stres oluşturabilen pek çok etkene maruz kaldıkları belirtilmiştir (Akalin ve Modanlıoğlu, 2021). Ayrıca, yoğun bakım hemşireleri psikososyal (ölüm korkusu, belirsizlik anksiyetesi, çaresizlik, ümitsizlik, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi) olarak da olumsuz etkilenmiştir (Hiçdurmaz ve Üzar Özçetin, 2020). Hemşirelerin daha önce yaşanmış afetler, salgınlar gibi yüksek baskı meydana getiren durumlarda, psikolojilerinin negatif yönde etkilendiği daha önce de görülmüştür (Maridor et al., 2017).

COVID-19 pandemisi ile sağlık sisteminin başrolü olan sağlık çalışanlarının önemi ortaya çıkmıştır. Sağlık sisteminin en değerli parçası olan hemşirelik mesleğinin değeri ve önemi, farkındalığın artması ile birlikte COVID-19 pandemisi boyunca daha net bir şekilde ortaya çıkmıştır. Tüm dünyada hemşireler ailelerinden uzak kalarak yoğun bir tempoda çalışmış ve sürecin yönetilmesinde büyük fedakârlıklar göstermiştir. Bunun sonucunda DSÖ tarafından 2020 yılı “Ebeler ve Hemşireler Yılı” ve 2021 yılı “Sağlık Çalışanları Yılı” olarak ilan edilmiştir (TCSB, 2022l; TCSB, 2022m). Sağlık sisteminin önemli yapıtaşlarından olan yoğun bakım hemşirelerinin üzerindeki COVID-19 pandemisinin etkilerinin incelenmesine gerek vardır.

2.2.7. COVID-19 Korkusu

2.2.7.1. Pandemi ve korku ilişkisi

Korku deneyimleri uzun süre devam ettiğinde ve bireyde hissedilen korku yoğunluğu arttığında, strese bağlı nöroendokrin yanıtı kontrol eden genlerin yapısını değiştirebilmektedirler. Enfeksiyonun hızlı bulaşması ve ölümcül risk taşıması nedeniyle pandemi, bireylerde yoğun korku deneyimi oluşturmaktadır (Pappas et al., 2009).

Önceki salgınlarda, bireylerde oluşan korku deneyimleri sonucunda salgın sonrasında bireylerde psikolojik müdahaleye ihtiyaç duyulduğu gözlenmiştir. COVID-19 salgını sırasında da bireylerde pandemi korkusu ile başa çıkabilmeleri adına, beyin stres yanıtı olarak duygu düzenleme stratejileri geliştirmektedir (Ahmed et al., 2020). Duygu düzenleme yanıtı bireyin karşılaştığı riski algılar, algılanan durum “korkutucu” özelliklere sahip ise bireyde bu duruma yanıt olarak “panik” durumunu oluşturmaktadır. Pandemi dönemindeki korku da çeşitli nedenler ile ortaya çıkabilmektedir. Sosyal ağlar, sağlık görevlilerinin mevcut durumu farklı ifadeler ile

yansıtması, medyada yer alan başlıklar ve salgını yaşayanların korku hikayeleri gibi durumlar bireyde daha fazla panik oluşturabilmektedir (Kaspetsen et al., 2005).

Pandemi döneminde bireylerdeki korku, anksiyete ve üzüntü gibi olumsuz duyguların varlığını inceleyen bir çalışmada; belirsizliğe ve hastalığın seyrine bağlı olarak bireylerde yüksek seviyede anksiyete ve korku, orta seviyede üzüntü duygu durumu gözlenmiştir (Akdeniz ve ark., 2020). Ülkelerin farklı şekillerde uyguladıkları kafa karıştırıcı ve tutarsız sağlık politikaları da güvensizliğe neden olmakla birlikte, bireylerdeki korku ve panik durumunu arttırmaktadır. Virüsün kendisinden korkmanın yanı sıra, günlük hayatın kesintiye uğraması ve bilinmezlik durumu mevcut olan korku ve panik duygusuna katkıda bulunmaktadır (Ng and Kemp, 2020).

Pandeminin ilk zamanlarında mevcut vaka sayının nüfusa göre en az olduğu ülkelerden olan Kanada’da, bireylerin korku düzeylerinin incelendiği 1354 kişinin katıldığı bir çalışmanın sonuçlarına göre; ankete katılanların üçte ikisinin virüs hakkında endişelendiği, %7’sinin ise enfekte olmaktan duyduğu korku düzeyinin çok yüksek olduğu gözlenmiştir (Asmundson and Taylor, 2020). Pandemi döneminin başında Cin’den sonra en fazla vaka sayısının mevcut olduğu İtalya’da 10 bin kişinin katıldığı bir çalışmada ise; pandemi ve virüs hakkında en yüksek bilgi düzeyine sahip olan kesimlerde psikolojik etkilerin yaygın olduğu ve bireylerdeki mevcut olumsuz duyguların (korku, anksiyete, üzüntü) yaygın olduğu gözlenmiştir (Ferruci et al., 2020).

2.2.7.2. Pandemi dönemindeki korkunun nedenleri

Pandemi dönemindeki gerçekliği kavramanın sonucu gereği, temel psikolojik etkiler yüksek seviyede korku üretebilmektedir. Bireylerin bulunduğu mevcut coğrafi konum, meslekleri, hastalık durumları ve yaşadıkları evdeki mevcut birey sayısı ile birlikte bulaş ihtimali korku seviyelerini etkileyen faktörlerdendir (Narrow et al., 2013). Schimmenti et al. (2020) yaptıkları bir çalışmada, COVID-19 salgını sırasındaki korku deneyimlerini teorik bir çerçevede özetlemişlerdir (Schimmenti et al., 2020).

Tablo 2.1. COVID-19 Salgını Sırasındaki Korku Deneyimlerinin Teorik Çerçevesi

Korku Deneyimi Türü	Korku Deneyiminin Özellikleri	Korku Alanları
Vücut korkusu	Vücudu potansiyel tehlike kaynağı olarak algılanmasına bağlı fiziksel savunmazlık	Bedensel Alan
Vücut için korkma	Vücudun korunması gerektiği düşüncesi	Bedensel Alan
Başka bireylerden korkma	Diğer kişileri tehdit olarak görme ve temas	Kişilerarası Alan
Başkaları için korkma	Enfekte olma olasılığı ve çevresindeki bireylere bulaştırma	Kişilerarası Alan
Bilme korkusu	Algılanan tehdit etkisini azaltma amaçlı pandemi hakkında bilgi edinmekten kaçınma	Bilişsel Alan
Bilinmezlik korkusu	Pandemi hakkındaki tüm olumsuz duygularla baş etme	Bilişsel Alan
Eylem korkusu	Harekete geçme konusundaki belirsizlik	Davranışsal Alan
Hareketsizlik korkusu	Olumsuz duygular ve pandemi hakkında düşünmekten kaçınmak için hissedilen içsel baskı	Davranışsal Alan

Kaynak: Schimmenti et al., (2020)

Tablo 2.1'e göre bedensel, kişilerarası, bilişsel ve davranışsal alanlar pandemi sırasında korku deneyimlerine dahil olur. Bu teorik model, COVID-19 salgınında korkunun kökenini ve sürdürülebileceğini anlamamıza yardımcı olabilmektedir (Schimmenti et al., 2020).

2.2.7.3. Pandemi dönemindeki korkunun sonuçları

Uzun süren pandemi döneminde yaşanan korku deneyimleri, bir süre sonra yaşamın normal haline gelmektedir. Fakat yaşanan ortam ve pandeminin yarattığı olumsuz duyguların ileriye donuk yarattığı bazı sonuçları olabilmektedir. Hissedilen korku, virüse yakalanma dışında başka kaygıları da doğurabilmektedir (Arora et al., 2020). İşlevsel bozukluklar ve başa çıkma zorunluluğu, COVID-19'un bileşenleri ve sonuçlarını üç temel bileşen ile açıklamaktadır:

Fizyolojik Bileşenler:

Korku deneyiminin yarattığı savaş veya kaç tepkisi ile, önceki deneyimlere yeniden maruz kalındığında tetiklenir ve yeniden harekete geçmektedir. Sürekli olarak yaşanan endişe, çarpıntı, titreme, baş dönmesi, iştah değişikliği, nefes darlığı ve uykuya dalmada bozukluk gibi belirtilere neden olmaktadır (Carleton, 2016).

Bilişsel Bileşenler:

Zihinde sürekli virüs ile ilgili meşguliyetin olması ile meydana gelen virüs korkusunun tehdidi ve ileriye donuk olarak olumsuz tahminlerde bulunma (işe asla gidememek, virüs yüzünden öleceğini düşünmek, aileden birinin kaybindan korkmak)

gibi duygulara istemsiz kapılmaya neden olabilmektedir. Suçluluk, öfke ve üzüntü gibi duyguları sürekli tetiklemektedir (Carleton, 2016).

Davranışsal Bileşenler:

Olumsuz sonuçların sürekli hayal edilmesi, bireylerde kaçınma davranışlarını arttırmaktadır. Herhangi bir yüzeye dokunma, toplu taşıma araçlarını kullanma, açık alanlarda (pazar, stadyum, plaj vb.) ve kapalı alanlarda (market, alışveriş merkezi, sinema salonları vb.) bulunma gibi davranışlardan kaçınılmasıdır. Sağlıkla ilgili davranışlarında ise bireyler aşırıya kaçabilmekte; sürekli el yıkama, çift maske takımı gibi günlük hayatını etkileyen davranışları ortaya çıkarabilmektedir (Carleton, 2016).

Hasta olup olmadığını sürekli kontrol etme, kan tahlillerini sürekli kontrol ettirme, ilaç ve takviye kullanımının artması, beslenme davranışlarının sosyal medya veya televizyonda önerilen yönergelerle oranla değişmesi gibi davranış değişiklikleri de gözlenmektedir (Carleton, 2020).

Korku, bu bileşenlere bağlı olarak bireyin günlük işleyişinin genel kalitesini bozabilmektedir. Virüsten kaçınma amaçlı sağlıklı yiyeceklere aşırı yönelim veya tam tersi olarak strese bağlı aşırı tüketim (yiyecek veya içecek tüketimi) yapılabilmektedir (Carter et al., 2007). Özellikle vaka sayısının ve buna bağlı olarak olum oranlarının artması ile birlikte bireylerdeki davranış değişiklikleri daha yaygın görülmektedir (Asmundson and Taylor, 2020). Koronavirüse bağlı korku ve anksiyetenin neden olduğu davranış değişikliklerinin detaylı incelendiği bir çalışmada; bireylerin korku ve anksiyete seviyelerinin yükselmesi ile sigara ve alkol kullanım oranında artma, takviye kullanımında artma ve beslenme davranışlarında ise pandemi öncesine oranla değişiklikler olduğu sonucuna varılmıştır (Rahman et al., 2020).

2.2.7.4. COVID-19 pandemisinin sağlık anksiyetesine etkisi

Anksiyete, kişinin kötü bir şey olacaktıymış hissine kapıldığı, sebepsiz bir endişe hali, herhangi bir tehlikenin korkusunun yansıması olarak meydana gelen tedirginlik, korku durumu olarak tanımlanmaktadır (Özdelikara ve ark., 2018). Anksiyete belli belirsiz tedirginlik şeklinde hissedilip bireyi tehlikelere karşı korurken, panik derecesinde fazla da olabilir (Kulu ve Özsoy, 2021). Aynı zamanda anksiyete, strese karşı oluşan yanıtların önemli bir parçasıdır ve bireyi bir tehlike anında harekete geçmeye hazırlamaktadır (TCSB, 2022n).

Sağlık anksiyetesi ise, kişinin kendi vücudundaki meydana gelen değişimleri, sağlığına yönelik büyük bir tehdit olduğu düşüncesiyle ortaya çıkar (Kulu ve Özsoy, 2021). Sağlık anksiyetesi, kişinin bedensel ve duygusal kaygı belirtilerini tetikleyerek, kişinin sağlığı ile ilgili sürekli aşırı endişe duyduğu psikolojik bir süreçtir (Özdelikara ve ark., 2018). Kişi bu süreçte kendi sağlığı ile ilgili güçlü bir endişe duymaktadır (Kulu ve Özsoy, 2021).

Sağlık anksiyetesi, bedensel duyuların ve farklılıkların tıbbi bir problemin işareti olarak yanlış algılanması ve yorumlanması ile meydana gelen bir durumdur (Asmundson et al., 2010; Reiser et al., 2014). Sağlık anksiyetesi, hastaları hastaneye gitmekten ve muhtemel sağlık problemleri hakkında bilgi edinmesini engelleyebileceği gibi hastaları hastaneye gitmekten alıkoyabileceği ve sıklıkla vücutlarında bir hastalık olup olmadığını belirleme isteğini de meydana getirebilmektedir. Kaçınma durumu muhtemelen doktordan alınacak olası kötü haberlerden duyulan korku sebebiyle meydana gelmektedir (Özgül ve Saatçi, 2021). Sürekli hastaneye gitme durumu ise sağlıklı olduklarını teyit etmek istemeleri ile ilişkili olabilir. Sağlık anksiyetesi yüksek olan bireyler için genelde tek bir hekimin teşhisi yeterli değildir, bu sebeple aynı hastalık şüphesi ile farklı hastanelere gidip teyit alabilmektedirler (Özdelikara ve ark., 2018). Sağlık Anksiyetesi DSM-5 Sınıflandırmasında; sağlık anksiyetesi olan hasta bireylere, “Hastalık Kaygısı Bozukluğu” tanısı konulmaktadır. Şiddetli sağlık anksiyetesi yaşayan bireylerin DSM-5’teki “Bedensel Belirti Bozukluğu” veya “Hastalık Kaygısı Bozukluğu” tanılarını alma ihtimali yüksektir (PSYCHIATRY, 2022).

Pandemilerin, insanların anksiyete düzeyini artırdığı ve yaşam kalitelerini azalttığı yönünde çok sayıda psiko-sosyal etkenin varlığı belirtilmektedir (Avçin ve Erkoç, 2021). COVID-19’un çok sayıda bireyin normal hayatını olumsuz yönde etkilediği ve anksiyeteye yol açtığı belirtilmiştir (Cao et al., 2020). COVID-19 virüsünün yayılma ve bulaş hızının yüksek olması, pandemi sürecinin ne kadar süreceğinin bilinmemesi, medyadaki haberler, hemen herkesin çevresinde COVID-19 tanısı alan ya da yoğun bakımda tedavi gören kişilerin olması, bireylerin sağlık anksiyetesi düzeylerini artıracaklarını düşündürmektedir (Liu et al., 2020; Looi, 2020; Avçin ve Erkoç, 2021). Aynı zamanda pandemi, bireylerin kaygı, depresyon, çaresizlik, stres, korku gibi duygularla psikolojik olarak etkilenmelerine sebep olmaktadır (Looi, 2020).

Literetür incelendiğinde yoğun bakım hemşirelerinin sağlık anksiyetesini ve koronavirüs anksiyetesini inceleyen herhangi bir çalışma sonucuna rastlanmamıştır. Özdelikara ve ark. (2018) hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerini incelemiştir. Araştırma sonucunda öğrencilerin öğrencilerin sağlık algısı ve sağlık anksiyetesinin puan ortalamalarının orta derecede olduğu belirlenmiştir (Özdelikara ve ark., 2018). Birimoğlu Okuyan ve ark. (2020) COVID-19'un hemşirelik öğrencilerinin sağlık kaygısı düzeyleri üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında; hemşirelik öğrencilerin salgın nedeniyle evde kalmaktan etkilenme, sıkıntılı, üzgün, bunalmış, sinirli, gergin-kızgın-öfkeli, virüs bulaşma korkusu, ölüm korkusu, gelecek konusunda endişeli-kaygılı durumları ile sağlık anksiyetesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır ($p<0,05$). Özgül ve Saatçi (2021) tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyetesi düzeylerini incelemişler ve araştırma sonucunda öğrencilerin sağlık anksiyetelerinin yüksek düzeyde olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

2.2.8. COVID-19 ile İlgili Yapılan Çalışmalar

2.2.8.1. COVID-19 ile ilgili yurt dışı araştırmalar

COVID-19 salgını sırasında yapılan 19 araştırmanın gözden geçirildiği bir çalışmada Çin, İspanya, İtalya, İran, ABD, Türkiye, Nepal ve Danimarka'da genel nüfusun %6,33 ile %50,9'unun kaygı, %14,6 ile %48,3'ünün depresyon, %7'si ile %53,8'inin TSSB, %34,43 ile %38'inin psikolojik sıkıntı, %8,1 ile %81,9'unun stres belirtileri gösterdiklerini bulmuşlardır (Xiong et al., 2020).

Çin'de hastalık görüldükten bir ay sonra yürütülen bir çalışmada katılımcıların %12,8'inde travma sonrası stres bozukluğu belirtileri görülmüştür. Ayrıca psikolojik sıkıntının TSSB'ye etkisinde olumsuz başa çıkmanın aracılık etkisi olduğu bulunmuştur (Liang et al., 2020).

Çin'de 15-29 Şubat (2020) arasında toplanan verilerle “COVID-19 geçirip yeni iyileşmiş olan, karantinada olan ve normal halkla yapılan bir çalışmada katılımcıların %22,9'unun depresyonda olduğu görülmüştür ki bu bireylerin çoğu COVID-19'u deneyimlemiş olan hastalardır. Bireylerin kaygı düzeyinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Hem hastalarda hem normal halkta depresyona kaygının eşlik etmesi (komorbid olması) yaygın bir eğilimdir” (Zhang et al., 2020).

Polonya’da yapılan bir çalışmada hastane çalışanlarında COVID-19 kaygısı için koruyucu faktörler incelenmiştir. Polonya’da koronavirüs salgın ilan edildikten iki gün sonra olan 22 Mart 2020’de toplanan verilerin analizi sonucunda katılımcıların öz yeterlilik puanları yüksek, olumsuz duyguları bastırma puanları ortalama çıkmıştır. Çoklu regresyon analizi sonucunda, kadın olmanın, dolaylı olarak hastalara maruz kalan sağlık çalışanı olmanın ve öz yeterliğin düşük olmasının COVID-19’un sonuçlarıyla ilgili kaygı duymayı anlamlı olarak yordadığını göstermiştir (Bidzan et al., 2020).

Avusturya’da yapılan bir çalışmada psikoterapistlerin stres düzeyi, mesleki kaygıları ve COVID-19 bulaşma korkuları incelenmiştir. 1547 psikoterapistten 24 Mart-1 Nisan 2020 tarihleri arasında online toplanan verilerin analizi sonucunda terapistlerin stres düzeyleri genel olarak yüksek çıkmıştır. Psikoterapi tek geliri olanların stres ve mesleki kaygı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Tele terapiyle ilgili deneyimler, COVID-19 döneminde kullanılan psikoterapi yöntemi ve danışan sayısının azalmasının stres ve mesleki kaygı düzeyine bir etkisi olmadığı bulunmuştur. Yüz yüze psikoterapiye devam edenler, devam etmeyenlere göre daha az bulaşma korkusu bildirmişlerdir. Koruyucu önlemlere uyanların bulaşma korkusu ise daha da azalmaktadır (Probst et al., 2020).

Yunanistan’da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarında TSSB belirtileri incelenmiştir. 10-13 Nisan 2020 tarihleri arasında 270 kişiyle çalışma yapılmıştır. Çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının COVID-19 krizi nedeniyle kısmen stresli olduğu, kadınların tüm ölçeklerden erkeklere göre daha yüksek puan aldığı ve puan farkının anlamlı olduğu, araştırmaya katılanların %16,7’sinin TSSB belirtilerini karşıladığı bulunmuştur. Ayrıca olumsuz duygular ve tehdit algısıyla veya fiziksel olarak gerilmenin olumlu ve anlamlı olarak TSSB’yi yordadığı bulunmuştur. TSSB’den muzdarip olmak ile uykusuzluk ve travma sırasında sıkıntı arasında olumlu ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Blekas et al., 2020).

İtalya’da yapılan bir çalışmada COVID-19 salgını sırasında TSSB için risk faktörleri olarak bireysel farklılıklar, ekonomik istikrar ve bulaşma korkusu incelenmiştir. Yaşları 18 ile 64 arasında değişen 1253 katılımcıyla gerçekleştirilen çalışma sonucunda kadın olmak, algılanan ekonomik istikrarın düşük düzeyde olması, yüksek nevrotizm, bulaşmanın sonuçları ve korkusunun yüksek düzeyde TSSB belirtilerinin yordayıcısı olduğu bulunmuştur (Di Crosta et al., 2020).

İspanya ve Dominik Cumhuriyeti'nde yapılan bir çalışmada COVID-19 korkusunun akut stres ve başa çıkmayla ilişkisi incelenmiştir. Yaşları 12-83 arasında değişen 1146 katılımcıdan veri toplamak için COVID-19 Korkusu Ölçeği, Olayların Etkisi Ölçeği Yenilenmiş Formu ve Sorunlarla Baş Etme Kısa Ölçeği kullanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda COVID-19 korkusunun akut stresi olumlu ve yüksek olarak yordadığı bulunmuştur. Bu etkide uyumsuz başa çıkma yöntemlerinin aracılık etkisi vardır. Aracılık etkisi erkeklerde daha güçlüdür (Piqueras et al., 2020).

Filipinler'de yapılan bir çalışmada ön saflarda çalışan hemşirelerin COVID-19 korkusu, iş stresi ve işten ayrılma istekleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Veriler 385 hemşireden Haziran 2020'de toplanmıştır. Çalışma sonucunda hemşirelerin COVID-19 korkusu düzeyinin kısmen ile yüksek aralığında seyrettiği ve kadın olmanın COVID-19 korkusu ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca hemşirelerin korkusunun iş ile ilgili sıkıntılarıyla bağlantılı olduğu ve iş streslerini ve işten ayrılma niyetlerini etkileyebileceği bulunmuştur (De los Santos and Labrague, 2021).

Hindistan'da yapılan bir çalışmada COVID-19 nedeniyle yaşanan travma, stres ve kaygı, 1 Nisan 2020-30 Ocak 2021 tarihleri arasında atılan 840.000 tweet incelenerek araştırılmıştır. Yapılan analizler sonucunda COVID-19 nedeniyle yaşanan travma, stres ve kaygının tweetlerin %34,4'ünde olumsuz, %5,3'ünde olumlu, %60,3'ünde ise tarafsız ve doğal olarak değerlendirildiği görülmüştür. COVID-19 nedeniyle yaşanan ölümlerin stres, kaygı ve travmanın en önemli nedeni olarak görüldüğü bulunmuştur. Ayrıca COVID-19 vakalarının artışı, seyahat etmedeki zorluklar, aşı üretimindeki gecikmeler, okulların kapalı olmasının etkilerinden korkmak, yaş faktörü, ikinci dalga korkusu ve işsizlik gibi etkenlerin stres, kaygı ve travmaya yol açan temel nedenler olarak görüldüğü bulunmuştur (Praveen et al., 2021).

İngiltere, Belçika, Hollanda, Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Finlandiya, Hindistan, Letonya, Polonya, Romanya ve İsveç'te yapılan bir çalışmada TSSB, depresyon, kaygı ve panik bozukluğunun yaygınlığı incelenmiştir. 9543 bireyle yürütülen çalışma sonucunda bireylerde en az bir hastalığın görülme oranının %17,6 ile %48,6 arasında değiştiği bulunmuştur. Hastalık bazında bakıldığında yaygınlık oranları TSSB %11,4, kaygı %8,4, depresyon %9,3 ve panik bozukluk %3'tür. Daha yüksek psikolojik dayanıklılık bu hastalıkların tümünde daha iyi ruh sağlığıyla ilişkili bulunmuştur (Georgieva et al., 2021).

Pakistan’da yapılan bir çalışmada COVID-19 ile başa çıkma yöntemleri ve risk algısında cinsiyet farkları araştırılmıştır. Çalışmaya 248’i erkek, 141’i kadın olmak üzere 389 kişi katılmıştır. Çalışmada önce dört risk algısı alanı, üç başa çıkma yöntemi belirlenmiştir. Risk algısı alanları korku, davranış, farkındalık ve güven; başa çıkma yöntemleri ise sorun, duygu ve eylemdir. Verilerin analiz edilmesi sonucunda korku ve güven algısının kadınlar ve erkekler arasında anlamlı olarak farklı olduğu, başa çıkma yöntemlerinin de cinsiyetler arasındaki farkının dikkate değer olduğu bulunmuştur. Kadınların riskleri daha yüksek algılayarak hükümetin uygulamalarına uyduğu ve COVID-19 ile erkeklerden daha iyi başa çıktıkları bulunmuştur (Rana et al., 2021).

2.2.8.2. COVID-19 ile ilgili yurt içi araştırmalar

Duman (2020) yaptığı çalışmada, Türkiye’deki üniversite öğrencilerinin COVID-19 korkusu ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini incelemiştir. 100 üniversite öğrencisine uygulanan COVID-19 Korkusu Ölçeği ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-12 sonucunda öğrencilerin koronavirüsten orta düzeyde korktukları ve belirsizliğe tahammülsüzlüklerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur. COVID-19 korkusu ve belirsizliğe tahammülsüzlük cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. Koronavirüs nedeniyle bir yakını kaybeden öğrencilerin korku düzeyleri, kayıp yaşamayan öğrencilerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. COVID-19 korkusu ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında olumlu ve orta düzeyde, anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir. COVID-19 korkusunun belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyini anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur.

Bir diğer araştırmada ülkemizde farklı üniversitelerde ve kademelerde eğitim gören 443 öğrenciye online anket yapılarak kolayda örnekleme yöntemine göre veriler toplanmıştır. Öğrencilerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin erkek öğrencilerde, 30 yaş üstü öğrencilerde, enstitü öğrencileri ve hazırlık sınıfı öğrencilerinde anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. COVID-19 sürecinde ailelerinin yanında olan ve olmayan öğrencilerin kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Kaygı durumları hiyerarşik regresyon yöntemine göre modellenmiştir. Buna göre durumluk kaygı modeli yaş, medya takip ve haber değişkenlerinden oluşmuştur. Sürekli kaygı modeli ise cinsiyet, yaş ve medya takip değişkenlerinden oluşmuştur. Her iki modelde

de bulunan değişkenlerin kaygı durumlarını arttırdığı görülmüştür (Öz-Ceviz ve ark., 2020).

Yalçın (2020) yürütücülüğünde ülkemizde yapılan bir bilimsel araştırma projesinde “COVID-19 korkusu ile depresyon, anksiyete, stres ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiler, ayrıca bu ilişkiler üzerinde psikolojik dayanıklılık (kendini toparlama gücü), bilinçli farkındalık (mindfulness), sosyal destek, cinsiyet ve COVID-19 tanısı almış bir yakını olup olmama değişkenlerinin moderatör rolü incelenmiştir. Araştırmaya lisans ve lisansüstü düzeyde 506 üniversite öğrencisi katılmıştır. Çalışma sonucunda COVID-19 korkusu ile depresyon, anksiyete, stres, kendini toparlama gücü ve bilinçli farkındalık arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Ayrıca COVID-19 korkusunun depresyon, anksiyete ve stresi olumlu yönde yordadığı bulunmuştur. Bunun yanı sıra COVID-19 korkusu ile anksiyete arasındaki ilişkide sosyal desteğin ve COVID-19 tanısı almış bir yakını olmanın moderatör rolünün anlamlı olduğu bulunmuştur. Araştırmada kendini toparlama gücü, bilinçli farkındalık ve cinsiyetin COVID-19 korkusu ile depresyon, anksiyete ve stres arasındaki moderatör rollerinin anlamlı olmadığı” bulunmuştur.

Diğer bir çalışmada COVID-19 korkusu, yaşamın anlamı, yaşam doyumu, belirsizliğe tahammülsüzlük, umut, cinsiyet, psikolojik travma geçmişi, COVID-19 tanısı almak ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma sonucunda umut, yaşamın anlamı, yaşam doyumu ve psikolojik travma geçmişi olmamanın psikolojik dayanıklılığı olumlu ve anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur. COVID-19 korkusu ve belirsizliğe tahammülsüzlük ise psikolojik dayanıklılığı olumsuz ve anlamlı olarak yordamıştır. COVID-19 tanısı almanın ve cinsiyetin ise psikolojik dayanıklılığı anlamlı olarak yordamadığı bulunmuştur (Karataş ve Tagay, 2021).

Seçer ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada COVID-19 korkusunun sağlık çalışanlarının psikolojik uyumuna etkisinde yaşantısal kaçınma ve psikolojik dayanıklılığın aracı etkisi incelenmiştir. Çalışma sonucunda COVID-19 korkusunun sağlık çalışanlarının psikolojik uyumuna olumsuz etkisi olduğu, psikolojik dayanıklılığın bu etkiyi sınırlayan koruyucu bir faktör olduğu ama yaşantısal kaçınmanın bu etkiyi arttıran bir faktör olduğu bulunmuştur.

Çifçi ve Demir (2020) yaptıkları betimsel araştırmada futbolcuların COVID-19 korkusu ve stres düzeyleri incelenmiştir. “2019-2020 sezonunda Türkiye futbol liglerinde oynayan 65 profesyonel sporcuyla yapılan araştırmanın katılımcılarının yaşları 18 ile 39 arasında değişmektedir. Katılımcıların COVID-19 korkusu ve algılanan streslerinin orta düzeyde olduğu, evli ve bekar katılımcıların COVID-19 korkusu ve algılanan stres düzeyleri arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Ayrıca salgın sürecinde futbol liglerinin yeniden başlaması kararının yanlış olduğunu ifade eden katılımcıların COVID-19 korkusu ve algılanan stres düzeylerinin, kararın doğru olduğunu ifade eden katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. COVID-19 korkusu ve algılanan stres düzeyi yaşa bağlı olarak farklılık” göstermemiştir.

Aşut (2020) yaptığı çalışmada “COVID-19 salgını sırasında tedavi olan kanser hastalarında psikolojik dayanıklılık ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya Mayıs-Ağustos 2020 tarihleri arasında, bir solid organ kanseri nedeniyle tedavi olan 113 kanser hastası ve sağlık çalışanı olmayan 293 sağlıklı gönüllü katılmıştır. Çalışmada anksiyete ve depresyon belirti düzeyleri salgın öncesinde yapılan epidemiyolojik çalışmalardan yüksek bulunmuştur. Ayrıca kadınlarda ve sosyal medyada daha fazla zaman harcayanlarda anksiyete ve COVID-19RA düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Zihinselleştirme kapasitesindeki artış ve psikolojik dayanıklılık artışı ile COVID-19RA, anksiyete ve depresyon belirti düzeyleri düşmektedir. Kanser hastalarında psikolojik dayanıklılığın, stresle başa çıkma tutumlarının ve zihinselleştirme kapasitesinin anksiyete, depresyon, TSSB ile ilişkili olduğu” saptanmıştır.

Altundağ (2021) yaptığı araştırmada, COVID-19 korkusu ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki ve bireylerin Mayıs 2020 dönemindeki salgına ilişkin görüşleri incelenmiştir. Çalışmaya 841 kişi katılmıştır. Çalışma sonucunda kadınların erkeklere, kronik hastalığı olanların olmayanlara göre COVID-19 korkusu düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca bireyin salgının kendi üzerindeki etkisine ilişkin algısına ve salgındaki ekonomik değişimlere göre COVID-19 korkusu düzeylerinin anlamlı derecede farklılaştığı bulunmuştur. Bununla birlikte COVID-19 ile ilgili haberleri daha fazla takip edenlerin COVID-19 korkusu düzeyleri daha yüksek çıkmıştır. Son olarak psikolojik dayanıklılığın COVID-19 korkusunu anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur.

Yıldırım ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada COVID-19 kaygısının genel sağlığa etkisinde COVID-19 ile başa çıkmanın aracı etkisi araştırılmıştır. Yaş ortalaması 30,3 olan 4624 yetişkinle çalışma yapılmıştır. Çalışma sonucunda COVID-19 kaygısının genel sağlık ve COVID-19 ile başa çıkmayı olumsuz etkilediği bulunmuştur. Ayrıca COVID-19 ile başa çıkmanın COVID-19 kaygısı ve genel sağlık ilişkisinde kısmi aracılık etkisi olduğu bulunmuştur.

Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada COVID-19 salgın sürecinde öğretmenlerin yaşadıkları stres kaynakları ve davranışsal bağımlılık eğilimlerinin belirlenmesi için çalışılmıştır. Karma desenli tasarlanan araştırmaya 12'si kadın 12'si erkek olmak üzere 24 kişi katılmıştır. Çalışma sonunda öğretmenlerin en büyük stres kaynaklarının sosyal hayatın kısıtlanması ve koronavirüs kapma korkusu olduğu, bunlarla başa çıkmak için akıllı telefon ve sosyal medya bağımlılığı eğilimi geliştirdikleri bulunmuştur. Ayrıca kadın öğretmenler bu süreçte erkek öğretmenlerden daha fazla depresyon ve kaygı geliştirmişlerdir (Kızılok, 2021).

2.3. Stres Kavramı

Günlük yaşantıda sıkça karşılaştığımız ve kullandığımız stres terimi “Latince’de yer alan estrectiadan ve Fransızcada yer alan estrece” sözcüğünden meydana gelmektedir. Stres sözcüğü “17. Yüzyılda dert ve bela olarak tanımlanan bir anlam taşıırken, 18 ve 19. Yüzyıllarda bireye ve nesneye yönelik zor, güç ve baskı terimi ile ifade edilmiştir. 19 ve 20. Yüzyıllarda ise psikolojik ve bedensel rahatsızlıkların temel nedeni” olarak tanımlanmıştır (Balcıoğlu ve Savrun, 2001).

Stres kavramı “bireyin çeşitli sebepler ile hayatta karşılaşılan sorunlar ile farklılıklarla, baskı ve çatışmalar ile başa çıkma zorluğu ve yaşanan olumsuzluklar” olarak tanımlanmaktadır (Morris, 2002). “Çocuk bireylerde stres kavramı doğumun gerçekleşmesi ile ortaya çıkmaktadır; Çocuğun ağlaması, anne karnından dış dünyaya gelmesi ile birlikte bozulan rahatlığı sonucunda gerçekleşmektedir. Bebek bireyi depresyona iten en önemli stres etkeninin anneden yoksun büyümesi olduğu bilinmektedir. Birey kendine bakım sağlayan nesneye bağlanma göstermektedir. Bu durum çaresizliğin sonu olarak görülmektedir. Bakım sağlayan bağlanma nesnesinin sıklıkla anne olduğu görülmektedir. Çocuk anneden şiddet görse dahi zor durumla karşılaştığında anneye ihtiyaç duymaktadır. Bağlanma ve ayrılmanın ileriki yaş dönemlerini etkilediği bilinmektedir” (Bowlby, 1969). Ayrılma durumu, “bağlanma

nesnesini kaybetme korkusu, stres ortamını oluşturmaktadır. Yaşamın doğal sürecinde meydana gelen korku çocuk bireyi geliştirmekte ve bireyselleştirmektedir” (Tarhan, 2002).

Folkman and Lazarus’a göre stres kavramı “birey ve çevreden oluşan ve bireyin var olan kapasitesinin üstünde başa çıkamayacağı, iyilik durumunun risk gözetdiği durum” olarak ifade edilmektedir. Stres kaynakları dört gruba ayrılmaktadır. Bu grupların “ilki çevre kaynaklı, ikincisi zararlı ya da zararsız düşünce, üçüncü zararlı durumlar ile baş etme gücü, son olarak ise stresin bedendeki ve zihindeki etkisi” olarak bilinmektedir (Lazarus, 1993).

Baltaş ve Baltaş (2018) “strese neden olan durumlar stres vericiler olarak ifade edilirken bireyin stres faktörlerine verdiği tepki stres olarak tanımlanmaktadır. Zor durumlarda kişi kendini koruma altına almak için çaba göstermektedir. Çabası karşısında netice alamayan birey stres durumu ile karşı karşıya gelmektedir” (Baltaş ve Baltaş, 2018).

Stres “biyolojik noktada özgül olmayan farklılıklara sebep olan belli belirtilerce gerçekleşen durum olarak ifade edilmektedir. Stres durumunun oluşumunda öznellik olması ile beraber belirli bir nedenin olmadığı da bilinmektedir” (Selye, 1956).

2.3.1. Stres ve Algılanan Stres

Stres uzun yıllardır hayatın içinde olsa da araştırmacılar ortak bir tanımda bulunamamışlardır (Baltaş ve Baltaş, 2018). Literatür çalışmaları incelendiğinde “stres kavramının 2 boyutunun varlığından bahsedilmektedir. Stres durumu bir durum karşısında kişinin bu durum ile başa çıkması ya da çıkamamasını düşünmesine göre değerlendirilmektedir. İşten çıkma, sağlık sorunları ve doğal afetlerin kişi için stres oluşturup oluşturmadığına dair yapılan araştırma sonuçları, stres durumu karşısında bireyin göstermiş olduğu tepkinin ön planda olduğunu ortaya koymaktadır. Kişinin ortaya çıkan durum karşısındaki vermiş olduğu tepki literatürde psikolojik stres kavramı ile yer almaktadır. Psikolojik stres kavramı kişinin yaşadığı durumlar karşısında iyi olma durumuna karşı, tehlike ya da kişinin baş etme yetilerini engelleyen ya da zorlayan bir durum olarak ifade edilmesinden sonra ortaya çıkmaktadır” (Lazarus and Folkman, 1984).

Stres “sinir veya gerginlik sonucu olarak görülmemektedir. Bu sebeple kaçınılması gereken bir olay olarak görülmemektedir. Bu kapsamda birincil ya da ikincil olarak ikiye ayrılmaktadır. Birincil değerlendirme faktörü stresi doğuracak zarar ya da iyi olma durumuna tehdit oluşturma seviyesini içermektedir. Stresör nedeni tehdit, zarar ya da kayıp durumlarına neden olan etkiye sahipse genellikle bu durum birey tarafından tehdit olarak algılanmaktadır. Kişi bu durumu kendine karşı bir meydan okuma olarak görmektedir. Stres durumuna neden olan nedenlerin kişi tarafından tehdit olarak anımsanması ise ikincil değerlendirme durumunu etkilemektedir. Bu tehdit durumları ile başa çıkabilmek için bireyin var olan seçeneklerin etkisi üzerinde analiz yapması gerekmektedir. İkincil değerlendirmeden elde edilen sonuç sonrasında düşük veya yüksek stres düzeyi belirlenmektedir” (Gözeler, 2018).

Bireyin algıladığı stres, “yaşamındaki durumlarla ilgili hissettiği stres seviyesini ortaya koymaktadır. Bireyin yaşamış olduğu durumlara karşı gösterdiği duygu, düşüncelerinin seviyesi ne kadar olumsuz ise algılanan stres düzeyi de o seviyede yükselmektedir” (Gümüştekin ve Öztemiz, 2005). Başka bir ifade ile “kişinin durumlara bakış açısı ve değerlendirme biçimleri, algılanan stres seviyesini” etkilemektedir. Aynı zamanda bireysel farklılıklarında da etkisi olduğu bilinmektedir. “Kişiyi gergin ruh haline sürükleyen, tehlike ile karşı karşıya getiren faktörler ile başa çıkılmadığında stresin yanında umutsuzluk, korku, kaygı, çaresizlik” gibi durumlar eşlik etmektedir (Bozkurt, 2010).

2.3.2. Stresin Aşamaları

Uyum sendromu olarak tanımlanan kişinin stres karşısında ortaya koydukları tepki üç gruptan oluşmaktadır. “Alarm aşaması stres sonrasında kişinin üstündeki ilk etkilerden meydana gelmektedir. Alarm aşamasından sonra kişi direnme aşamasına hazırlanmış olmaktadır. Kişi stresin neden olduğu olumsuzlukları düzeltmeye çaba göstermektedir. Çaba sonrasında ortaya çıkan başarı durumu stresi ortadan kaldırmaktadır. Başarı aksine başarısızlık durumu gerçekleştiğinde ise uyumsuz davranışlar ortaya çıkmaktadır. Stresin devamlılığı kişi üzerinde yıkıcı etki yaratmaktadır. Bu kısımda tükenme aşaması olarak ifade edilmektedir. Kişi bu aşamada fiziksel ve davranışsal bozukluk yaşamaktadır” (Ömeroğlu, 2015).

2.3.3. Stresin Belirtileri

Stres sonrasında bireyin bedeninde çokça belirti gerçekleşmektedir. Belirtiler hızlıca kendini göstermektedir. Birey stres durumu yaşadığında “kişinin kalp atışı hızlanmakta, solunumda artış meydana gelmekte, hipofiz ve tiroit bezleri aktifleşmekte, ter artış göstermekte, anüs ve mesane gevşemekte, böbrekler yavaşlamakta, tükürük ya da gözyaşı azalmakta, bağırsaklar yavaşlamakta, kan damarlarında artış” meydana gelmektedir. Stresin varlığı ortaya çıkan semptomlar sonucunda anlaşılmaktadır. “Bu semptomlar stresin hızına göre farklılık göstermektedir. Stres değişkeninin bireyden bireye farklılık göstermesi ile birlikte bireylerde aynı etkilerinin var olduğu bilinmektedir. Pek çok birey stresin semptomlarının varlığını anlayabilmekte ve karşı çıkabilmektedir” (Konak, 2005). Sıklıkla stres semptomları iç içe oldukları için karmaşık görülmektedir. Stresin birtakım semptomları bulunmaktadır. “Endişe, gerginlik, korku, alkol ve sigara kullanım artışı, uyku sorunu, uyumsuz hareketler, dengesiz tutumlar, yetersizlik, tansiyon yükselmesi, fizyolojik rahatsızlıklar gibi semptomlar stres kavramının temel semptomları” olarak görülmektedir (Davis, 1984; Aydın, 2005). Stres kavramı “düzeyine göre kişilerde farklılık göstermektedir. Bu anlamda 3 grup belirti kümesi yer almaktadır. Bunlar fiziksel (tansiyon artışı, sindirim sorunu, nefes darlığı, bel ağrısı, terleme, yorgunluk, mide bulantısı, alerji vb.), davranışsal (sürekli uyuma, uyku sorunu, aşırı yeme bozukluğu, alkol ya da sigara kullanımı, iştahsızlık vb.) ve psikolojik belirtiler (geçim sorunu, işten kaçma, sorumluluk almama, endişe, gerginlik, telaş duygusu ve yetersizlik hissi vb.)” şeklindedir (Aydın, 2005).

2.3.4. Strese Neden Olan Etmenler

2.3.4.1. Bireysel faktörler

Bireyin kendisinden kaynaklanan sebepler olarak görülmektedir. Bu etkenler “özel yaşantı, aile hayatı, evlilik, kişilik özellikleri, maddi sıkıntılar, ölüm, iş ve taşınma durumları stres üzerinde etkili görülmektedir. Bu etkenler sonrasında birey stresin sebebini tanımlayıp başa çıkma mekanizmalarını aktifleştirmelidir” (Yaylacı, 2005).

2.3.4.2. Çevresel faktörler

Direk olarak kişi ile bağlantılı olmayan çevresel faktörler, “bireyin yaşantısındaki gördüğü farklılıklar ve belirsiz durumlar olarak ifade edilmektedir. Ülke ekonomisinde gerçekleşen dalgalanmalar, siyasi çatışmalar, doğal afetler, ulaşım sorunları ve savaş” bu faktörler arasında yer almaktadır (Yaylacı, 2005).

2.3.4.3. Örgütsel faktörler

Örgütsel kimlik “örgüt fertlerini ve merkezin örgütsel karakterlerini diğer örgütlerden ayırtıran özellikler olarak tanımlanmaktadır. Örgütsel faktörlerin çalışma potansiyeline ve motivasyona olumlu bir etkisi olduğu görülmektedir. İş alanında yaşanan değişiklikler, yoğunluk gibi etkenler strese sebep olmaktadır” (Yaylacı, 2005).

2.3.5. Stresle Başa Çıkma

Tavlı (2016) stresle başa çıkmayı “kişinin stresle karşı karşıya geldiği durumlarda ortaya çıkan gerilimden kurtarmak adına stresin gösterdiği tutumları bütün olarak algılamak” olarak ifade etmektedir (Tavlı, 2016). “Kişinin stres belirtilerinin neden olduğu durumlar karşısında direnç göstermesi” olarak da tanımlanmaktadır. Stres durumunda kişinin başa çıkma mekanizmaları pek çok faktöre göre değişim göstermektedir. “Kişinin var olduğu toplum ve toplumun ‘kültür, yaş, cinsiyet’ gibi değişkenleri bu noktada belirleyici olabilmektedir. Stres ile baş edebilme son zamanlarda kişinin sağlığını önemli ölçüde etkilediği için araştırmacıların ilgilendiği bir konu haline almıştır. Stresle başa çıkma kişinin sorunlar karşısında ürettiği çözüm yolları” olarak tanımlanmaktadır (Özel ve Karabulut, 2018).

Stres kavramı ile başa çıkmada kısa amaç, orta amaç ve uzun amaçlar yer almaktadır. Bu amaçlardan kısa amaçlar; “stres kavramının temel sebebini öğrenme ve stres ile başa çıkmak için kural ve teknik öğrenme, orta amaçlar; zararlı stres kaynaklarını bilme, stresin uyarıcılarını öğrenme, etkili yaşam tarzı oluşturma, olumlu olan stres kaynaklarının farkına varma, duygusal stres tepkilerini ve bedensel stres tepkilerinin kontrolünü sağlayabilme, hayatın gidişatını düzene sokma ve gerekli ortamlarda stresi aktifleştirebilme, uzun amaçlar ise; huzura yüksek seviyede sahip olma, yaşamı sağlıklı ve düzenli yapma, yaşam doyumunu yükseltme ve yetenekleri geliştirme” şeklindedir (Aydın, 2016).

Stres ile başa çıkma yöntemleri doğrudan başa çıkma ve savunucu başa çıkma olarak iki şekilde görülmektedir;

Doğrudan Başa Çıkma:

Stres ile başa çıkmada geri çekilme, yüzleşme ve uzlaşma yöntemleri bulunmaktadır. Yöntemler incelendiğinde “geri çekilme tekniğinde kişi stres yaratan duruma karşı kaçınma davranışı sergilemektedir. Yüzleşme tekniğinde birey stres yaratan durumlar karşılaştığında yüzleşme gerçekleştirir ve istediği şekilde davranmak için çaba gösterir. Burada problem olduğunun farkında olmak, mücadele göstermek ve çaba harcamak gerekmektedir. Uzlaşma yönteminde ise kişi istek ve beklentilerinde vazgeçmektedir. Uzlaşma tekniğinde kişi vazgeçtiği gibi karşısında ki bireyi de vazgeçirmeye çalışmaktadır” (Morris, 2002).

Savunucu Başa Çıkma:

Stres kavramının kaynağının farkında olmak her zaman mümkün değildir. Park halinde bulunan arabanın çizildiğini görmek stres oluşturmaktadır. Bu durumlarda savunma mekanizmaları ortaya çıkmaktadır. Bu savunma mekanizmaları baskı, çatışma ve engellemeyi aynı zamanda kaygı durumunu aza indirmek için bireyin stresli durum sokan nedeni bulma noktasında savunma işlevi görmektedirler. Bu savunma mekanizmalarının birkaçı inkâr, yansıtma, bastırma, karşıt tepki geliştirme, yer değiştirme, gerileme, yüceltme ve özdeşim kurmadır (Morris, 2002).

2.3.6. Algılanan Stres ile İlgili Yapılan Araştırmalar

Erten (2020) “lise son sınıf öğrencilerinin sınav kaygısı ile algılanan stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapmış olduğu çalışma 17-19 yaş aralığındaki 389 birey” ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre “yaş değişkeniyle kaygı ve stres puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Cinsiyet değişkeni ele alındığında ise kadın öğrencilerde sınav kaygısı ve algılanan stresin erkek bireylere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca araştırmada öğrencilerin algılanan stres düzeyleri ve sınav kaygısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki” saptanmıştır (Erten, 2020).

Başçı (2018) “stresin kavramsal içeriği, bireysel ve örgütsel stresin niteliği stresle gerek bireysel gerek örgütsel anlamda baş etme yollarını analiz edebilmek amacı ile 384 sağlık çalışanı” ile gerçekleştirmiştir. Araştırmadan elde edilen

sonuçlarına göre “yaş ve eğitim durumu değişkeni ile algılanan stres arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir. Cinsiyet değişkeni ile algılanan stres düzeyi incelendiğinde ise kadın bireylerde stres düzeyinin erkek bireylere oranla daha yüksek” olduğu saptanmıştır (Başçı, 2018).

Savcı ve Aysan (2014) “üniversite öğrencilerinde algılanan stres düzeyi ile stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi” incelediği araştırmada 302 üniversite öğrencisi ile çalışmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgu sonuçlarına göre “öğrencilerin çoğunun orta seviyede strese sahip oldukları, algılanan stres ile baş etme mekanizmaları arasında pozitif ilişki olduğu, bireylerin algıladıkları stres düzeylerine göre baş etme mekanizmalarının farklılaştığı, cinsiyet faktörüne göre başa çıkma yöntemlerinde farklılaşma” olduğu saptanmıştır (Savcı ve Aysan, 2014).

2.4. Sağlık Anksiyetesi

Sağlık ile ilgili kaygılar günlük yaşantıda aniden gelişen bedensel semptomlardan ya da rahatsızlıklardan dolayı oluşabilmektedir. “Normal seviyede olduğu takdirde sağlık hizmetinden yararlanmak ve zararlı durumlardan uzaklaşmak beraberinde motivasyonu getirmektedir. Ancak kaygının normal düzeyden fazla olması bireyin işlevselliğini olumsuz etkilemektedir. Genel popülasyonda az olsa da klinik servislerde çok görülmektedir” (Taylor, 2004). Andersson et al. (2011) sağlık anksiyetesini “kişinin bedensel durumunu ve duygusal endişe semptomlarını arttıran deneyim olarak ifade etmektedirler. Bu tehlike endişesi bireyi kaygı durumuna sürüklemektedir. Kaygının normal düzeyde olması sağlığın ve bütünlüğün korunmasında önemli bir faktör olarak görülmektedir” (Andersson et al., 2011).

Sağlık kaygısı kavramı, “ortada bir hastalık durumu yokken, ciddi bir rahatsızlık varmış hissiyatının ve korkusunun olmasını içerir. Sağlık anksiyetesi yaşayan kişiler bedenlerinde gerçekleşen en ufak bir farklılığı fark ederek bu durumu abartmaktadırlar. Bu durumun sonucu olarak yoğun kaygı ve korkuyla karşı karşıya gelmektedirler. Bu bireyler takıntılı bir şekilde kalp atışlarını, nefes alışverişlerini kontrol altına almaktadırlar. Sağlık ile ilgili duyulan her bilgi ve haber bu bireyler için büyük önem arz etmektedir. Bireylerin bu sağlık korkuları onları sürekli olarak hastaneye gidip muayene olmaya yönlendirmektedir. Sağlık kaygısı iki yönlü olarak görülmektedir. Bunlardan ilki kişinin sürekli kötü ve ölümcül bir rahatsızlığının var olduğunu düşünmesi iken ikincisi bu hastalığın olumsuz sonuçlar meydana getireceği

düşüncesidir. Bu durum sağlık anksiyetesi olarak tanımlanmaktadır”. Sağlık anksiyetesi aynı zamanda “panik atak, fobi ve panik bozukluklar gibi psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasına” neden olmaktadır. Bu bireyler sıklıkla karşı karşıya geldikleri korkulardan ötürü yaşamdan zevk alamamaktadırlar. “Sık sık doktor muayenesine başvuran ve test yaptıran bireyler sağlık kaygısının bir rahatsızlık olduğunu kabullenmek istemezler ve psikolojik desteğe gönülsüz davranırlar” (Gül ve ark., 2016).

Sağlık anksiyetesinin işlevsiz inançları; “sağlık problemi ihtimalinin algılanması, sağlık probleminin varlığının ürkütücülüğü, ortaya çıkan sağlık problemi ile başa çıkılamayacağı korkusu ve sağlık problemine çözümün olmaması” şeklindedir (Salkovskis and Warwick, 2001).

Sağlık anksiyetesi yaşayan kişiler “ciddi bir hastalıklarının var olup olmadığından emin olmak adına sıklıkla doktor kontrolüne gidip, muayene olmaktadır. Tek bir doktor muayenesinden ziyade, bir hastalık şüphesinden dolayı o alandaki birden çok doktora gitmektedirler. Doktorlar dışında çevrelerindeki diğer bireylerden de sağlıkları ile ilgili geri dönüş almak istemektedirler. Aynı zamanda hastalık ile ilgili ansiklopedi, internet ve tıp dergileri gibi yayınlardan bilgi toplamaktadırlar. Kendilerinde var olduğunu düşündükleri hastalık ile ilgili bilgilerin yayınlandığı programları takip etmekten kaçınmaktadırlar. Kaygı durumunu arttıracak spor, egzersiz, yürüme gibi eylemleri gerçekleştirmekten de uzak durmaktadırlar” (Hogan, 2010).

Sağlık anksiyetesi ile ilgili yaklaşımlar çocukluk döneminde ailenin psikososyal özelliklerinin kişinin gelecek dönemdeki sağlık anksiyetesini etkileyeceğini savunmaktadırlar (Thorgaard et al., 2018). Noyes et al. (2002) “sağlık anksiyetesi yaşayan ebeveyleerin çocuklarında daha çok hasatlık ve yaralanma durumlarının olduğu ortaya koymuşlardır. Sağlık anksiyetesi yaşayan kişilerin anne babaları veya yakın aile bireylerinin sıklıkla tehlikeli ortamlarda çalıştıkları, alkol ya da madde bağımlılıklarının” olduğu gözlemlenmektedir. Noyes et al. (2002)’nin çalışma bulguları “ebeveynlerin aşırı koruyucu ya da ihmalkâr tutum sergilemelerinin bireylerin bedensel yakınmalarını arttırdığını” saptamaktadır (Noyes et al., 2002).

2.4.1. Kuramlara Göre Sağlık Anksiyetesi

2.4.1.1. Psikodinamik perspektif

Lipsitt psikanalitik modeli kişinin çocukluk yaşantısında tecrübe edindiği zorlu durumların kimlik oluşumunu şekillendirdiğini savunmaktadır. Lipsitt (2001), “sağlık anksiyetesinin psikanalitik model çerçevesinde ihmalkâr anne baba olma, yoksunluk ya da ayrılık durumundan kaynaklı olduğunu, anne babaya karşı duyguların açıkça ifade edilememesinin bedensel semptomlara neden olduğunu” ortaya koymaktadır. Suçluluk duygusunun bastırılması sağlık anksiyetesini tetiklemektedir (Lipsitt, 2001).

2.4.1.2. Kişilerarası model

Noyes and Stuart’ın önermiş oldukları Kişilerarası modele göre “anne babaların çocuğun ihtiyaçlarını karşılama noktasında yetersiz olmaları ya da anne babada var olan bir hastalıktan dolayı çocuğun bakıcılar ile güven ilişkisi kurmadan, fiziksel ve duygusal istismar altında büyümesi güveni zedelemekte ve güvenli bağlanma gerçekleşmemektedir” (Noyes et al., 2002). Olumsuz anne baba tutumları ve şiddet sağlık anksiyetesi ile bağdaştırılmaktadır. Molnar et al. (2009) “bağlanma tarzlarının tehdit içeren durumlar karşısında aktifleştirdiğini ve stresi azaltmak için dış çevreden destek ihtiyacının olduğunu öne sürmektedirler” (Molnar et al., 2009).

2.4.1.3. Amplifikasyon hipotezi

Barsky’nın Amplifikasyon modeline göre “sağlık anksiyetesinin gelişimi ve önlenmesinde somatosensoriyel amplifikasyonu önemli bir rol oynamaktadır. Bu model sağlık anksiyetesinin kişinin bedensel semptomlara karşı duyarlılığını ve bu belirtilere farkındalığın açık olduğunu, somatosensoriyel amplifikasyonun sağlık anksiyetesi için risk oluşturduğunu öne sürmektedir” (Arthur and Coeytaux, 1993).

2.4.1.4. Bilişsel davranışsal model

Bilişsel davranışsal sağlık anksiyetesi teorisi, “sürekli şiddetli sağlık anksiyetesi olan kişilerde mekanizmanın bedensel semptomlarını ve sağlık durumlarını var olan durumdan farklı olarak tehdit içerikli algıladıklarını” savunmaktadır. Bilişsel etmenler, “anksiyeteyi aza indirmek için bedensel kontrol tutumlarına ve sağlık güvencesine neden olan ve artan anksiyete ile beraber olumsuzluğa neden olan döngüleri” ortaya koymaktadır (Thorgaard et al., 2007).

Marcus et al. (2008) “bireyin bilişsel tarz ve olumsuz inançları ile birlikte bedensel semptomların tehdit olarak algılandığını” öne sürmektedirler (Marcus et al., 2008).

2.4.2. Sağlık Anksiyesi Tanı

Sağlık kaygısının anksiyete ya da somatoform bozukluk olarak ayrılıp ayrılmayacağı hakkında ikilemler ortaya çıkmıştır. “Somatik semptomların varlığı olsa bile anksiyete, korku ve tehdit altında olma durumu anksiyete bozukluklarını anımsatmaktadır” (Deale, 2007). “Sağlık kaygısı ve diğer somatoform rahatsızlıklar arasında bireyin bedensel semptomları yanlış yorumlaması, sağlık ile ilgili aşırı endişe duyması, sürekli olarak sağlık kontrolü yapması ve tıbbi açıdan açıklanmayan semptomlar gösteriyor olması gibi ortak belirtiler yer almaktadır. Bu iki bozukluğun birbirinden ayrılan birçok özelliği bulunmaktadır. Somatizasyon rahatsızlığı olan birey ağrısını dindirecek olan tedavi ve ilaçları kabul etmektedir. Var olan rahatsızlığın ölüm ile sonlanmayacağını bilmektedir. Sağlık anksiyesi yaşayan birey ise tedavi ve ilaç yöntemini kabul etmemektedir”. Bedensel semptomların ve rahatsızlığın ölümcül olduğunu düşünmektedir (Wilhelmsen, 2017).

DSM-V’te “hastalık kaygısı bozukluğu olarak ifade edilen bozukluğun tanı kriterleri şu şekildedir;

- A. Ağır bir hastalığı olduğunu ya da olacağını düşünüp durma.
- B. Bedensel belirti yoktur ya da varsa bile ağır değildir. Başka bir hastalık durumu varsa ya da bir hastalık durumu çıkma olasılığı yüksekse (örn. güçlü bir aile öyküsü varsa), bu konuda düşünüp durma açıkça aşırı bir düzeydedir ya da orantısızdır.
- C. Sağlıkla ilgili yüksek düzeyde bir kaygı vardır ve kişi, kişisel sağlık durumuyla ilgili olarak kolaylıkla korkuya kapılır.
- D. Kişinin sağlıkla ilgili davranışlarında aşırılıklar görülür (örn. hastalık bulguları için vücudunu sık sık tarar) ya da uygunsuz bir kaçınma içindedir (örn. doktora gitmekten ve hastanelerden kaçınır).
- E. Hastalıkla uğraşıp durma süresi en az altı aydır, ancak korkulan özgül hastalık bu süre içinde değişebilir.
- F. Hastalıkla ilgili düşünüp durma, bedensel belirti bozukluğu, panik bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu, bedensel algı bozukluğu, takıntı-

zorlantı bozukluğu ya da sanrılı bozukluk, bedensel tür gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz” (Association, 2013).

2.4.3. Sağlık Anksiyetesi Etiyolojisi

2.4.3.1. Genetik faktörler

Literatür çalışmaları incelendiğinde “sağlık anksiyetesi ile bedensel semptomların, hayatı yaşamaya karşı yatkınlığın, genetik bir faktör olduğunu ve aktarıldığını” ortaya koymaktadır (Taylor and Asmundson, 2004).

2.4.3.2. Hastalık ve ölümle ilgili deneyimler

Yetişkinlikte sağlık anksiyetesinin, “çocukluk döneminde şiddetli rahatsızlık ve aile bireylerinden birinin hastalık geçirmesi ile bağlantılı olduğu” gösterilmektedir. “Çocukluk döneminde geçirilen rahatsızlıklar özellikle de acılı ve ciddi olan hastalıklar gelecek dönemde sağlıkla ilgili anksiyeteyi arttırmaktadır. Özellikle bireyin annesine bağımlı olması sonucunda bakım vereninden ayrılık yaşaması bu durumu tetiklemektedir. Bireyin bakım verenini ya da yakını kaybetmesi sağlık anksiyetesini arttırmaktadır. Yakını trafik kazasında kaybetmek, bireyde hayatın tehlike olduğu ve her zaman tetikte olması gerektiği algısını yaratmaktadır. Bunun sonucunda birey sağlığına dair endişe duymaya ve sürekli olarak sağlığını düşünmeye başlamaktadır” (Association, 2000).

2.4.3.3. Fiziksel ve cinsel istismar

Barsky et al. (1994) yapmış oldukları çalışma bulguları “sağlık anksiyetesinin 17 yaş öncesinde gerçekleşen fiziksel şiddetle %32, cinsel istismarla %29, anne baba değişimiyle ise %29 oranında ilişkili olduğu saptanmıştır. Cinsel istismar ve fiziksel şiddet faktörleri çocuğun özgüvenini düşürmekte, bireyin kendini tehlikede ve savunmasız hissettirmektedir. Bu durum sonucunda birey sağlığı hakkında endişe yaşamakta ve sağlık anksiyetesinde artış” meydana gelmektedir (Barsky et al., 1994).

2.4.3.4. Diğer stresörler

Stresli yaşam durumları, “hastalık ve kayıp dışında bedensel rahatsızlıklar, sağlık anksiyetesi ve doktor tutumları ile oluşmaktadır. Fakat bu kaygının artması gerçek tıbbi morbidite ile bağlantılı olarak gerçekleşmemektedir. Stres faktörleri bazı bireylerde yanlış algılanarak bedensel semptomların ortaya çıkışına sebep olmaktadır.

Sağlık anksiyetesi yaşayan bireyler sağlıkları için büyük miktarda para harcamakta ve maddi sıkıntılar ile karşılaşmaktadırlar. Bu durumda da sağlık anksiyetesinde artış meydana getirmektedir” (Hankin and Oktay, 1979).

2.4.4. Sağlık Anksiyetesi Epidemiyolojisi

Tıbbın açıklayamadığı bedensel semptomlar “genel popülasyonda düşük oranda, tedavide ise ilk basamakta” yer almaktadır (Arthur and Coeytaux, 1993). “Sağlık anksiyetesi prevalansı genel popülasyonda %0,05 ile %1,3 arasında yer alırken, tedavide %3 ile %9 oranında farklılık göstermektedir. Sağlık anksiyetesi sıklıkla 25 ile 45 yaş arasında görülmektedir. Bazı araştırmalar sağlık anksiyetesinin toplumda görülme oranının %5,7 olduğunu tedavi ortamlarında ise %17,5 ile %24,7’ye kadar yükseliş gösterdiğini” ortaya koymaktadır (Tyrrer et al., 2011).

Barsky and Borus’un yapmış oldukları araştırma sonucuna göre “kanser hastalarının %25 ile %50’sinde sağlık anksiyetesi belirtilerini açıklayan organik bir sebep bulunmamaktadır (Arthur and Coeytaux, 1993). Sağlık anksiyetesine ek olarak fobiler, panik bozukluğu, bipolar bozukluğu” gibi rahatsızlıklar eşlik etmektedir (Sunderland et al., 2013).

2.4.5. Sağlık Anksiyetesi ile İlgili Yapılan Araştırmalar

Karabal (2020) “yatağa bağımlı hastalara bakım verenlerde sağlık algısı ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapmış olduğu araştırma kliniklerde, yoğun bakımlarda, hastaneye bağlı evde bakım hizmeti alan hastalara yardım eden 188 hasta yakını ile yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgu sonuçlarına göre bakım veren bireylerin cinsiyet değişkenine göre sağlık algılarında ve sağlık anksiyete durumlarında anlamlı derecede bir farklılık” olmadığı saptanmıştır (Karabal, 2020).

Aktürk (2019) “birinci basamak ve üçüncü basamak sağlık kurumuna başvuran hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin saptanması ve sağlık okuryazarlığı ile sosyodemografik verilerin sağlık anksiyetesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapmış olduğu çalışma 193 kadın, 107 erkek olmak üzere 300 birey” ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgu sonuçlarına göre “sağlık anksiyetesi ile cinsiyet değişkeni incelendiğinde kadın bireylerde sağlık anksiyetesi puanının erkek bireylere oranla daha yüksek olduğu” saptanmıştır (Aktürk, 2019).

Özdelikara ve ark. (2018) “hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapmış olduğu araştırma 56 öğrenci birey” ile yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre “öğrencilerin sağlık algısı ölçeklerinin ortalamasının yüksek ($50,57 \pm 4,60$), sağlık anksiyetesi puan ortalamalarının düşük ($34,33 \pm 6,50$) olduğu görülmüştür. Sağlık algısı ölçeği alt boyutları incelendiğinde en yüksek ortalamanın kontrol merkezi olduğu, sırası ile kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık olarak devam ettiği görülmüştür. Katılımcıların Kronik hastalık bulunması, hastane yatış deneyimi olması, ailesinde kronik yaşam öyküsü bulunması gibi faktörlerin sağlık anksiyetesini etkilediği” saptanmıştır (Özdelikara ve ark., 2018).

O’Bryan et al. (2018) yaptıkları çalışmada ise “bilinçli farkındalık becerilerinin kullanımının daha düşük sağlık anksiyetesi duyarlılığı ve daha düşük belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ile ilişkili olduğu” ortaya konmuştur (Emily et al., 2018).

2.5. Yeme Tutumu

2.5.1. Yeme Tutumu ve Yeme Bozuklukları

Gıda varoluşumuz için çok önemlidir. “Yemek” ise doğuştan gelen insani bir dürtü vazgeçilmez bir ihtiyaçtır. Her lokmada bizi bir yandan ölüme yaklaştırırken bir yandan yaşamamızı sağlayan yaşam boyu süren bir ambivalanstır. Yemeğe erişimi olan birçok insan için yemek yemek, kolay ve basit bir eylem değildir. Yeme bozukluğu olan kişilerde bu davranışı göstermede bazı anormallikler vardır ve bu çalkantılı yeme alışkanlıkları sağlıklarını ve iyi işlev görme yeteneklerini kötü şekilde etkiler. Yeme davranışına yönelik anormal davranışların tümünü içeren ve bu bozuklukları adlandırılmak için kullanılan “Yeme Bozuklukları” tabiri yiyecek olmayan maddelerin yenmesi ve yenilen yiyeceklerin tekrar ağza getirilip çiğnenmesi gibi davranışları da içeren psikiyatrik hastalıkları kapsayan bir terimdir (Ertaş, 2006).

Yeme bozukluğu olan kişiler yemek ile birçok anormal davranış gösterebilirler. Ne yedikleri ne kadarını çıkardıkları, yediklerinin vücuduna ne kattığı gibi birçok durumu sorgularlar yani vücutlarına giren çıkan her şey onlar için bir kargaşadır. Ne yiyip, nasıl çıkardıklarına veya nasıl çıkaracaklarına dair bu ikilemler hayatlarının birçok alanını etkilemektedir. Yeme bozukluğu olan kişiler çok fazla ve/veya sık sık yiyecek yemek, çok az miktarda yiyecek tüketerek yiyecekleri kendilerinden uzak

tutmak, yediklerini vücutlarından zorla çıkarmak, vücutlarını benimseyememek ve reddetmek, kendilerini sürekli olarak yiyecek fikirleri ile meşgul etmek ve sürekli olarak tükettikleri besinlerin kalori miktarını hesaplama gibi çeşitli davranışlar sergilerler (Schneer, 2002). Aynı zamanda kişilerin en büyük takıntılarının biri dış görünüşleridir, günlük vakitlerinin büyük bir kısmı aynaya bakmak ve tartılmak ile geçmektedir. Kişilerin düşünce, duygu ve davranış yapısında değişiklikler meydana gelmektedir ve yeme bozukluğu ile birlikte günlük yaşantıları ve işlevsellikleri bozulmaya başlamaktadır (Ertaş, 2006).

2.5.2. Yeme Bozuklukları ve Tanısal Değerlendirilmesi

Tanı ölçütlerini kapsayan Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı (DSM) klinisyenlere ruhsal bozuklukların tanısını koymada ve bireylerin değerlendirilmesinde yardımcı olmayı amaçlayan bir el kitabıdır (APA, 2001). Bu bölümde DSM-5 en son güncellenmesi 2013 Mayıs ayında yapılan DSM'nin Türkçeye uyarlanmış formatı ele alınarak yeme bozukluklarını tanımlamak için sık sık bu kaynağa başvurulacaktır. DSM-5'te yeme bozuklukları: “Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu, pika, kaçınan/kısıtlı yiyecek alım bozukluğu, tıkanırcasına yeme bozukluğu, tanımlanmış diğer bir yeme ve beslenme bozukluğu, tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza olarak sınıflandırmış olup bahsedilen bozuklukların kişilerin hayatlarını ciddi oranda etkilemesi ve hastalarda ölüm ve intihara sebep olabileceği” bilinmektedir (APA, 2001).

Tarihe bakıldığında birçok şekilde kendini gösteren ve uzun yıllardır var olan yeme bozukluklarının sıklığı son 50 yılda artış göstermiştir (Toker ve Hocaoglu, 2009). Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza her ne kadar yeni tanımlansa da tarihe bakıldığında yüzyıllar öncesinde deneyimlenen hastalıklardır, o dönemde bu bozukluklara isim verilme de tarihi araştırmalar özellikle kadınların ölümcül bir şekilde aç kalma davranışlarını gösterdiğini belirtmiştir. Antik Yunan'da var olan aşırı yeme davranışları sonrası kusma epizotları bulimiya nervozanın ilk örneklerindendir. St. Jerome Ms 383'de kendini açlıktan ölüme mahkûm ederek yeme bozukluğu sebebiyle ölen ilk kişi olarak bilinmektedir. St. Jerome'nin bunu yapma sebebi o dönemde kutsal olan ruhun şeytani olan bedene hapis olduğu inanışıdır, bu inanıştan dolayı o dönem bedeni değerleri düşürerek ruhu ortaya çıkarma çabası popüler bir çaba

olarak bilinmektedir. İnanışlara bağlı olarak gelişen bu düşünce yapısı ve davranış eğilimleri sonrasında Ortaçağ'da açlık oruçları artmış ve anoreksiya nervoza vakaları tespit edilmiştir. Sanayi Devrimi sonrasında Avrupa'da zengin ve burjuva kesimde kadınlarda güzellik algısının değişmesiyle beraber zayıf kadınlar dikkat çekmeye başlamış ve o dönemde kadınlar arasında yeme davranış bozuklukları görülmeye başlamıştır (Ertaş, 2006).

Anoreksiya nervoza ismini tarihte ilk kullanan kişi 19. yüzyılda psikolojik bozuklukları olan ve aşırı kilo kaybetmeye yönelik bir kadın serisi hazırlayan İngiliz Sir William Gull ve Fransız Charles Laségue'dir (Vogler 1989'dan aktaran Sönmez, 2017). 1979 yılında bulimiya nervozanın tanımlanması ile yeme davranışının bozulmasına yönelik tüm bozukluklara dair araştırmalara önem verilmiş ve yeme bozuklukları hakkında yapılan araştırmalar artış göstermiştir (Andreasen and Black, 2001). Kısacası insanlık tarihine baktığımızda yeme davranışında bozukluklara sıkça rastlamaktayız.

Yeme bozuklukları karmaşık ve çok faktörlü olarak belirlenmiş bir olaydır; bu sebepten, birçok ruhsal hastalık ile komorbidite oranı yüksek olabilmektedir. Örneğin anoreksiya nervoza olan kişilerin yaklaşık olarak %68'i, bulimiya nervozalıların %63'ü ve tikanırcasına yeme bozukluğu olan kişilerin %50'si eş zamanlı olarak depresyon tanısı almıştır (Hudson et al., 2007). Yeme bozukluğu olan kadınlarda Eksen I ve II patolojilerine rastlanmaktadır ve anoreksiya ve bulimiya nervoza ile depresyon komorbidite oranlarının yüksek olması bir yana obsesif kompulsif bozukluk ile anoreksiya nervoza komorbiditesi de çokça yaygındır, bunun sebebinin kişilerdeki mükemmeliyetçiliğin bu hastalığa neden olabilmesi olarak düşünülmektedir. Ayrıca, bulimiya nervozalı kişilerde ilaç ve madde bağımlılığına rastlanmaktadır (O'Brien and Vincent, 2003). Kişilik bozuklukları ile yeme bozuklukları kadınlarda %58 oranında eş zamanlı tanı alabilmektedir ve özellikle bulimiya nervoza sınır kişilik bozukluğu ile komorbiditesi yüksektir (Rosenvinge et al., 2000).

2.5.3. Yeme Bozukluğu Epidemiyolojisi

Yeme bozukluklarından en yaygını tikanırcasına yeme bozukluğudur, dünya çapında yapılan bir araştırmanın sonucunda tikanırcasına yeme bozukluğunun ömür boyu yaygınlığı %2 civarındadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde ise bu oran kadınlarda %3,5 civarında iken erkeklerde %2'lerdedir (Hudson et al., 2007), aynı

zamanda bu oran obezite problemi yaşayan kişilerde de oldukça yüksektir (Sansone et al., 2008). Bulimiya nervozada ise dünya çapında ömür boyu yaygınlık oranı %1'dir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ise bulimiya nervozaya kadınlarda %1,5, erkeklerde %0,5 oranında rastlanırken; anoreksiya nervoza ise kadınların %0,9'unda erkeklerin ise %0,3'ünde görülmektedir (Hudson et al., 2007). Yeme bozukluklarından anoreksiya nervoza en çok 16 ile 20 yaşları arasında gelişirken bulimiya nervoza için riskin en yüksek olduğu yaş grubu 21 ile 24 yaş arasındaki kadınlardır. Tıkanırçasına yeme bozukluğu olan kişilerde ise bu oran 30 ile 50 yaş arası olup diğerlerine oranla daha yüksektir (Zerwas et al., 2015).

Yapılan araştırmalar ile ortaya çıkan bir diğer sonuç ise homoseksüel ve biseksüel erkeklerde heteroseksüel erkeklere oranla yeme bozukluğunun daha sık görüldüğü yönündedir fakat homoseksüel ve biseksüel kadınlar ile heteroseksüel kadınlar arasında yeme bozukluğu görülme sıklığında anlamlı farklılık görülmemiştir (Feldman and Meyer, 2007).

Türkiye'de üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışma, öğrencilerin önemli bir yüzdesinde (%11.5) yeme tutumlarında rahatsız edici bozulmalar olduğunu ve kadınlar için yaygınlığın erkeklerden fazla olduğunu fakat bunun anlamlı fark olmadığını göstermiştir. Çalışma, aynı zamanda yeme tutumlarında bozulma olan öğrencilerin olmayanlara göre daha yüksek sürekli kaygı düzeyine, düşük benlik saygısına ve yüksek sosyal fiziksel kaygıya sahip olduklarını belirtmiştir (Baş ve ark., 2004). Türkiye'de 679 üniversite öğrencisi ile yapılan bir diğer çalışmanın sonucunda ise örneklemin %6,8'inde yeme tutumlarında anormallik görülmüştür (Tozun ve ark., 2010). Kugu et al. (2006) yaptığı araştırmada ise üniversite öğrencilerinin %2.2 sinde yeme bozukluğunun görüldüğünü ve bunlardan hiçbirinin anoreksiya nervoza olmadığını, %1,57'sinin bulimiya nervoza, %0.31'inin ise tıkanırçasına yeme bozukluğu tanısı aldıklarını belirtmiştir.

2.5.4. Yeme Bozukluğu Etiyolojisi

Yeme bozukluklarının etiyolojisi, şimdilik kesin ve net bir şekilde belirtilmemiş olsa bile tek bir sebebi yoktur, birden çok etkene bağlıdır ve kökenleri karmaşıktır. Genetik, biyolojik, sosyokültürel, psikolojik (Bakalar et al., 2015), ailesel etmenler, geçmiş yaşantılar ve beden imajı gibi birçok sebep kişilerin yeme tutumlarında bozukluklara sebep olabilmektedir. Bununla birlikte bu alanlardan biri

daha fazla etkiliyor demek doğru değildir her biri birbiriyle bağlantılı olabilmektedir (Hooley et al., 2016).

2.5.4.1. Genetik ve biyolojik etmenler

Yeme tutumu ve bu tutumdaki bozukluklar çevresel etmenlere ve yeme davranışına bağlı olduğu düşünülse de son yıllarda yapılan araştırmalar genetik etkileri de ön plana çıkarmaktadır. Yapılan bir çalışma anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza hastalarının biyolojik akrabalarında bu hastalıkların oranında artış olduğunu ve anoreksiya nervoza hastalarının akrabalarının sağlık kontrollerinde anoreksiya nervoza olma riskinin diğerlerine oranla 11,4 kat daha fazla olduğunu; bu riskin bulimiya nervoza hastalarının akrabalarında ise 3,7 kat olduğunu göstermiştir (Strober et al., 2000). Genetik etkileri araştırmak amacıyla yapılan bir diğer çalışma türü ise ikiz kardeşler ile yapılan çalışmalardır. İkiz kardeşlerle yapılan bu çalışmalar her ne kadar az olsa da anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozanın kalıtsal bozukluklar olduklarını ileri sürmüşler (Fairburn and Harrison, 2003; Agras, 2010) ve anoreksiya nervozada %48-88, bulimiya nervozada ise %23-83 kalıtsallık tahminlerinde bulunmuşlardır (Hinney and Volckmar, 2013). Yeme tutumlarının biyolojik etmenlerine baktığımızda serotoninin önemini de görmüş oluruz çünkü serotonin duygudurum bozuklukları, obsesyonallite ve dürtüsellikle ilişkilendirilen önemli bir nörotransmitter olmakla birlikte, yeme bozukluğu olan birçok hastanın serotoninini hedef alan antidepresanlar kullandıklarında tedaviye iyi yanıt verdikleri görülmektedir (Bailer and Kaye, 2011).

2.5.4.2. Sosyokültürel etmenler

Batı kültüründe ideal kadın vücut şekli nedir? Günümüzde magazin dergilerine, sosyal medyaya, televizyona bakıldığında görülen kadınların vücut ölçüleri kimi zaman gerçekçi olmayan ince modeller olarak dikkat çekmektedir. 1995 yıllarında yaşadıkları adalarına televizyon gelmeden önce Fuji'de yaşayan kadınlara göre ideal kadın vücudu balık etli ve yuvarlak hatlardan oluşurken televizyonun gelmesiyle birlikte bu algı değişmiş ve 38 ay sonra yapılan bir çalışmada Fujili genç kızlarda yeme bozuklukları belirtilerinin ortaya çıktığı görülmüştür (Ertaş, 2006). Türkiye'de İstanbul merkezinde yaşayan ve Bartın'ın köylerinde yaşayan kadınlar ile yapılan bir çalışma İstanbul'da yaşayan kadınların yerli ve yabancı medya araçlarını daha çok takip ettiği, dış görünüşlerine daha çok dikkat ettiği ve kadın vücudunun ince

olmasına dair imajı Bartın’da yaşayanlara oranla daha çok idealleştirdiğini göstermiştir (Karşlı, 2013).

Sosyal uyumda güçlük çeken kişiler yeme bozukluklarına birer aday olabilmektedir. Öte yandan sosyal olarak aktif, arkadaş çevresi geniş kişilerde de yeme bozukluğu görülebilmektedir fakat bu kişilerin geçmiş yaşantılarına bakıldığında ergenlik çağında kimlik karmaşası yaşadıkları ve kendilerini herhangi bir gruba ait hissetmedikleri ortaya çıkmaktadır. Yeme bozukluğu olan kişiler, diğerleri ile güçlü bağlantı kurabilmek, güvende hissetmek için veya eleştirilere, dışlanmalara karşı fazla duyarlı oldukları için kendilerini farklı bir yolda kanıtlama ihtiyacına girerek yeme tutumlarındaki değişimlerle yeme bozukluğuna giden yola girebilirler (Ertaş, 2006).

2.5.4.3. Beden imajı

Çocukken oynadığımız, filmlerde güzel gözüken ve herkesin sevdiği Barbie ince belli ve çok zayıf bir kadın rolündeydi. Toplum bizim yerimize birçok konuda ideali gösterirken ideal kadın vücudunun bu denli zor elde edilebilir olması ve çocukluktan beri gösterilen güzel kadın imajı kişilerde bedenlerine karşı memnuniyetsizliğe sebep olabilmektedir. Vücut tatminsizliği aynı zamanda diyet ve olumsuz duygulanım ile de ilişkilidir, kişiler görünüşünü beğenmediğinde kilo vermeye çabalama süreçleri başlayabilmektedir (Hooley et al., 2016).

Ergen kızlar ile yapılan ve amacı yeme bozukluklarının risk faktörlerini belirlemek olan bir araştırmanın sonucunda vücut memnuniyetsizliği en yüksek risk faktörü olduğu görülmüştür. Bu da kişilerin beden imajına dair algılarının yeme bozukluklarındaki önemini bize göstermektedir (Stice et al., 2011).

2.5.4.4. Psikolojik etmenler ve geçmiş yaşantılar

Kişilerin zayıf bir vücut ideali, yeme tutumundaki düzenin bozulmasında etken bir bileşendir (McKnight Investigators, 2003). Zayıf vücut idealine bağlı olarak yeme tutumunu etkileyen bir diğer konu da mükemmeliyetçiliktir. Mükemmel beden arayışı kişileri diyetle daha katı bir şekilde bağlar ve diyetlerinde herhangi bir kusur olmaması gerekir. Kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada yeme bozukluğu olmayanlara kıyasla anoreksiya nervoza tanısı alan kadınların mükemmellik ölçütünden çok daha fazla puan aldıkları görülmüştür (Halmi et al., 2000). Yeme bozukluklarının sürdürülmesini etkileyen faktörlerde ise mükemmeliyetçiliğe ek olarak, duygudurum

tahammülsüzlüğü, kişilerarası zorluklar ve düşük benlik saygısı önemli rol oynamaktadır (Fairburn et al., 2003).

Olumsuz duygulanım, yeme bozuklukları için bir diğer risk faktörüdür. Olumsuz duygulanım özellikle tıkanırcasına yeme bozukluğu üzerinde kötü bir etkiye sebep olmaktadır (Stice, 2002). Kişiler genellikle kendilerini stresli, mutsuz ve kötü hissettiklerinde tıkanırcasına yemeye başladıklarını söyler ve bunun rahatlık sağladığını belirtirler. Olumsuz duygulanım anksiyete ve depresyonu yordayarak da bir başka şekilde yeme bozuklukları ile bu rahatsızlıkların beraber görülmesine sebep olabilmektedir (Vögele et al., 2018). Olumsuz duygulanım ile anoreksiya nervoza arasındaki ilişkiyi gösteren bir çalışmada, kişilerin olumsuz ruh halinde oldukları günün ertesi günü kısıtlayıcı yeme davranışlarının arttığı aynı zamanda yeme/temizleme davranışından hemen önce de olumsuz ruh halinin arttığı görülmüştür (Engel ve ark., 2013).

Çocukluk çağı cinsel istismar yaşantılarının ergenlik ve yetişkinlikte kişilerde yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (Stice, 2002). Yapılan 53 çalışmasının meta-analizinden oluşan bir araştırmanın sonucunda erken dönemde cinsel istismarların yeme bozuklukları üzerinde pozitif yönde düşük bir ilişkisi olduğunu göstermiştir (Smolak and Murnen, 2002). Görüldüğü gibi psikolojik etmenlerin (kişisel faktörler) geçmiş yaşantılarında yeme bozukluklarının gelişmesi ve sürdürülmesinde önemli bir rolü vardır.

2.5.4.5. Ailesel etmenler

Ailesel etmenler birçok psikolojik rahatsızlıkta olduğu gibi yeme bozukluklarında da önemli etkilere sahiptir. Yapılan çalışmalar sonucunda anoreksiya nervoza hastalarının üçte birinden fazlasının aile işlev bozukluklarının yeme bozukluklarına katkıda bulunduğu (Tozzi et al., 2003) ve bu kişilerin ailelerinin sağlıklı katılımcıların ailelerine göre daha katı, zayıf iletişim kurdukları ve birbirlerine daha az bağlı oldukları gözlemlenmiştir (Vidović et al., 2005). Hastaların ailelerine bakıldığında mükemmeliyetçilik, zayıflık, diyet ile sıkça meşgul olan ve fiziksel olarak iyi görünmeyi arzulayan ebeveynleri olduğu görülmüştür (Garner and Garfinkel 1997'den aktaran Hooley et al., 2016).

Yeme bozukluklarına sebep olan etkenlerden biri de güvenli bağlanmadır. Yaşamın ilk dönemlerinde bakım verenle gerçekleşen ilk iletişim, bu iletişimde

gerçekleşen dengesizlikler yaşamın ilerleyen dönemlerinde anne-baba sevgisi yerine yiyecekleri koyması ve sonrasında yeme davranışının bozulmasına sebep olabilmektedir (Alantar and Maner, 2008).

2.5.5. Yeme Bozukluklarının Klinik Görünümü

2.5.5.1. Anoreksiya nervoza

Anoreksiya nervoza terimi “sinirlilik hali içeren iştahsızlık” anlamına gelmektedir fakat tanımda yanlış giden bir şey vardır çünkü bu hastalık, iştahsızlıktan ziyade düşük vücut ağırlığı arayışını içeren acımasız ve anlamsız davranışlar bulunmaktadır. Her ne kadar modern bir problem gibi görünse de anoreksiya nervoza asırlardır insanoğlunun yaşadığı bir problemidir. Anoreksiya nervozanın günümüzde bilinen ilk tıbbi açıklaması 1989 yılında Richard Morton aracılığıyla açıklandı. Morton bu açıklamada sinir tüketiminden muzdarip olan 16 yaşında bir erkek ve 18 yaşındaki bir kızı anlattı ve kızın sonrasında tedaviyi reddettiği için öldüğünü belirtti (Hooley et al., 2016). Ölüm ile sonuçlanma ihtimalinden dolayı bu hastalık son derece ciddiye alınması gereken bir hastalıktır. Bu kişilerin sağlık durumu anoreksiya nervoza ciddileştikçe her geçen gün daha da kötüye gider. Bu kişiler çok yetersiz beslendikleri için zamanla saçları incelik ve dökülür, tırnakları kırılır, tenleri kurumaya ve hatta sarılaşmaya başlar. Soğuk havalara ile baş etmekte zorlanırlar, elleri ve ayakları çoğu zaman soğuktur, kronik olarak kan basınçları düşüktür ve bu sebepten genellikle yorgun, baygın ve bitkin hissederek. Baş dönmesi problemleri vardır, vitamin eksiklikleri vardır ve organları yavaş yavaş işlevlerini kaybetmeye başlarlar. Kısacası anoreksiya nervoza tüm vücudu kötü yönde etkiler ve bununla beraber kişilerde bilişsel değişikliklere ve depresyona da sebep olabilmektedir (Winston et al., 2000). DSM-5’te yer alan anoreksiya nervoza tanı kriterleri şunlardır:

- A. Kişinin ihtiyaçlarına oranla kalori alımını kısıtlama tutumu, beden sağlığı, cinsiyeti, yaşı ve gelişimsel olarak ilerleyişi ve bağlamlarına bakıldığında kişinin vücut ağırlığının aşikâr bir biçimde düşük olması, vücut ağırlığının çocuklar, gençler ve yetişkinler için beklenen normalin en düşük sınırından daha da aşağısında olması.
- B. Kişide kilo almak veya şişmanlamaktan aşırı korkma hali veya belirgin bir şekilde kilo almayı zorlaştıran davranışları sürekli olarak tekrarlama durumları vardır.

C. Kişinin vücut ağırlığını veya biçimini algılama biçiminde bozukluklar vardır. Kişi kendi beden ölçüleri ve ağırlığına fazlasıyla önem yükleyerek kendini değerlendirir veya o sırada vücut ağırlığının düşük olmasıyla ilgili problemlerin ne derece önemli olduğunu hiçbir zaman kavrayamamaktadır.

Kısıtlayıcı Tür: Son 3 ay içerisinde kişilerde tekrarlayan tıkanırcasına yeme veya çıkarma (ör. lavmanın yanlış yere kullanımı, idrar söktürücü ilaçlar alma, kendini kıştırma) dönemleri olmamıştır fakat kişi daha çok diyet uygulayarak hatta neredeyse hiç gıda tüketmeyerek ve/veya aşırı egzersiz yaparak kilo kaybeder.

Tıkanırcasına yeme/çıkarma türü: “Kişilerde de son 3 ay içerisinde tekrarlayan tıkanırcasına yeme ve çıkarma dönemleri olmuştur” (APB, 2014).

Anoreksiya nervoza olan her kişinin gıda alımını acımasızca kısıtlaması mümkün değildir. Tıkanırcasına yeme/çıkarma türü olan kişilerin durumları kısıtlayıcı tür olanlardan farklıdır çünkü bu kişiler tıkanırcasına yer ve çıkarırlar ya da tıkanırcasına yerken çıkarırlar. Yediklerini çıkarmak ve vücutlarını temizlemek içinde kendilerini kusturma, muhsil, diüretik ilaçları ve lavmaları kötüye kullanma, aşırı egzersiz ve oruç tutmak gibi uygulamalarıyla telafi edici davranışlarda bulunurlar (Hooley et al., 2016). Anoreksiya nervoza olan kişilerde sayılan kemiklerinin onların kim olduklarını tanımladıklarına, kusurlu bir bedene sahip olanların kişiliklerinin de kusurlu olduğuna, bunun bir hastalık değil yaşam tarzı olduğuna, açlığın ise yoksunluk değil bir kurtuluş olduğuna dair inançları vardır. Bu kişiler tartıldıkları zaman istedikleri kiloda ise aç kalmaya devam ederek kendilerini ödüllendirdikleri ve değillerse açlıktan ölecek kaybetmenin cezasını çekmeleri gerektiği gibi düşünceler hâkim olabilir, hatta anoreksiya nervoza tanısı alan kişiler kimi zaman bu tanıyı almanın bir rahatsızlık değil bir başarı olduğunu düşünebilmektedir (Bulik and Kendler, 2000).

2.5.5.2. Bulimiya nervoza

Bulimiya nervosa, anoreksiya nervosa oranla çok daha az oranda ölümcüldür fakat o da tıbbi olarak birçok soruna sebep olabilmektedir. Kusma davranışı ellerde nasıra, boğazda yaralara, diş minerallerinde hasara sebep olur ve daha ciddi boyutlarda ise elektrolit dengesizliğine ve böbrek rahatsızlıkları ile birlikte bağırsak rahatsızlıklarına sebep olur ve gastrointestinal sisteme hasar verir. Diğer yandan kalp

komplasyonları bu hastalığın ciddi bir sonucudur (Hooley et al., 2016). DSM-5’de yer alan “bulimiya nervoza tanı kriterleri şunlardır:

- A. Kişide tekrarlayan tıkanırcasına yeme dönemlerinin olması. Tıkanırcasına yeme dönemleri aşağıdaki ikisi ile belli olmaktadır:
 - a. Ayrı zaman dilimlerinde (ör. her iki saate bir sürede) benzer koşullarda ve sürede bulunan çoğu kişinin yiyebileceğinden çok daha fazla yiyeceği yeme davranışı.
 - b. Bu dönemle beraber kişide yemek yeme ile ilgili davranış kontrolünün olmadığına dair bir duyumun olması (ör. kişide neyi ne kadar yediğine dair kendini denetleyememe ve yemeyi durduramama hali).
- B. Kilo almamak için kişinin lasatif (iç sürdüren) ve/veya diüretik (idrar söktürücü) ilaçları kullanma ya da başka ilaçları yanlış yere kullanma, kendini kusturma, neredeyse hiç yemek tüketmeme ve aşırı egzersiz yapma gibi yineleyen uygunsuz ödüllendirici davranışlarda bulunma hali.
- C. 3 ay içinde haftada en az bir kere tıkanırcasına yeme ve uygunsuz ödüllendirici davranışların her ikisinin de görünmesi.
- D. Kişinin kendini değerlendirirken vücudunun biçiminden ve ağırlığından anlamsız bir biçimde etkilenmesi.
- E. Bulimiya nervoza, sadece anoreksiya nervoza dönemlerinde ortaya çıkmamaktadır”.

Kişiler kısa sürede aldığı yoğun kalori miktarından dolayı kendileri üzerindeki kontrollerini kaybettiklerini düşünüp atakların ardından yoğun bir şekilde nefret, suçluluk, tikslenme, utanç ve pişmanlık hissederek kontrolü tekrar ele alabilmek için tüm besinleri çıkartırlar (Yıldız, 2018). Anoreksiya nervozanın tıkanırcasına yeme/çıkarma türü ile bulimiya nervozanın birçok ortak yönü vardır bu ikisinin arasındaki temel fark ise ağırlıktır. Anoreksiya nervoza hastası ciddi bir şekilde zayıftır fakat bu bulimiya nervozada da geçerli değildir hatta bazı durumlarda kiloları normalden fazla olabilmektedir (Hooley et al., 2016).

2.5.5.3. Tıkanırcasına yeme bozukluğu

Tıkanırcasına yeme bozukluğu yetişkinlik çağında en sık rastlanılan yeme bozukluklarından biri olup, erkekler veya kadınlar arasında bir fark göstermeksizin genel nüfusta yaygınlık oranı %6.6 olduğu görülmektedir (Grucza et al., 2007). DSM-5'in tanımına göre "tıkanırcasına yeme bozukluğu kriterleri şunlardır:

- A. Tekrarlayan tıkanırcasına yeme dönemleri, bu dönemler aşağıdaki şu iki belirti ile görülür:
 - a. Ayrı zaman dilimlerinde (ör. her iki saate bir sürede) benzer koşullarda ve sürede bulunan çoğu kişinin yiyebileceğinden çok daha fazla yiyeceği yeme davranışı.
 - b. Bu dönem sırasında kişide yemek yeme ile ilgili davranış kontrolünün olmadığına dair bir duyumun olması (ör. kişide neyi ne kadar yediğine dair kendini denetleyememe ve yemeyi durduramama hali).
- B. Tıkanırcasına yeme dönemlerinde aşağıda bulunan maddelerden en az üç madde eşlik etmektedir:
 - a. Kişinin normal yemek yeme hızından çok daha hızlı yemesi.
 - b. Kişinin tokluk hissini rahatsızlık verici düzeyde hissedene kadar yemek yemesi.
 - c. Kişinin fiziksel olarak kendini henüz aç hissetmiyorken dahi yemek yemesi.
 - d. Kişinin yemek yediği miktardan utandığı için yalnız yeme davranışının bulunması.
 - e. Yeme davranışından sonra kişinin suçluluk duyması, çökkünlük yaşaması veya kendinden tiksinişi.
- C. Tıkanırcasına yemekle ilgili olarak belirgin bir rahatsızlık duyulur.
- D. Tıkanırcasına yeme davranışı ortalama 3 ay içerisinde haftada en az bir kere olacak şekilde tekrarlanmıştır.
- E. Tıkanırcasına yeme davranışına, bulimiya nervozada görüldüğü gibi tekrarlayan ödüllendirici davranışlar eşlik etmez ve bu davranış yalnızca

anoreksiya nevroza, bulimiya nervoza gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır”.

Tıkanırcasına yeme bozukluğuna sahip kişiler aşırı kilolu ve hatta obez olabilmektedir ancak bulimiya nervozada olduğu gibi kilo tanı koymak için bir kriter değildir (Hudson et al., 2007). Tıkanırcasına yeme bozukluğunu bulimiya nervozadan ayıran kriter yeme ataklarının sonrasında gelen aşırı egzersiz, kusma gibi telafi edici davranışların olmamasıdır.

2.5.5.4. Kısıtlı/kaçınan yiyecek alımı bozukluğu

DSM-5’te ilk kez tanımlanan “kısıtlı/kaçınan yiyecek alım bozukluğunun tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

- A. Aşağıda bulunanlardan en az birinin eşlik ettiği, uygun beslenme ve/veya enerji (erke) ihtiyacının sürekli karşılanmamasıyla kendini gösteren bir beslenme bozukluğu (ör. yemeye veya yiyeceklerle karşı açıkça ilgi göstermeme).
 - a. Belirgin bir kilo kaybı (Çocuklarda ise bu durum beklenen kilo alımını sağlayamama veya büyümenin duraklaması şeklinde görülür).
 - b. Kişilerde bariz bir şekilde beslenme eksikliği.
 - c. Enteralle (tüp) beslenme veya ağızdan besin destekçilerine bağlı olma.
 - d. Kişilerde ruhsal-toplumsal işlevselliğin aşıkâr bir şekilde düşmesi.
- B. Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, yiyeceğin ulaşılabilir olmaması veya kültürel bir uygulama ile daha iyi anlatılamaz.
- C. Bu bozukluk sadece bulimiya nervoza ya da anoreksiya nervozanın gidişatı esnasında ortaya çıkmamaktadır”.

2.5.5.5. Pika

İlk defa DSM-5’te yer alan pika yeme bozukluğu kişilerin beslenme değerı olmayan ve besin olmayan maddeleri yemesine yönelik duydukları yoğun istek ve davranışlardır. Doğumdan sonraki dönemlerde çocuklar birçok maddeyi ağızlarına götürme eğiliminde olduğu için bu hastalığı tanımlamak zor olabilmektedir bu sebepten dolayı pika genellikle 2-3 yaş sonrasına başlamaktadır (Ertay, 2006). DSM-5’de tanımlandığı üzere “pika kriterleri şunlardır:

- A. Besleyici bir değeri olmayan, düzenli olarak yenilebilecek bir besin olmayan maddeleri aylık sürede en az 1 kere yeme davranışı.
- B. Besleyici bir değeri olmayan, yenilebilecek bir besin olmayan bu maddeleri yeme davranışı, kişinin gelişimsel düzeyi ile uyum içinde değildir.
- C. Bahsedilen yeme davranışı toplumsal olarak kabul edilen veya kültürel bir dayanağı olan bir uygulama olarak görülmez.
- D. Bahsedilen yeme davranışı, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyor ise (ör. anlıksal gelişimsel bozukluğu), ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek kadar ağırdır”.

2.5.5.6. Geri çıkarma (geviş getirme)

DSM-5’te ilk kez tanımlanmış bir diğer bozukluk olan “geri çıkarma bozukluğunun DSM-5 kriterlerine göre belirtileri şu şekildedir:

- A. Kişinin çoğunlukla yediği yemeği geri çıkarma davranışının en az 1 ay içerisinde yaşanması. Kişi çıkarılan bu yiyecekleri tükürülebilir, yeniden yutkunabilir veya yeniden çıkarılabilir.
- B. Bahsedilen geri çıkarma davranışı, eşlik eden bir mide-bağırsak hastalığına veya farklı bir sağlık durumuna bağlanamaz.
- C. Geri çıkarma yeme bozukluğu; yalnızca bulimiya nervoza, kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunu, anoreksiya nervoza ya da tıkanırcasına yeme bozukluğu gidişi esnasında bulunmamaktadır.
- D. Bahsedilen belirtiler, başka bir ruhsal veya nörogelişimsel bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa ayrıca klinik bir değerlendirmeyi gerektirecek kadar ağırdır”.

2.5.5.7. Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu

Değişik tür (atipik) anoreksiya nervoza, düşük sıklıkta ve/veya sınırlı sürekli bulimiya nervoza, düşük sıklıkta ve/veya sınırlı sürekli tıkanırcasına yeme bozukluğu, çıkarma bozukluğu, gece yemek yeme bozukluğu gibi beslenme ve yeme bozukluklarının herhangi birinin tanısını alabilmek için tanı kriterlerini karşılamayan fakat kişilerde klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya günlük yaşamda işlevselliğinde bozulmalara sebep olan beslenme ve yeme bozukluklarıdır (APB, 2014).

2.5.5.8. Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu

Beslenme ve yeme bozukluklarının tanı kriterlerini karşılamayan fakat bu bozuklukların belirli özelliklerinin baskın olduğu ve kişilerde klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya günlük yaşamda işlevsellikte düşmeye sebep olan yeme bozukluğu kategorisidir (APB, 2014).

2.5.6. Yeme Tutumu ile İlgili Yapılan Araştırmalar

Doksanlı yıllardan itibaren yeme bozukluklarının görülme sıklığı Türkiye’de artış göstermektedir (Yücel ve ark., 2013). Uzun ve ark. (2006)’a göre, “Türkiye’de yaygınlığı %0,1-2 arasında” görülmektedir. Kanada’da 2001 yılında Jones et al. (2001) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada “12-18 yaş aralığında 1739 kız öğrenci örnekleme alınmış, bu öğrencilerin %23’ünün zayıflamak için diyet yaptığı, %15’inin kontrol edemedikleri tıknırcasına yeme atakları yaşadığı, %8,2’sinin yemek sonrası kendini kusturduğu ve %2,4’ünün zayıflama hapi kullandığı” ortaya çıkmıştır (Jones et al., 2001). Aynı çalışmada vücut kitle indeksi ve yaşı artmasıyla birlikte yeme bozukluğu riskinin de arttığı belirtilmiştir. Semiz ve ark. (2013) tarafından 1122 kişi ile gerçekleştirilen çalışmaya göre “tıknırcasına yeme bozukluğu, en sık görülen yeme bozukluğudur. Son çalışmalara bakıldığında kadınlarda (%3,5) erkeklere (%2) oranla daha sık görüldüğü” ileri sürülmüştür. “Yeme bozukluğu türlerinin cinsiyet farkının en belirgin olduğu patoloji olduğu” belirtilmektedir (Küey, 2008).

Yeme tutumunda bozulmaların artmasında “aile dinamiklerinin genetik, ebeveynlik tarzları ve sunulan sosyal çevre açısından etkilerinin büyük olduğu” görülmektedir. Bruch (1973) araştırmasında, “yeme bozukluğu geliştiren bireylerde ailelerin rolüne baktığında, erken dönemde şekillenen anormal anne-çocuk ilişkilerine dayalı olarak güvenli bir bağlanma gerçekleştirilemediklerine” dikkat çekmiştir. Minuchin et al. (1978) bu aileleri “dağınık, ilişkileri zayıf, bireysel sınırları olan, aşırı korumacı aile olarak tanımlamıştır. Aynı çalışmada, aile dinamiklerinin işlevsel ve bireye yararlı biçimde yeniden düzenlenmesiyle yeme bozukluğu görülen bireylerde yüksek oranda iyileşmeler görülmüştür. Bağlanma ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yeme bozukluğu tanısı bulunmayan 64 kadın ve yeme bozukluğu tanısı almış 78 kadının karşılaştırıldığı diğer çalışmada, tanı alan kadınların diğer kadınlara oranla güvensiz bağlanma özelliklerinin daha yüksek olduğu” ortaya

ıkarılmıştır (Troisi et al., 2005). Sağlıklı kadınların gl bir kendilik algısına sahip oldukları ve bedenleriyle barışık oldukları dikkat çekmiştir.

Nowakowski et al. (2013)’e göre, “yeme bozukluğu grlen bireylerde ortak olarak duygularını tanımlama ve iletme konusunda sıkıntılar gözlemlenmektedir. Bu sıkıntılar aleksitimik özellikler şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlıklı kontrol gruplarına kıyasla yeme bozukluğu olan kişilerde daha yüksek aleksitimi düzeyleri” grlmştir (Cochrane et al., 1993).

2.6. Duygusal Yeme

Duygusal yeme, “kişinin yaşadığı olumsuz ve zorlayıcı yaşam deneyimleri neticesinde ortaya çıkan olumsuz duygulara bir cevap olarak yemek yeme eylemidir” (Pinaquy et al., 2003). Duygusal yeme, “kişinin duygusal durumundaki değişimleri düzenleyip kontrol etmek ve duygu durumunu korumak için vücuda besin alma yöntemi olarak” ortaya çıkmaktadır (Konttinen et al., 2012). Yeme davranışlarından biri olan duygusal yeme, “genel olarak kişinin depresif duygu durum, stres, endişe ve öfke gibi çeşitli olumsuz duygularından kaynaklanan, karşılaşılan duygusal uyarılar ve bu olumsuz duygularla bahsedebilmek için geliştirilen psikolojik bir yemek yeme tepkisi” olarak tanımlanmaktadır (Kaplan ve Kaplan, 1957; Bruch, 1964; Economy 2013).

Duyguların yeme davranışı üzerinde ciddi derecede etkileri olduğu ve aşırı yeme veya yetersiz yemeye neden olduğu bilinmektedir. Vücut ağırlığına göre duygusal yeme ile ilgili birçok araştırma yapılmıştır (Ganley, 1989; Van Strien, 1995; Faith et al., 1997). Bu alışmalar “neredeyse her zaman depresyon ya da korku gibi olumsuz duygulara odaklanmıştır” (Blair et al., 1990; Arnou et al., 1995). Fakat yapılan araştırmalarda “farklı duygu durumlarının beslenme davranışını nasıl etkilediği araştırılmış ve bireylerarası farklılıkların olduğu kabul edilerek yalnızca olumsuz duyguların değil, olumlu duygusal uyarıların da yeme eylemi üzerinde etkisinin olduğu bulunmuştur. Yani duygusal yemeye hem endişe, korku, depresif duygu durum, kızgınlık gibi olumsuz duygular hem de mutluluk ve neşe gibi olumlu duygular da neden olabilmektedir” (Sevincer ve Konuk, 2013). “Olumlu duygulardan sonra beslenme davranışında bulunmak daha çok tüketilen gıdadan zevk alma hissi ve sağlıklı besinler seçmek” ile ilgili bulunmuştur (Match,1999). “Anksiyete, stres ve

korku gibi duygusal uyaranlardan sonra genelde mide kasılmalarının azaldığı ve bu sayede iştahın kapandığı” ifade edilmektedir (Heatherton et al., 1991).

Bruch (1964), “duygusal yeme davranışına ait iki esas varsayımdan bahsetmektedir: Birincisi, olumsuz duygular beslenme davranışını arttırması ve ikincisi beslenme davranışı olumsuz duyguların yoğunluğunu azaltmasıdır”.

Bu durum öğrenme kuramlarıyla açıklandığında, “duygular koşullu uyarıcı, duyguları düzenlemek için yapılan yeme davranışı ise koşullu tepkidir” (Macht, 2008). Bu durumda Bruch (1964)’un teorisine bakıldığında “beslenmek olumsuz duyguları azaltır ve ne kadar olumsuz duygu olursa da beslenme davranışı o kadar artar”. Kısacası bu durum pekiştirilir ve duygusal yeme davranışına dair öğrenme gerçekleşir.

Duygusal yeme “gerçek duygunun fark edilmediği, tanınmadığı, anlamlandırılmadığı ve ifade edilemediği durumlarda verilen bir cevap niteliği taşımaktadır. Olumsuz bir duygu yaşandığında hissedilmekte olan açlık gerçek değildir, fakat iştah açılmaktadır. Duygusal yeme yapan bireyler, açlık hislerinin fizyolojik temelli mi yoksa duygusal temelli mi olduğunu ayırt edememektedirler. Böyle durumlarda hangisinin gerçek açlık, hangisinin duygusal açlık olduğunun ayırt edilememesi, beslenmeyi sağlıklı bir şekle dönüştürebilmektedir. Duygusal açlık yaşayan bir kişinin, sağlıklı beslenme yapabilmesi için önce gerçek açlık ve duygusal açlığı ayırt edebilecek sağlıklı kararı verebilmesi gerekmektedir” (İnalkaç ve Arslantaş, 2018).

“Gerçek olan fiziksel açlık ile açlıkmiş gibi hissettiren duygusal durumlar arasında farklar bulunmaktadır (Chesler, 2012). Fiziksel açlık ile duygusal açlık sırasında ortaya çıkan belirtiler ve açlık belirtilerini giderme davranışları farklılaşmaktadır” (Serin ve Şanlıer, 2018).

- “Fiziksel açlık hissi yavaş yavaş oluşmaktadır. Duygusal açlık ise ani bir şekilde başlamaktadır ve acilen giderilmesi gerekmektedir.
- Fiziksel açlık midede meydana gelirken duygusal açlık genelde zihinde oluşmaktadır. Fiziksel açlık yiyeceklerle doyurulabilirken duygusal açlık yiyeceklerle doyurulamayabilir.
- Fiziksel açlıkta kişi midesi dolduğunda tatmin olmuş hissederken duygusal açlıkta tatmin olmaz ve kişi gittikçe daha fazlasını isteyebilir.

- Birey fiziksel açlıkta besin değeri daha düşük bir gıdayla da açlığını giderebilmekte ve açlığını gidermek için yediği zaman doyuma ulaşabilmektedir. Duygusal açlıkta ise birey besin değeri yağ, şeker ve tuz bakımından yüksek gıdalar tercih etmekte ve açlığını gidermek için yediği zaman fiziksel açlıktaki gibi normal sürede doyuma ulaşmamaktadır.
- Kişi fiziksel açlıkta yediği yemeğin farkındadır, duygusal açlıkta ise farkındalık olmadan, dikkat etmeden ya da yenilen yemeğin tadı çıkarılmadan yemek yenilmektedir.
- Fiziksel açlıkta vücudun ihtiyacı olan besin alındığı için suçlu hissetme veya utanma olasılığı düşüktür fakat duygusal açlık genellikle ciddi bir pişmanlık, suçluluk veya utanç duygularına yol açmaktadır”.

Yapılan bir çalışmada, “bireylerin farklı duygusal durumlarla karşılaştıkları çeşitli durumlarda, kendilerini zihinlerinde canlandırmaları istenmiştir ve her bir farklı duygudaki besin tüketimine bakılmıştır. Çeşitli duygu durumları ile besin tüketim miktarı arasındaki ilişkiye bakıldığında depresyon, yorgunluk gibi daha yoğun ve sıkıntılı durumlarda çok miktarda gıda alımı görülmektedir. Ağrı, korku ya da gerilimli durumlarda ise az miktarda gıda alımı görülmektedir (İnalkaç ve Arslantaş, 2018). Bunun yanında duygusal beslenme davranışında alınan gıdaların miktarı ve hangi gıdanın yendiği de önemlidir. Bu faktörlerin de beslenme üzerinde psikolojik etkisi bulunmaktadır çünkü beslenme davranışı ruhsal ve duygusal farklılıklara göre şekillenmektedir. Olumlu duygular yaşandığında sağlıklı gıdalara yönelim olduğu gözlenirken, olumsuz duygular yaşandığında sağlıksız gıdalara yönelim olduğu” gözlenmektedir (Lyman, 1982).

Obez bireylerde duygusal yeme, “duygusal yemenin öğrenme kuramları açısından açıklanmasına benzer bir şekilde, geçmişte öğrenilmiş deneyimlerin sebep olduğu bir stres azaltma yöntemi olarak açlığı ve duyguları bastırma eğilimi” şeklinde ortaya çıkmaktadır (Adriaanse et al., 2011). Yapılan bir çalışmada, “obez bireylerde tıkanırcasına yeme davranışını meydana getiren temel etkenin kısıtlama davranışı olduğu varsayılmaktadır, duygular ikinci plana atılmıştır” (Arnold et al., 1992). Bu durum, “obezlerde depresif duygudurum belirtileri çoğunlukla daha sık görüldüğü için fazla besin alımı olumsuz duygularla baş etmek ve bunları azaltmak için kullanılan bir yöntem” olarak yorumlanabilmektedir (Kaplan ve Kaplan, 1957). “Diyet yapan obez

bireylerde, diyet yapmayan obez bireylere göre daha fazla olumsuz duygu olduğu; diyet yapan obez bireylerin yapmayan obez bireylere göre olumsuz duygular karşısında daha fazla besin aldıkları” yapılan çalışmalarca gösterilmiştir (Greeno and Wing, 1994; Canetti et al., 2002).

2.6.1. Duygusal Yeme Davranışı ile İlgili Kuramlar

2.6.1.1. Kaçış kuramı

Kaçış kuramının ana önermesi, “benliğin tehdit edildiği durum, bilgi ve duygulardan uzaklaşılması ya da dikkatin dağıtılması için ortaya aşırı yeme davranışının çıkmasıdır. Bu kurama göre, bir durum kişide olumsuz bir farkındalık yarattıysa duygusal yeme bu olumsuz farkındalık yaratan ortamlardan bir kaçış mekanizması olarak devreye” girebilmektedir (Heatherton and Baumeister, 1991). “Bireyler bazen içsel muhakeme yapmayı, kendilerinin ve çevrelerinin farkında olmayı rahatsız edici bulurlar çünkü çoğu zaman bu içe dönüş ve farkındalık uzun ve zorlu bir süreçtir” (Duval and Wicklund, 1972).

2.6.1.2. Kısıtlama kuramı

Kısıtlama kuramı ilk defa Herman and Mack (1975) tarafından oluşturulmuş ve Herman and Polivy (1980) tarafından geliştirilmiştir. Bu kuramın ana önermesi, “aşırı yeme davranışını ve kilo almayı, vücuda giren besinleri diyet yoluyla kısıtlayarak önlemektir. Ancak beslenmenin diyet yoluyla kısıtlanması daha sonra aşırı yemeye sebep olarak kilo alımıyla sonuçlanabilmektedir. Çünkü bir besinin alımı tamamen durdurulduğunda veya kısıtlandığında kişi o besine ulaşamazsa, o besini alabilmek için yüksek düzeyde bir arzu duymaya” başlamaktadır (Herman and Mack, 1975).

2.6.1.3. Psikosomatik kuram

Psikosomatik kuramın ana önermesi “normal kilolu bireylerin normalde oluşan fiziksel açlık hissini yatıştırmak için yemek yemeleri gibi, obez bireylerin de endişe ve stresin yatıştırılmasa için yemek yemeleri ve beslenme davranışından sonra sakinleşmeleridir. Olumsuz duyguları bu şekilde yatıştırma ve sakinleşme çocukluk çağında öğrenilmiştir” (Bruch, 1961). “Obez bireyler fiziksel açlıklarının farkında olamayabilmektedir. İçsel durumlardaki farkındalığın eksikliği ile açlıktan sonra gelen

beslenme davranışı arasındaki karışıklık bu duruma sebep olmaktadır” (Kaplan ve Kaplan, 1957).

Bruch (1996) “obeziteyi çocukluktan başlayarak incelemiştir ve obez çocukların duygusal gelişimlerinde gerilemeler olduğunu öne sürmüştür. Obez çocuklar ve anneleri arasındaki ilişki incelenmiştir; anneler, çocuklarının yaşadığı her çeşit rahatsızlıkta çocuklarının rahatsızlığını gidermek adına her seferinde yiyecekleri bir çıkış yolu olarak çocuklarına sunmuştur. Dolayısıyla erken dönemde ihtiyaçları bakım veren tarafından gerektiği şekilde karşılanmamış kişilerde bu durum görülmektedir. Temel ihtiyaçlardan biri olan koşulsuz sevgi ihtiyacının, bakım verenler tarafından verilmemesinden dolayı, kişinin ileriki yaşlarında sadece fiziksel açlık nedeniyle değil, duygusal açlık nedeniyle de aşırı beslenme davranışı sergilediği düşünülmektedir. Hatta çocukların problem çıkarmaması için her ihtiyacı henüz istenmeden besin olarak verildiği için bu çocukların hiçbir zaman açlık hissetmelerine elverişli bir ortam oluşmamaktadır. Beslenme ihtiyacı ve diğer ihtiyaçlar arasındaki ayrımın yapılamamasına bu hatalı öğrenmenin sebep olduğu” varsayılmaktadır.

2.6.1.4. İçsel-dışsal kuram

Bu kuramın ana önermesi ise, “psikosomatik kuramdan farklı olarak beslenme davranışını tetikleyen ana faktörün içsel faktörler değil dışsal faktörler olduğudur. Kişiler besinlerle ilgili dışsal özellikleri dikkate alarak beslenme eğilimi gösterirler. Bireyler fiziksel açlık hissinden dolayı değil de tamamen besinin görüntüsü, kokusu, tadı, sosyal ortam, yemek yenilen zaman gibi dış uyarcıların tesiri altında kalarak yemek yemeye karar verirler ve bu dışsal uyaranlar fiziksel açlık hissinden çok daha önemlidir (Schachter et al., 1968; Ouwens et al., 2003). Normal kilolu bireyler fizyolojik açlık hissettiklerinde beslenme davranışını gerçekleştirirken, obez bireylerde bu durum tam tersidir. Psikosomatik kuramda olduğu gibi içsel-dışsal kuramda da obez ya da aşırı kilolu bireylerin fiziksel açlık gibi içsel uyarcıya karşı duyarlılıkları ve farkındalıkları çok düşük bir düzeydedir bu yüzden açlık hissini farkına varamazlar” (Schachter et al., 1968).

2.6.2. Duygusal Yeme Davranışı ile İlgili Kuramlar

2.6.2.1. Fizyolojik mekanizmalar

Yapılan araştırmalarda “besin alımının ardından oluşan nörotransmitter sistemdeki fizyolojik değişikliklerin duygusal durumu değiştirmeye ya da düzenlemeye yardımcı olan süreçlerden biri olduğu” savunulmaktadır (Oliver et al., 2000). “Özellikle karbonhidrat açısından zengin gıdalar alındıktan sonra kişilerin duygudurumlarında iyi yönde düzelmeler olduğu” görülmektedir (Gibson and Green, 2002). Çalışmalar “karbonhidrat ve yağ açısından yüksek, protein açısından düşük gıdaların kandaki triptofan seviyesini yükselttiğini ve beynin serotenerjik sistemlerde oluşan hareketliliği arttırdığını göstermektedir. Böylece yemek yedikten sonra artan serotonin miktarından dolayı kişilerin ruh hallerinde bir iyileşme sağlamaktadır. Örneğin stresli bireylerde yapılan çalışmalarda yüksek karbonhidrat düşük protein tüketen kişilerin, protein içeriği zengin gıdalar tüketenlere göre daha az stres hissettiği” görülmüştür (Macht and Simons, 2011).

Besin alımının ardından oluşan endokrin hormonundaki değişimlerin de duygusal durumu değiştirmeye ya da düzenlemeye etki eden süreçlerden biri olduğu savunulmaktadır (Macht and Simons, 2011). “Yağ ve şeker oranı yüksek gıdalar hipotalamik pitüiter adrenal aksını etkilemekte ve stresin düzeyini düşürmektedirler. Yapılan bir çalışmada yine özellikle stres yaratan bir görev verilmiş ardından duygusal yeme puanları yüksek olan bireylerin yağlı ve şekerli yiyecekler tükettikleri” gözlemlenmiştir (Oliver et al., 2000).

Çalışmalara göre duygusal yeme ile fizyolojik mekanizmalar arasında önemli bir ilişki vardır. Dikkate değer bir husus ise, “tüketilen gıdanın beyne etki ederek duygusal bir iyileşme sağlaması için bu gıdanın kana karışması gerekmektedir ve bunun için de bir miktar zamana ihtiyaç vardır. Oysa duygusal yeme davranışında bulunan kişiler yemek yedikten hemen sonra rahatlama ve iyi olma durumundan” bahsetmektedirler (Macht and Simons, 2011).

2.6.2.2. Psikolojik mekanizmalar

Yapılan çalışmalarda “yetişkinlerde şekerli besinlerin duygusal olarak iyi oluşturma olumlu etki etmesi gibi bebeklerde de iyi oluşturma olumlu etki ettiği kanıtlanmıştır (Steiner, 1977). Bebeklerin şekerli besinler karşısında dudaklarını yaladıkları,

suratlarını rahatlattıkları, keyif duyar bir hale büründükleri ve mutlu bir yüz ifadesi aldıkları” gözlemlenmiştir (Macht and Simons, 2011). Şekerli besinlerin yetişkinler üzerinde etkisinin incelendiği bir çalışmada “katılımcılara üzücü bir film izletilmiş ardından katılımcıların çoğu su içmeyi değil çikolata yemeyi tercih etmişlerdir. Aynı deney tekrarlandığında katılımcılardan bu kez lezzeti birbirinden farklı iki çikolata arasından seçim yapmaları beklenmiş ve katılımcılar daha lezzetli olan çikolatayı seçmişlerdir. Daha lezzetli çikolatanın hüzünlü duygusal durumu düzeltmekte” daha etkili olduğu gözlemlenmiştir (Macht and Müller, 2007).

2.6.3. Duygusal Yemeyin Emosyonlar ile Arasındaki İlişki

2.6.3.1. Duygusal yeme ve stres

Stres yaşayanların deneyimlediği stres süresi ve yoğunluğu yemek yeme davranışı ile yakından ilgilidir. Literatürde yapılan çalışmalarda, stres yaşayan kişilerin normalde yedikleri miktardan daha fazla yediklerini göstermektedir (Match, 2008).

Yapılan bir çalışmada, “18-34 yaş arasındaki 49 erkek ile 18-35 yaş arasındaki 52 kadında hem belirli bir deneyim sırasında hem de genel olarak stres esnasında yiyecek alımındaki değişimler araştırılmıştır (Shide et al., 1997, akt. Cankur, 2021). Belirli bir stres verici deneyim esnasında, erkeklerin %45’i kadınların ise %55’i normalde yediklerinden daha fazla yediklerini” bildirmişlerdir (Shide et al., 1997, akt. Cankur, 2021).

2.6.3.2. Duygusal yeme ve depresyon

Depresyon, “bireylerin yaşamlarında ciddi etkilere sebep olan olumsuz duygusal bir durumdur. Yapılan araştırma sonuçlarına göre depresif bireyler normal bireylere göre daha fazla duygusal yeme eğilimi” göstermektedir (Konttinen, 2019).

Depresyon ile duygusal yeme davranışı arasındaki ilişkinin incelendiği başka bir amprik çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Van Strien et al., 2009). “Araştırma örneklemini kiloları nedeniyle endişe yaşayan 550 kadın katılımcı oluşturmaktadır. Yapılan çalışma sonucunda, duygusal yeme ile dışsal yeme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Van Strien et al., 2009). Depresyonun duygusal yeme ile doğrudan ve olumlu bir şekilde ilişki gösterdiği” tespit edilmiştir (Van Strien et al., 2009).

2.6.3.3. Duygusal yeme ve anksiyete

Duygusal yeme davranışı ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada, önemli sonuçlara ulaşılmıştır (Cankur, 2021). “Araştırma örneklemini, aşırı kilolu oldukları için tedaviye başvuran 115 kişi ile herhangi bir tedaviye başvurmayan 73 kişi oluşturmaktadır. Araştırma sonuçları kapsamında, yüksek anksiyete düzeyi ile duygusal yeme davranışı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki tespit” edilmiştir (Cankur, 2021).

Yapılan farklı bir çalışmada, “kronik anksiyete ile duygusal yeme arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır (Schneider et al., 2010). Araştırmanın örneklemini, obezite nedeniyle sorun yaşayan 100 kişi oluşturmaktadır. Katılımcıların her biri duygusal yeme eğilimleri ile kronik anksiyete düzeylerini ölçen anket ve ölçekler ile değerlendirilmiştir. Yüksek düzeydeki kronik anksiyete, obez bireylerde daha fazla yiyecek alımı ile ilişkili” bulunmuştur (Schneider et al., 2010).

2.6.3.4. Duygusal yeme ve öfori

Deneyimlenen farklı türdeki duyguların yemek yeme davranışı üzerinde nasıl etkilere sahip olduğunu tespit etmek üzere yapılan bir çalışmada, “öfori ve üzüntünün farklı etkilere sahip olduğu” saptanmıştır (Ellgring et al., 2002). “Araştırmanın örneklemini, sağlıklı erkek katılımcılar oluşturmaktadır. Katılımcıların her birine, laboratuvar ortamında üzüntü veya mutluluk gibi duyguları harekete geçiren filmler izletilmiştir. Katılımcıların filmi izledikten sonra belli bir miktarda çikolata yemelerine izin verilmiştir. Üzüntü ve öfori yemek yeme motivasyonunu farklı şekillerde etkilemiştir; öfori katılımcıların iştahını arttırırken, üzüntü azaltmıştır (Ellgring et al., 2002). Öfori deneyimleyen kişiler diğer kişilere göre daha fazla çikolata yerken, yedikleri çikolatanın tadını daha lezzetli olarak algılamışlardır” (Ellgring et al., 2002).

2.6.4. COVID-19 Pandemisi ve Duygusal Yeme

Yiyeceklere duyulan özlem, bireyin belirli bir besine karşı olan yoğun isteği olarak tanımlanmaktadır. Yemek özlemi, arzu edilen besine ulaşamadığı takdirde olumsuz deneyimleme olarak tanımlanabilir. Duygusal yeme mekanizmaları, yiyecek isteği (özlemi) ve sorunlu yeme davranışları arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır (Fahrenkamp et al., 2019).

Küresel bir pandeminin varlığı bireylerde olumsuz duyguları besleyebilmektedir. Pandemi, yiyecek özlemini ve duygusal yeme davranışlarını tetikleyebilmektedir. Sosyal izolasyon, sosyal ve fiziksel aktivitelerin azalması ve yaşam tehdidi gibi algılar psikososyal acıdan olumsuz bir etkiye sahip olabilmektedir. Pandemi bu sebeple bireylerde anksiyete, korku, depresyon gibi duyguları arttırmaktadır. Psikososyal stres ve olumsuz duygular, bireylerde beslenme davranışlarının değişimine ve enerji alımında farklılığa neden olabilmektedir. Bu duyguları giderebilmek adına duygu-durum düzenlemesinin bir yolu olarak bireyler duygusal yeme eylemine başvurabilmektedir. Diyet seçimleri olumsuz etkilenebilmekte ve aşırı yemeyi tetikleyen dürtüler ortaya çıkabilmektedir (Clemmensen et al., 2020).

COVID-19 döneminde ruh hali ve duygusal durum ile beslenme alışkanlıklarını ve duygusal yeme davranışını inceleyen bir çalışmada, bireylerde yüksek depresif ruh hali, korku ve öfke semptomları ve uykusuzluk belirgin olarak gözlenmiştir. Bu ruh haline sahip olan bireylerde yeme özlemi, yüksek enerjili besin tüketimi ve sık sık atıştırma durumu yüksek seviyede bildirilmiştir (Di Renzo et al., 2020). COVID-19 pandemisi esnasında duygusal yeme davranışı ve ruh hali arasındaki ilişkiyi inceleyen diğer bir çalışmada ise; yüksek depresif belirti ve olumsuz ruh hali ile başa çıkma stratejisi olarak bireylerin tıkanırcasına yeme davranışı, bilişsel yeme ve duygusal yeme davranışlarında pozitif kolerasyon bulunmuştur. Yüksek enerjili besinlerin tüketiminin arttığını ve besin seçimlerinin değiştiğini buna bağlı olarak da yüksek enerji alımı bildirilmiştir (Puhl et al., 2020).

2.6.5. Duygusal Yeme ile İlgili Araştırmalar

32 bulimik vakanın incelendiği bir çalışmada, katılımcıların tümü tıkanırcasına yeme epizodu yaşamadan önce anksiyete ve gerginliklerinin olduğunu, yaklaşık üçte ikisi epizod sürecinde negatif duygudurumlarından kurtulmuş, hissettiklerini raporlamış bu katılımcıların da negatif duygudurumun epizot sonrası geri döndüğü veya dönmediği şeklinde iki gruba ayrıldığı gözlenmiştir (Abraham and Beumont, 1982). Ekolojik anlık değerlendirme ile günlük duygudurum ve bulimia nervosa arasındaki ilişkiye bakılan bir çalışmada negatif duyguların yoğun olduğu günlerde bulimik davranışların gerçekleşme olasılığının daha fazla olduğu bulunmuştur (Crosby et al., 2009).

Steinsbekk et al. (2018) 4-10 yaş aralığındaki çocuklarla yapmış olduğu bir çalışmada duygusal besleme (ebeveynlerin çocuklarını, çocukların olumsuz duygularını regüle edebilme amacıyla beslemesi) ile duygusal beslenme arasında karşılıklı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre ebeveynlerinin duygusal beslemeleri zamanla çocuğun duygusal yemesini artırabilmekte ve yiyeceklerle daha kolay yatışmaya başlayan çocuk, ebeveyninin duygusal besleme davranışını pekiştirebilmektedir (Rodgers et al., 2013; Steinsbekk et al., 2018).

Orta yaş grubundaki 105 kadın ile yapılan kesitsel bir çalışmada (doğal afetten önceki değerlendirme yaklaşık 2 sene önce gerçekleştirilmiştir), katılımcıların deprem öncesi ve sonrası yeme davranışları araştırılmıştır. Çalışmada duygusal yeme ile deprem sonrası stres seviyeleri arasında ilişki bulunmuştur. Duygusal yemede yüksek puan alan kadınların deprem sonrası yüksek stres seviyesi ile artan yeme davranışı sergiledikleri, diğer yandan duygusal yemede düşük puan alan ve duygusal yeme davranışında bulunmayan kadınların aşırı yeme davranışının bir dereceye kadar azaldığı belirlenmiştir (Kuijer and Boyce, 2012: 938).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, evreni ve örneklemini, yeri ve zamanı, veri toplama araçları, verilerin toplanması, istatistiksel yöntem ve analizler ile bilgiler verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, yetişkin bireylerde COVID-19 korkusu ve sağlık anksiyetesinin duygusal yeme davranışı üzerine etkisini araştırmayı amaçlamıştır.

3.2. Araştırma Sürecinin Belirlenmesi

3.2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkisel tarama modeli, iki ve daha çok sayıdaki değişken arasındaki birlikte değişim varlığını ve bu değişimin derecesini saptamayı amaçlayan araştırma modelidir (Karasar, 2014). Çalışmanın bağımlı değişkeni duygusal yeme iken bağımsız değişkenleri ise koronavirüs 19 fobisi ve sağlık anksiyetesi olarak belirlenmiştir.

3.2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemini

Çalışmanın evrenini, 2020 yılından itibaren Kocaeli ilinde ikamet eden toplam 367.990 kişi oluşturmaktadır. Örnekleme hesaplama işlemi örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında, $\pm$ %5 örnekleme hatası alınarak tesadüfi örnekleme yöntemi ile hesaplanmıştır. Örneklem seçiminde yakın, maliyetsiz ve erişilmesi kolay olan uygun örnekleme yöntemi (Büyüköztürk ve ark., 2018) kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğü;

$$n = \frac{N \times t^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + t^2 \times p \times q}$$

formülüyle hesaplanmıştır. Bu formüle göre;

$$n = \frac{367990 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (367990 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} \cong 384$$

olarak hesaplanmıştır. Örneklem için minimum hesaplanan değer temel alınmış ancak çalışma sonucunda 803 örnekleme ulaşılmıştır. Örneklem seçiminde; Kocaeli'nin İzmit ilçesinde ikamet ediyor olmak ve 18-60 yaş grubuna dahil olmak araştırmaya katılma kriteri olarak belirlenirken; çalışmaya katılan katılımcının 18-65 yaş grubuna dahil olmaması, Kocaeli'nin İzmit ilçesinde ikamet etmiyor olması ve bulimiya, anoreksiya, bulimiya veya tıkinircasına yeme bozukluğu tanısı almış olmaları dışlama kriteri olarak belirlenmiştir.

3.2.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Kocaeli'nin İzmit ilçesinde yaşayan 18-65 yaş arasındaki yetişkinlere, Mart 2021- Mayıs 2021 tarihleri arasında uygulanmıştır. Veri toplama işlemi araştırmacı tarafından online ortamda yapılmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyo-Demografik Veriler

Kişisel bilgi formu, araştırmaya gönüllü olarak katılan Kocaeli'nin İzmit ilçesinde ikamet eden, 18-65 yaş arasındaki kişilerin sosyo-demografik özelliklerini ölçmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Form soruları hazırlanırken, konu ile ilgili güncel literatür bilgileri ele alınarak bilinçli bir yaklaşım benimsenmiştir. Bu formda katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, BKİ, eğitim durumu, çalışma durumu, ikamet durumu, yaşadığı yer durumu, çocuk sayısı, kendini kilolu olarak görme durumu, pandemisi sürecinde evde yemek yeme davranışı artma durumu ve psikiyatrik rahatsızlık durumu ile ilgili 12 soru yer almıştır (EK C).

3.3.2. Koronavirüs Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür taramaları sonucuna göre oluşturulan “Koronavirüs Bilgi Formunda katılımcıların, kronik hastalığı, COVID-19 tanısı ve ailelerinde risk altında bireyler olup olmadığı, koronavirüs ile ilgili bilgilere ulaşma şekli ve sosyal medya kullanım sürelerini, salgının günlük yaşama etkisi ile salgın sonrası duygusal, bilişsel ve davranışsal etkilerini tespit etmeye yönelik sorular” yer almaktadır. Bu formda katılımcıların kronik hastalık durumu, pandemide koronavirüse yakalanma durumu, ailede risk altında birey olma durumu, koronavirüs ile ilgili bilgileri takip etme sıklığı, koronavirüsün günlük yaşamı etkileme durumu, pandemi

sürecinde hissedilen duygu durumu, pandemi sürecinde olumsuz düşünceye sahip olma durumu ve pandemi sürecinde yeni bir alışkanlık kazanma durumu olmak üzere 8 soru yer almıştır (EK D).

3.3.3. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği (C19P-S)

Korona virüse karşı gelişebilen fobiye ölçmek üzere Arpacı ve ark. (2020) tarafından geliştirilmiş, 5'li Likert tipi bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçek 20 maddeden oluşmaktadır (EK E). Ölçeğin 4 alt boyutu olup; “1. 5. 9. 13. 17. ve 20. maddeler Psikolojik Alt Boyutu; 2. 6. 10. 14. 18. maddeler Somatik Alt Boyutu; 3. 7. 11. 15. ve 19. maddeler Sosyal Alt Boyutu; 4. 8. 12. 16. maddeler ise Ekonomik Alt Boyutu” ölçmektedir. Maddeler; 1 “Kesinlikle Katılmıyorum” ile 5 “Kesinlikle Katılıyorum” arasında değerlendirilir. “Alt boyut puanları o alt boyuta ait maddelere verilen cevapların puan toplamı ile elde edilirken; toplam C19P-S puanı alt boyut puanlarının toplamı ile elde edilmekte ve 20 ile 100 puan arasında değişir. Puanların yüksekliği alt boyutlardaki ve genel korona fobisindeki yüksekliğe işaret” etmektedir. “Koronavirüs 19 Fobisi (C19P-S) Ölçeği'nin” Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.92'dir. Bu çalışma da ise “Koronavirüs 19 Fobisi (C19P-S) Ölçeği'nin” Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur.

3.3.4. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)

Sağlık anksiyetesini değerlendirmek amacıyla Salkovskis et al. (2002) “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği”ni geliştirmişlerdir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Aydemir ve ark. (2012) tarafından yapılmıştır. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” 18 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (EK F). “Fiziksel sağlık durumundan bağımsız olarak sağlık anksiyetesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin iki alt boyuta sahip olduğu belirlenmiştir. Ölçekteki dört seçenekli ilk 14 madde kişilerin sağlıklarına ilişkin duygu ve düşüncelerini sorgulayan bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutunu, kalan 4 maddelik kısım ise kişilerin ciddi bir hastalığa sahip olduklarını varsaydıklarında nasıl hissedeceklerini değerlendiren hastalığın olumsuz sonuçları 54 boyutunu oluşturmaktadır. Her bir madde dörtlü derecelendirme tipinde, 0-3 (0=hiç, 3=her zaman) arasında puanlanmakta ve böylece ölçekten alınabilecek puan 0 ile 54 arasında değişmektedir. Türkçe formunun Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .92 olarak bulunmuştur. Madde-toplam puan katsayıların .41 ile .77 arasında bulunmuştur”. Bu çalışmada ise madde toplam puanı katsayıları .30 ile .68 arasında

değişmişte olduğu bulunmuş ve “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)” Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.859 olarak bulunmuştur.

3.3.5. Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği (TDYÖ)

Çalışmada kullanılan “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği (TDYÖ)” Bilgen (2018) geliştirilmiştir. Ölçek 30 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir (EK G). Herhangi bir yeme bozukluğu teşhisi olan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir. DYÖ (Duygusal Yeme Ölçeği) içinde yer alan cevaplama sisteminde “(5) Neredeyse Her zaman”, “(4) Sıklıkla”, “(3) Bazen”, “(2) Nadiren”, “(1) Asla” olmak üzere beş farklı likert kullanılmıştır. “Türkçe Duygusal Yeme” ölçeği 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; “gerginlik durumlarında yeme, olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yeme, kendini kontrol edebilme ve uyaran karşısında kontroldür”. Ölçek değerlendirmesi sonucunda “duygusal yeme puanı yüksek çıkan bireylerin, duygusal yeme eğiliminde oldukları” tespit edilmiştir. “Duygusal Yeme Ölçeği’nin iç tutarlılığı Cronbach’s Alfa birinci aşamada $r=0.960$, ikinci aşamada $r=0.962$, üçüncü aşamada $r=0.959$ olarak” bulunmuştur. “DYÖ’nin geçerliliği açıklayıcı faktör analizi ile denenmiştir. Öz değeri 1’den büyük olan 4 faktör” oluşmuştur. “1. Gerginlik Durumlarında Yeme” alt boyutu toplam varyansın %23.204’ünü, “2. Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyutu %23.098’ini, “3. Kendini Kontrol Edebilme” alt boyutu %9.546’sını ve “4. Uyaran Karşısında Kontrol” alt boyutu %7.8’ini açıklamaktadır. Ölçekteki madde-toplam katsayıları .33 ile .80 arasında değişmektedir. Bu çalışmada ise madde toplam puanı katsayıları .38 ile .98 arasında değişmişte olduğu bulunmuş ve “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği (TDYÖ)” Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur.

3.4. İstatistiksel Yöntem ve Analizler

Kategorik değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri frekans (n) ve yüzde (%) olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluk kontrolleri “Shapiro-Wilk Testi” ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım göstermeyen iki bağımsız grup karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U Testi”, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H Testi” kullanılmıştır. Alt grup karşılaştırmalarında farklılıklar medyanların yanında harfli gösterim olarak verilmiştir.

Ölçekler arasındaki ilişkiler “Spearman’s Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı” ile incelenmiştir. Ölçekler arası etkin “Regresyon Analizi” ile değerlendirilmiştir.

Regresyon analizi, “ilişkili iki değişkenin bir bağımlı değişken ve bir bağımsız değişkenin aralarındaki ilişkinin matematiksel denklik” ile açıklanmasıdır (Büyüköztürk, 2018).

Ölçeklerin güvenirlik analizleri “Cronbach’s Alpha Katsayısı” ile değerlendirilmiştir. Yapılan analizlerde anlamlılık düzeyi “ $p<0,05$, $p<0,01$, $p<0,001$ ” olarak alınmıştır. Ayrıca araştırma hipotezleri çift yönlü kurulmuştur. Verinin analizi “SPSS v26 (IBM Inc., Chicago, IL, USA)” istatistik programında yapılmıştır.



4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun 803 birey dahil edilerek yapılan araştırmanın problem durumuna göre oluşturulan alt problemlerine ilişkin elde edilen bulgular ve yorumlar değerlendirildi.

4.1. Bireylerin Tanıtıcı Bulguları

Çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik bulgularının özet istatistikleri Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Bulgularının Tanımlayıcı İstatistikleri (n=803)

Değişkenler	n	%
Yaş ($\bar{X} \pm SS$)	29.41±9.42	
Cinsiyet		
Erkek	256	31.9
Kadın	547	68.1
Yaş Grup		
29 yaş ve altı	503	62.6
30-39 yaş arası	177	22.0
40 yaş ve üzeri	123	15.4
Medeni Durum		
Evli	335	41.7
Bekar	468	58.3
BKİ Grup		
Zayıf	63	7.8
Normal Kilolu	437	54.4
Şişman	229	28.5
Obez	74	9.2
BKİ ($\bar{X} \pm SS$)	24.05±4.44	
Eğitim Durumu		
İlkokul	18	2.2
Ortaokul	15	1.9
Lise	129	16.1
Üniversite	535	66.6
Yüksek Lisans	74	9.2
Doktora	32	4.0
Çalışma Durumu		
Aktif Olarak İşe Gidiyorum	255	31.8
Esnek Çalışıyorum	106	13.2
Evden Çalışıyorum	82	10.2
Pandemi Sürecinde İşten Ayrıldım	12	1.5
Çalışmıyorum	348	43.3
İkamet Durumu		
Şehir Merkezi	713	88.8
Köy/Taşra	90	11.2

Tablo 4.1. (devam) Bireylerin Sosyo-Demografik Bulgularının Tanımlayıcı İstatistikleri (n=803)

Değişkenler	n	%
Yaşadığı Yer Durumu		
Yalnız Yaşıyorum	62	7.7
Anne ve/veya Babamla Yaşıyorum	371	46.2
Eşimle Yaşıyorum	86	10.7
Eşimle ve çocuk/çocuklarımla yaşıyorum	249	31.0
Arkadaş/Arkadaşlarımda Yaşıyorum	35	4.4
Çocuk Sayısı		
Çocuğum yok	540	67.2
1	125	15.6
2	97	12.1
3	29	3.6
4 ve daha fazla	12	1.5
Kendini Kilolu Olarak Görme Durumu		
Evet	380	47.3
Hayır	423	52.7
Pandemi Sürecinde Evde Yemek Yeme Davranışı Artma Durumu		
Evet	532	66.3
Hayır	271	33.7
Psikiyatrik Rahatsızlık Durumu		
Evet	73	9.1
Hayır	730	90.9
Toplam	803	100

Çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik bulgularının tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, cinsiyetlerine göre %31.9'unun (256 kişi) erkek ve %68.1'inin (547 kişi) kadın olduğu, yaş gruplarına göre %62.6'sının (503 kişi) 29 yaş ve altı, %22'sinin (177 kişi) 30-40 yaş arası, %15.4'ünün (123 kişi) 40 yaş ve üzeri olduğu, yaş ortalamalarının 29.41 ± 9.42 yıl olduğu, medeni durumlarına göre %41.7'sinin (335 kişi) evli ve %58.3'ünün (468 kişi) bekar olduğu, BKİ gruplarına göre %7.8'inin (63 kişi) zayıf, %54.4'ünün (437 kişi) normal kilolu, %28.5'inin (229 kişi) şişman ve %9.2'sinin (74 kişi) obez olduğu, BKİ ortalamalarının 24.05 ± 4.44 kg/m² olduğu, eğitim durumlarına göre %2.2'sinin (18 kişi) ilkökul, %1.9'unun (15 kişi) ortaokul, %16.1'inin (129 kişi) lise, %66.6'sının (535 kişi) üniversite, %9.2'sinin (74 kişi) yüksek lisans ve %4'ünün (32 kişi) doktora eğitim düzeyine sahip olduğu, çalışma durumlarına göre %31.8'inin (255 kişi) aktif olarak işe gittiği, %13.2'sinin (106 kişi) esnek çalıştığı, %10.2'sinin (82 kişi) evden çalıştığı, %1.5'inin (12 kişi) pandemi sürecinde işten ayrıldığı ve %43.3'ünün (348 kişi) çalışmadığı, ikamet durumlarına göre %88.8'inin (713 kişi) şehir merkezinde ve %11.2'sinin (90 kişi) köy/taşrada yaşadığı, yaşadığı yer durumlarına göre %7.7'sinin (62 kişi) yalnız yaşadığı, %46.2'sinin (371 kişi) anne ve/veya babasıyla yaşadığı, %10.7'sinin (86 kişi) eşiyle yaşadığı, %31'inin (249 kişi) eşiyle ve çocuk/çocuklarıyla yaşadığı ve %4.4'ünün (35 kişi) arkadaş/arkadaşlarıyla yaşadığı, çocuk sayılarına göre

%67.2'sinin (540 kişi) çocuğu olmadığı, %15.6'sının (125 kişi) 1 çocuğu, %12.1'inin (97 kişi) 2 çocuğu, %3.6'sının (29 kişi) 3 çocuğu, %1.5'inin (12 kişi) 4 ve daha fazla çocuğu olduğu, kendini kilolu görme durumlarına göre %47.3'ünün (380 kişi) kendini kilolu gördüğü ve %52.7'sinin (423 kişi) kendini kilolu olarak görmediği, pandemi sürecinde evde yemek yeme davranışı artma durumlarına göre %66.3'ünün (532 kişi) arttığını ve %33.7'sinin (271 kişi) artmadığını, psikiyatrik rahatsızlık durumlarına göre %9.1'inin (73 kişi) psikiyatrik rahatsızlığı olduğu ve %90.9'unun (730 kişi) psikiyatrik rahatsızlığı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.1).

Bireylerin “koronavirüs bilgi formu” bulgularının tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.2. Bireylerin “Koronavirüs Bilgi Formu” Bulgularının Tanımlayıcı İstatistikleri (n=803)

Değişkenler	n	%
Kronik Hastalık Durumu		
Evet	98	12.2
Hayır	705	87.8
Pandemide Koronavirüse Yakalanma Durumu		
Evet	140	17.4
Hayır	663	82.6
Ailede Risk Altında Birey Olma Durumu		
Evet	458	57.0
Hayır	345	43.0
Koronavirüs ile İlgili Bilgileri Takip Etme Sıklığı		
30 dakikadan az	211	26.3
30 dakika – 1 saat arası	79	9.8
1 saat – 2 saat arası	52	6.5
2 saatten fazla	461	57.4
Koronavirüsün Günlük Yaşamı Etkileme Durumu		
Hiç Etkilemedi	8	1.0
Biraz Etkiledi	154	19.2
Oldukça Etkiledi	371	46.2
Çok Fazla Etkiledi	270	33.6
Pandemi Sürecinde Hissedilen Duygu Durumu		
Bilmiyorum	269	33.5
Panik	28	3.5
Korku	39	4.9
Endişe	467	58.2
Pandemi Sürecinde Olumsuz Düşünceye Sahip Olma Durumu		
Herhangi Bir Olumsuz Düşüncem Yok	212	26.4
Kendime, Çocuğuma ya da Anne Babama Virüs Bulaşırsa Ne Yaparım	383	47.7
Salgından Kurtulamayacağız Sanırım Dünyanın Sonu Geliyor	141	17.6
Karantina Altında Sevdiklerimden Ayrı Ölmek Beni Korkutuyor	67	8.3
Pandemi Sürecinde Yeni Bir Alışkanlık Kazanma Durumu		
Davranışlarımda Bir Değişiklik Yok	287	35.7
Sürekli Elleri Yıkamak. Evi ya da Eşyaları Dezenfekte Etmek	317	39.5
Sürekli Koronavirüs ile İlgili Haberlerini Takip Etmek	45	5.6
Salgından Dolayı Uyuyamamak	13	1.6
Devamlı Eve Tüketim Ürünleri Satın Almak	141	17.6
Toplam	803	100

Bireylerin “koronavirüs bilgi formu” bulgularının tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, kronik hastalık durumlarına göre %12.2’sinin (98 kişi) kronik hastalığının olduğu ve %87.8’inin (705 kişi) kronik hastalığının olmadığı, pandemide koronavirüse yakalanma durumlarına göre %17.4’ünün (140 kişi) yakalandığı ve %82.6’sının (663 kişi) yakalanmadığı, ailede risk altında birey olma durumlarına göre %57’sinin (458 kişi) riskli birey olduğu ve %43’ünün (345 kişi) riskli birey olmadığı, koronavirüs ile ilgili bilgileri takip etme sıklıklarına göre %26.3’ünün (211 kişi) 30 dakikadan az, %9.8’inin (79 kişi) 30 dakika-1 saat arası, %6.5’inin (52 kişi) 1 saat-2 saat arası ve %57.4’ünün (461 kişi) 2 saatten fazla bilgileri takip ettiği, koronavirüsün günlük yaşamı etkileme durumlarına göre %1’inin (8 kişi) hiç etkilemediği, %19.2’sinin (154 kişi) biraz etkilediği, %46.2’sinin (371 kişi) oldukça etkilediği ve %33.6’sının (270 kişi) çok fazla etkilediği, pandemi sürecinde hissedilen duygu durumlarına göre %33.5’inin (269 kişi) bilmediği, %3.5’inin (28 kişi) panik, %4.9’unun (39 kişi) korku ve %58.2’sinin (467 kişi) endişe duygusu hissettiği, pandemi sürecinde olumsuz düşünceye sahip olma durumlarına göre %26.4’ünün (212 kişi) herhangi bir olumsuz düşüncesinin olmadığı, %47.7’sinin (383 kişi) kendisine, çocuğuna ya da anne babasına virüs bulaşırsa ne yapacağını, %17.6’sının (141 kişi) salgından kurtulamayacağını ve dünyanın sonunun geleceğini düşündüğü, %8.3’ünün (67 kişi) karantina altında sevdiklerinden ayrı ölmekten korkma düşüncesine sahip olduğu, pandemi sürecinde yeni bir alışkanlık kazanma durumlarına göre %35.7’sinin (287 kişi) davranışlarında bir değişiklik olmadığı, %39.5’inin (317 kişi) sürekli elleri yıkamak, evi ya da eşyaları dezenfekte etmek, %5.6’sının (45 kişi) sürekli koronavirüs ile ilgili haberleri takip etmek, %1.6’sının (13 kişi) salgından dolayı uyumamamak ve %17.6’sının (141 kişi) devamlı eve tüketim ürünleri satın almak alışkanlıklarını kazandığı bulunmuştur (Tablo 4.2).

4.2. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği’ne (C19P-S) İlişkin Bulgular

4.1.1. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği (C19P-S) Güvenirlilik Analizi

Cronbach (1951) tarafından geliştirilen alfa katsayısı yöntemi, “özellikle likert derecelendirilen ölçeklerin iç tutarlılığını tahmin etmekte sıklıkla kullanılan bir tekniktir”. Araştırmada kullanılan “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği (C19P-S)” 803 bireye uygulanmış ve verilerin güvenilirlik analizi incelenmiş ve Tablo 4.3’de verilmiştir.

Tablo 4.3. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin Cronbach's Alpha Değerleri

Alt Boyut	Cronbach's Alpha Değeri
C19P-S Toplam	0.930

20 ifadenin yer aldığı Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği (C19P-S) güvenilirlik analizi Arpacı ve ark. (2020) tarafından yapılmış ve “Cronbach's Alpha” değeri 0.92 olarak bulunmuş olup ölçeğin güvenilir olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada “C19P-S Toplam” puanı için ($\alpha = 0.930$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.3). Sonuç olarak ölçek oldukça güvenilir bulunmuştur.

“Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği (C19P-S)” puanlarının tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.4’de verilmiştir.

Tablo 4.4. “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Aritmetik Ortalamalara Göre Dağılımı

	Min.	Max.	$\bar{X}$	σ
Psikolojik Alt Boyut	6.00	30.00	18.56	6.30
Somatik Alt Boyut	5.00	25.00	8.19	3.82
Sosyal Alt Boyut	5.00	25.00	13.70	5.25
Ekonomik Alt Boyut	4.00	20.00	7.17	3.34
C19P-S Toplam	20.00	100.00	47.62	16.12

“Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği (C19P-S)” toplam puan ve alt boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, “Psikolojik” alt boyut puanının en küçük 6.00 ile en yüksek 30.0 arası ve ortalamasının 18.56 ± 6.30 , “Somatik” alt boyut puanının 5.0-25.0 arası ve ortalamasının 8.19 ± 3.82 , “Sosyal” alt boyut puanının 5.0-25.0 arası ve ortalamasının 13.70 ± 5.25 , “Ekonomik” alt boyut puanının 4.0-20.0 arası ve ortalamasının 7.17 ± 3.34 ve “C19P-S Toplam” puanının 20.0-100.0 arası ve ortalamasının 47.62 ± 16.12 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

4.1.2. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği'nin (C19P-S) Sosyo-Demografik Bulgularına Göre Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik bulgularına göre “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği” toplam puan ve alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 4.5 ve Tablo 4.14 arasında verilmiştir.

Tablo 4.5. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması

	Cinsiyet	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Psikolojik Alt Boyut	Erkek	15.52±5.80	15 (6-30)	41422	<0.001***
	Kadın	19.99±6.01	20 (6-30)		
Somatik Alt Boyut	Erkek	6.95±2.84	6 (5-21)	50058.5	<0.001***
	Kadın	8.77±4.08	8 (5-25)		
Sosyal Alt Boyut	Erkek	12.26±4.99	11 (5-25)	53654	<0.001***
	Kadın	14.38±5.23	14 (5-25)		
Ekonomik Alt Boyut	Erkek	6.36±2.79	6 (4-20)	55874	<0.001***
	Kadın	7.54±3.51	7 (4-20)		
C19P-S	Erkek	41.08±13.87	40 (20-81)	46008.5	<0.001***
Toplam	Kadın	50.68±16.20	50 (20-100)		

U: Mann-Whitney U Testi

***p<0.001

“Koronavirüs 19 Fobisi” ölçeği toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin cinsiyetlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.5’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin “Psikolojik” alt boyut puanında (U=41422; p<0.001), “Somatik” alt boyut puanında (U=50058.5; p<0.001), “Sosyal” alt boyut puanında (U=53654; p<0.001), “Ekonomik” alt boyut puanında (U=55874; p<0.001) ve “C19P-S Toplam” puanında (U=46008.5; p<0.001) anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, “Psikolojik” alt boyut puanlarında kadın bireylerin [15 (6-30)] puan ortancası, erkek bireylere [15 (6-30)] göre, “Somatik” alt boyut puanlarında kadın bireylerin [8 (5-25)] puan ortancası, erkek bireylere [6 (5-21)] göre, “Sosyal” alt boyut puanlarında kadın bireylerin [14 (5-25)] puan ortancası, erkek bireylere [11 (5-25)] göre, “Ekonomik” alt boyut puanlarında kadın bireylerin [7 (4-20)] puan ortancası, erkek bireylere [6 (4-20)] göre ve “C19P-S Toplam” puanlarında kadın bireylerin [50 (20-100)] puan ortancası, erkek bireylere [40 (20-81)] göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.6. “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	Yaş Grup	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Psikolojik Alt Boyut	29 yaş ve altı	18.98±6.25	19 (6-30)	5.970	0.051
	30-39 yaş arası	17.98±6.22	18 (6-30)		
	40 yaş ve üzeri	17.70±6.48	18 (6-30)		
Somatik Alt Boyut	29 yaş ve altı	8.08±3.68	7 (5-25)	1.059	0.589
	30-39 yaş arası	8.55±4.22	7 (5-24)		
	40 yaş ve üzeri	8.08±3.78	7 (5-19)		
Sosyal Alt Boyut	29 yaş ve altı	13.62±5.19	13 (5-25)	2.267	0.322
	30-39 yaş arası	14.23±5.48	14 (5-25)		
	40 yaş ve üzeri	13.27±5.12	13 (5-25)		
Ekonomik Alt Boyut	29 yaş ve altı	7.16±3.40	6 (4-20)	4.170	0.124
	30-39 yaş arası	7.53±3.49	7 (4-20)		
	40 yaş ve üzeri	6.69±2.81	6 (4-16)		
C19P-S Toplam	29 yaş ve altı	47.84±15.93	46 (20-100)	1.950	0.377
	30-39 yaş arası	48.29±16.79	46 (20-96)		
	40 yaş ve üzeri	45.74±15.90	43 (20-80)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

“Koronavirüs 19 Fobisi” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin yaş gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Kruskal-Wallis H Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.6’da verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin tüm alt boyut puanlarında ve “C19P-S Toplam” puanında anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur.

Tablo 4.7. “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin” Alt Boyutları Toplam Puan ve Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Medeni Durum	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Psikolojik Alt Boyut	Evli	18.75±6.29	19 (6-30)	76218	0.502
	Bekar	18.43±6.30	18 (6-30)		
Somatik Alt Boyut	Evli	8.50±3.88	7 (5-24)	71172	0.022*
	Bekar	7.96±3.76	6 (5-25)		
Sosyal Alt Boyut	Evli	14.27±5.11	14 (5-25)	69964.5	0.009**
	Bekar	13.29±5.31	13 (5-25)		
Ekonomik Alt Boyut	Evli	7.41±3.25	7 (4-20)	70111.5	0.010*
	Bekar	6.99±3.39	6 (4-20)		
C19P-S Toplam	Evli	48.93±15.91	46 (20-96)	71671	0.038*
	Bekar	46.68±16.22	45 (20-100)		

U: Mann-Whitney U Testi

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

“Koronavirüs 19 Fobisi” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin medeni durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.7’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin

“Somatik” alt boyut puanında ($U=71172$; $p<0.05$), “Sosyal” alt boyut puanında ($U=69964.5$; $p<0.01$), “Ekonomik” alt boyut puanında ($U=70111.5$; $p<0.05$) ve “C19P-S Toplam” puanında ($U=71671$; $p<0.05$) anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, “Somatik” alt boyut puanlarında evli bireylerin [7 (5-24)] puan ortancası, bekar bireylere [6 (5-21)] göre, “Sosyal” alt boyut puanlarında evli bireylerin [14 (5-25)] puan ortancası, bekar bireylere [13 (5-25)] göre, “Ekonomik” alt boyut puanlarında evli bireylerin [7 (4-20)] puan ortancası, bekar bireylere [6 (4-20)] göre ve “C19P-S Toplam” puanlarında evli bireylerin [46 (20-96)] puan ortancası, bekar bireylere [43 (20-100)] göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.8. “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların BKİ Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	BKİ Grup	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Psikolojik Alt Boyut	Zayıf	20.73±5.47	20 ^b (8-30)	12.012	0.007**
	Normal Kilolu	18.72±6.36	19 ^{ab} (6-30)		
	Şişman	18.10±6.18	18 ^{ab} (6-30)		
	Obez	17.22±6.53	17 ^a (6-30)		
Somatik Alt Boyut	Zayıf	8.73±3.87	7 (5-18)	3.844	0.279
	Normal Kilolu	8.00±3.68	6 (5-25)		
	Şişman	8.42±4.09	7 (5-25)		
	Obez	8.09±3.73	6.5 (5-19)		
Sosyal Alt Boyut	Zayıf	15.13±4.95	15 (5-25)	7.234	0.065
	Normal Kilolu	13.56±5.27	13 (5-25)		
	Şişman	13.86±5.29	14 (5-25)		
	Obez	12.85±5.09	13 (5-25)		
Ekonomik Alt Boyut	Zayıf	6.95±3.70	6 (4-20)	3.302	0.347
	Normal Kilolu	7.06±3.23	6 (4-20)		
	Şişman	7.42±3.48	7 (4-20)		
	Obez	7.22±3.26	6 (4-20)		
C19P-S Toplam	Zayıf	51.54±15.51	49 (23-92)	5.389	0.145
	Normal Kilolu	47.33±16.04	46 (20-98)		
	Şişman	47.80±16.21	45 (20-100)		
	Obez	45.38±16.60	42.5 (20-81)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

** $p<0.01$

Ortak harfe sahip olmayan medyanlar arasında fark anlamlıdır ($p<0.05$)

“Koronavirüs 19 Fobisi” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin BKİ gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Kruskal-Wallis H Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.8’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin “Psikolojik” alt boyut puanında ($H=12.012$; $p<0.01$) anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, “Psikolojik” alt boyut puanlarında zayıf olan bireylerin [20 (8-30)] puan ortancası, obez olan bireylere [17 (6-30)] göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.9. “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Kendini Kilolu Olarak Görme Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Kendini Kilolu Olarak Görme Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Psikolojik Alt Boyut	Evet	19.16±6.33	19 (6-30)	71601	0.007**
	Hayır	18.03±6.22	18 (6-30)		
Somatik Alt Boyut	Evet	8.60±3.93	8 (5-25)	69648	0.001**
	Hayır	7.82±3.69	6 (5-25)		
Sosyal Alt Boyut	Evet	14.25±5.26	14 (5-25)	71260.5	0.005**
	Hayır	13.21±5.19	13 (5-25)		
Ekonomik Alt Boyut	Evet	7.57±3.48	7 (4-20)	69436	0.001**
	Hayır	6.81±3.17	6 (4-20)		
C19P-S Toplam	Evet	49.57±16.38	48 (20-100)	69532	0.001**
	Hayır	45.86±15.70	45 (20-98)		

U: Mann-Whitney U Testi

**p<0.01

“Koronavirüs 19 Fobisi” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin kendini kilolu olarak görme durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.9’da verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin “Psikolojik” alt boyut puanında (U=71601; p<0.01), “Somatik” alt boyut puanında (U=69648; p<0.01), “Sosyal” alt boyut puanında (U=71260.5; p<0.01), “Ekonomik” alt boyut puanında (U=69436; p<0.01) ve “C19P-S Toplam” puanında (U=69532; p<0.01) anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, “Psikolojik” alt boyut puanlarında kendini kilolu olarak gören bireylerin [19 (6-30)] puan ortancası, kendini kilolu olarak görmeyen bireylere [18 (6-30)] göre, “Somatik” alt boyut puanlarında kendini kilolu olarak gören bireylerin [8 (5-25)] puan ortancası, kendini kilolu olarak görmeyen bireylere [6 (5-21)] göre, “Sosyal” alt boyut puanlarında kendini kilolu olarak gören bireylerin [14 (5-25)] puan ortancası, kendini kilolu olarak görmeyen bireylere [13 (5-25)] göre, “Ekonomik” alt boyut puanlarında kendini kilolu olarak gören bireylerin [7 (4-20)] puan ortancası, kendini kilolu olarak görmeyen bireylere [6 (4-20)] göre ve “C19P-S Toplam” puanlarında kendini kilolu olarak gören bireylerin [48 (20-100)] puan ortancası, kendini kilolu olarak görmeyen bireylere [45 (20-98)] göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.10. “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Pandemi Sürecinde Evde Yemek Yeme Davranışı Artma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Pandemi Sürecinde Evde Yemek Yeme Davranışı Artma Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Psikolojik Alt Boyut	Evet	19.59±6.09	20 (6-30)	52392	<0.001***
	Hayır	16.55±6.22	17 (6-30)		
Somatik Alt Boyut	Evet	8.58±3.80	7.5 (5-25)	55303.5	<0.001***
	Hayır	7.41±3.74	6 (5-25)		
Sosyal Alt Boyut	Evet	14.54±5.13	14 (5-25)	52161.5	<0.001***
	Hayır	12.06±5.10	11 (5-25)		
Ekonomik Alt Boyut	Evet	7.59±3.47	7 (4-20)	55489	<0.001***
	Hayır	6.34±2.91	5 (4-20)		
C19P-S Toplam	Evet	50.29±15.78	49 (20-100)	50268.5	<0.001***
	Hayır	42.37±15.51	40 (20-98)		

U: Mann-Whitney U Testi

***p<0.001

“Koronavirüs 19 Fobisi” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin pandemi sürecinde evde yemek yeme davranışı artma durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.10’da verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin “Psikolojik” alt boyut puanında (U=52392; p<0.001), “Somatik” alt boyut puanında (U=55303.5; p<0.001), “Sosyal” alt boyut puanında (U=52161.5; p<0.001), “Ekonomik” alt boyut puanında (U=55489; p<0.001) ve “C19P-S Toplam” puanında (U=50268.5; p<0.001) anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, “Psikolojik” alt boyut puanlarında yemek yeme davranışı artan bireylerin [20 (6-30)] puan ortancası, yemek yeme davranışı artmayan bireylere [17 (6-30)] göre, “Somatik” alt boyut puanlarında yemek yeme davranışı artan bireylerin [7.5 (5-25)] puan ortancası, yemek yeme davranışı artmayan bireylere [6 (5-21)] göre, “Sosyal” alt boyut puanlarında yemek yeme davranışı artan bireylerin [14 (5-25)] puan ortancası, yemek yeme davranışı artmayan bireylere [11 (5-25)] göre, “Ekonomik” alt boyut puanlarında yemek yeme davranışı artan bireylerin [7 (4-20)] puan ortancası, yemek yeme davranışı artmayan bireylere [5 (4-20)] göre ve “C19P-S Toplam” puanlarında yemek yeme davranışı artan bireylerin [49 (20-100)] puan ortancası, yemek yeme davranışı artmayan bireylere [40 (20-98)] göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.11. “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Psikiyatrik Rahatsızlık Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Psikiyatrik Rahatsızlık Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Psikolojik Alt Boyut	Evet	19.84±6.98	21 (6-30)	22935.5	0.049*
	Hayır	18.44±6.21	18 (6-30)		
Somatik Alt Boyut	Evet	10.03±4.59	10 (5-25)	19391.5	<0.001***
	Hayır	8.00±3.69	7 (5-25)		
Sosyal Alt Boyut	Evet	13.67±5.48	13 (5-25)	26589.5	0.977
	Hayır	13.71±5.23	13 (5-25)		
Ekonomik Alt Boyut	Evet	7.85±3.76	7 (4-18)	23861.5	0.135
	Hayır	7.10±3.29	6 (4-20)		
C19P-S	Evet	51.38±18.88	51 (20-98)	23062.5	0.058
Toplam	Hayır	47.24±15.79	46 (20-100)		

U: Mann-Whitney U Testi

*p<0.05; ***p<0.001

“Koronavirüs 19 Fobisi” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin psikiyatrik rahatsızlık durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.11’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin “Psikolojik” alt boyut puanında (U=22935.5; p<0.05) ve “Somatik” alt boyut puanında (U=19391.5; p<0.001) anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, “Psikolojik” alt boyut puanlarında psikolojik rahatsızlığı olan bireylerin [21 (6-30)] puan ortancası, psikolojik rahatsızlığı olmayan bireylere [18 (6-30)] göre ve “Somatik” alt boyut puanlarında psikolojik rahatsızlığı olan bireylerin [10 (5-25)] puan ortancası, psikolojik rahatsızlığı olmayan bireylere [7 (5-21)] göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.12. “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Kronik Hastalık Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Psikolojik Alt Boyut	Evet	19.09±6.75	19 (6-30)	32795	0.415
	Hayır	18.49±6.23	18 (6-30)		
Somatik Alt Boyut	Evet	8.64±3.99	7 (5-21)	32307.5	0.287
	Hayır	8.12±3.79	7 (5-25)		
Sosyal Alt Boyut	Evet	13.91±5.72	14 (5-25)	33916	0.770
	Hayır	13.67±5.18	13 (5-25)		
Ekonomik Alt Boyut	Evet	7.69±3.61	7 (4-20)	31317	0.128
	Hayır	7.09±3.30	6 (4-20)		
C19P-S Toplam	Evet	49.34±18.06	48 (20-87)	32687	0.388
	Hayır	47.38±15.83	46 (20-100)		

U: Mann-Whitney U Testi

“Koronavirüs 19 Fobisi” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin kronik hastalık durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.12’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin

tüm alt boyut puanlarında ve “S19P-S Toplam” puanlarında anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur.

Tablo 4.13. “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Pandemide Koronavirüse Yakalanma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Pandemide Koronavirüse Yakalanma Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Psikolojik Alt Boyut	Evet	17.76±5.93	17.5 (6-30)	41880.5	0.069
	Hayır	18.73±6.36	19 (6-30)		
Somatik Alt Boyut	Evet	8.26±4.18	6 (5-25)	45831	0.812
	Hayır	8.17±3.74	7 (5-25)		
Sosyal Alt Boyut	Evet	13.16±5.19	12.5 (5-25)	43096	0.183
	Hayır	13.82±5.25	13 (5-25)		
Ekonomik Alt Boyut	Evet	7.17±3.23	7 (4-20)	45465	0.701
	Hayır	7.17±3.37	6 (4-20)		
C19P-S Toplam	Evet	46.36±15.45	44 (20-100)	43684.5	0.274
	Hayır	47.88±16.26	47 (20-99)		

U: Mann-Whitney U Testi

“Koronavirüs 19 Fobisi” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin pandemide koronavirüse yakalanma durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.13’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin tüm alt boyut puanlarında ve “S19P-S Toplam” puanlarında anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur.

Tablo 4.14. “Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Koronavirüs ile İlgili Bilgileri Takip Etme Sıklıklarına Göre Karşılaştırılması

	Koronavirüs ile İlgili Bilgileri Takip Etme Sıklığı	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
Psikolojik Alt Boyut	30 dakikadan az	17.60±6.26	17 ^a (6-30)	21.229	<0.001***
	30 dakika – 1 saat arası	20.77±6.06	21 ^b (7-30)		
	1 saat – 2 saat arası	20.63±5.21	21 ^b (12-30)		
	2 saatten fazla	18.39±6.34	18 ^{ab} (6-30)		
Somatik Alt Boyut	30 dakikadan az	7.73±3.55	6 ^a (5-25)	33.682	<0.001***
	30 dakika – 1 saat arası	9.48±3.68	9 ^b (5-19)		
	1 saat – 2 saat arası	9.94±3.92	9 ^b (5-19)		
	2 saatten fazla	7.98±3.86	6 ^a (5-25)		
Sosyal Alt Boyut	30 dakikadan az	12.94±5.15	13 ^a (5-25)	20.511	<0.001***
	30 dakika – 1 saat arası	15.73±5.20	16 ^b (5-24)		
	1 saat – 2 saat arası	14.77±4.65	14.5 ^{ab} (7-25)		
	2 saatten fazla	13.63±5.26	13.5 ^{ab} (5-25)		
Ekonomik Alt Boyut	30 dakikadan az	6.73±3.14	6 ^a (4-20)	8.763	<0.001***
	30 dakika – 1 saat arası	7.65±2.96	7 ^b (4-14)		
	1 saat – 2 saat arası	7.81±3.96	7 ^b (4-20)		
	2 saatten fazla	7.21±3.40	6.5 ^{ab} (4-20)		
C19P-S Toplam	30 dakikadan az	44.90±15.64	42 ^a (20-100)	27.580	<0.001***
	30 dakika – 1 saat arası	53.63±15.10	56 ^b (21-83)		
	1 saat – 2 saat arası	53.15±15.06	56 ^b (30-88)		
	2 saatten fazla	47.21±16.26	46 ^{ab} (20-98)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

*** $p<0.001$

Ortak harfe sahip olmayan medyanlar arasında fark anlamlıdır ($p<0.05$)

“Koronavirüs 19 Fobisi” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin koronavirüs ile ilgili bilgileri takip etme sıklıklarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Kruskal-Wallis H Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.14’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin “Psikolojik” alt boyut puanında ($H=21.229$; $p<0.001$), “Somatik” alt boyut puanında ($H=33.682$; $p<0.001$), “Sosyal” alt boyut puanında ($H=20.511$; $p<0.001$), “Ekonomik” alt boyut puanında ($H=8.763$; $p<0.001$) ve “C19P-S Toplam” puanında ($H=27.580$; $p<0.001$), anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, “Psikolojik” alt boyut puanlarında 30 dakika – 1 saat arası takip eden bireylerin [21 (7-30)] ve 1 saat – 2 saat arası takip eden bireylerin [21 (12-30)] puan ortancası, 30 dakikadan az takip eden bireylere [17 (6-30)] göre, “Somatik” alt boyut puanlarında 1 saat – 2 saat arası takip eden bireylerin [9 (5-19)] ve 30 dakika – 1 saat arası takip eden bireylerin [9 (5-19)] puan ortancası, 2 saatten fazla takip eden bireylere [6 (5-25)] ve 30 dakikadan az takip eden bireylere [6 (5-25)] göre, “Sosyal” alt boyut puanlarında 30 dakika – 1 saat arası takip eden bireylerin [16 (5-24)] puan ortancası, 30 dakikadan az takip eden bireylere [13 (5-25)] göre, “Ekonomik” alt boyut puanlarında 1 saat – 2 saat arası takip eden bireylerin [7 (4-20)] ve 30 dakika – 1 saat arası takip eden bireylerin [7 (4-14)] puan ortancası, 30 dakikadan az takip eden bireylere [6 (4-20)] göre ve “C19P-S Toplam” alt boyut puanlarında 30 dakika – 1 saat arası takip eden bireylerin [56 (21-83)] ve 1 saat – 2 saat arası takip eden bireylerin [56 (30-88)] puan ortancası, 30 dakikadan az takip eden bireylere [42 (20-98)] göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

4.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’ne (SAÖ) İlişkin Bulgular

4.1.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) Güvenirlilik Analizi

Araştırmada kullanılan “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)” 803 bireye uygulanmış olup verilerin güvenilirlik analizi Tablo 4.3’de verilmiştir.

Tablo 4.15. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin” Cronbach’s Alpha Değerleri

Alt Boyut	Cronbach’s Alpha Değeri
SAÖ Toplam	0.859

18 ifadenin yer aldığı “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)” güvenilirlik analizi Aydemir ve ark. (2012) tarafından yapılmış ve Cronbach’s Alpha değeri 0.92 olarak bulunmuş ve ölçeğin güvenilir olduğu kanaatine varılmıştır. Bu çalışmada “SAÖ

Toplam” puanı için ($\alpha = 0.859$) olarak bulunmuştur (Tablo 4.15). Sonuç olarak ölçek oldukça güvenilir bulunmuştur.

“Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)” puanlarının tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.16’da verilmiştir.

Tablo 4.16. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” Toplam ve Alt Boyutlarının Aritmetik Ortalamalara Göre Dağılımı

	Min.	Max.	$\bar{X}$	σ
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Alt Boyut	14.00	55.00	26.57	6.22
Hastalığın Olumsuz Sonuçları Alt Boyut	4.00	16.00	7.35	2.36
SAÖ Toplam	18.00	70.00	33.92	7.56

“Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)” toplam puan ve alt boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanının en küçük 14.00 ile en yüksek 55.00 arası ve ortalamasının 26.57 ± 6.22 , “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyut puanının 4.0-16.0 arası ve ortalamasının 7.35 ± 2.36 ve “SAÖ Toplam” puanının 18.0-70.0 arası ve ortalamasının 33.92 ± 7.56 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.16).

4.1.4. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’nin (SAÖ) Sosyo-Demografik Bulgularına Göre Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik bulgularına göre “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” toplam puan ve alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 4.17 ve Tablo 4.26 arasında verilmiştir.

Tablo 4.17. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması

	Cinsiyet	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Alt Boyut	Erkek	24.14 ± 5.55	23 (14-44)	47085	<0.001***
	Kadın	27.71 ± 6.19	27 (16-55)		
Hastalığın Olumsuz Sonuçları Alt Boyut	Erkek	7.05 ± 2.28	7 (4-16)	63152.5	0.024*
	Kadın	7.48 ± 2.38	7 (4-16)		
SAÖ Toplam	Erkek	31.19 ± 6.77	31 (18-51)	49270	<0.001***
	Kadın	35.19 ± 7.57	34 (20-70)		

U: Mann-Whitney U Testi

*p<0.05; ***p<0.001

“Sağlık Anksiyetesi” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin cinsiyetlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.17’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin “Bedensel

Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanında ($U=47085$; $p<0.001$), “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyut puanında ($U=63152.5$; $p<0.05$) ve “SAÖ Toplam” puanında ($U=49270$; $p<0.001$) anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanlarında kadın bireylerin [27 (16-55)] puan ortancası, erkek bireylere [23 (14-44)] göre, “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyut puanlarında kadın bireylerin [7.5 (4-16)] puan ortancası, erkek bireylere [7 (4-16)] göre ve “SAÖ Toplam” puanlarında kadın bireylerin [34 (20-70)] puan ortancası, erkek bireylere [31 (18-51)] göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.18. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	Yaş Grup	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Alt Boyut	29 yaş ve altı	26.69±5.74	26 ^{ab} (14-51)	9.573	0.008**
	30-39 yaş arası	27.16±7.26	26.5 ^b (15-55)		
	40 yaş ve üzeri	25.24±6.34	23 ^a (14-44)		
Hastalığın Olumsuz Sonuçları Alt Boyut	29 yaş ve altı	7.42±2.32	7 ^b (4-16)	12.129	0.002**
	30-39 yaş arası	7.59±2.46	7 ^b (4-16)		
	40 yaş ve üzeri	6.72±2.27	6 ^a (4-16)		
SAÖ Toplam	29 yaş ve altı	34.11±6.92	34 ^{ab} (18-61)	13.765	0.001**
	30-39 yaş arası	34.75±8.90	34 ^{ab} (19-70)		
	40 yaş ve üzeri	31.95±7.68	29 ^a (19-51)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

** $p<0.01$

Ortak harfe sahip olmayan medyanlar arasında fark anlamlıdır ($p<0.05$)

“Sağlık Anksiyetesi” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin cinsiyetlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Kruskal-Wallis H Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.18’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanında ($H=9.573$; $p<0.01$), “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyut puanında ($H=12.129$; $p<0.01$) ve “SAÖ Toplam” puanında ($H=13.765$; $p<0.01$) anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanlarında 30-39 yaş arası olan bireylerin [26.5 (15-55)] puan ortancası, 40 yaş ve üzeri olan bireylere [23 (14-44)] göre, “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyut puanlarında 30-39 yaş arası olan bireylerin [7 (4-16)] ve 29 yaş ve altı olan bireylerin [7 (4-16)] puan ortancası, 40 yaş ve üzeri olan bireylere [6 (4-16)] göre ve “SAÖ Toplam” puanlarında 30-39 yaş arası olan bireylerin [34 (19-70)] ve 29 yaş ve altı olan bireylerin [34 (18-61)] puan ortancası, 40 yaş ve üzeri olan bireylere [29 (19-51)] göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.19. “Sağlık Anksiyitesi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Medeni Durum	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Bedensel Belirtilere Aşırı	Evli	26.63±6.62	26 (14-55)	76941	0.654
Duyarlılık ve Kaygı Alt Boyut	Bekar	26.53±5.91	26 (14-51)		
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	Evli	7.40±2.33	7 (4-16)	75705.5	0.403
Alt Boyut	Bekar	7.31±2.38	7 (4-16)		
SAÖ Toplam	Evli	34.03±8.16	33 (19-70)	76818	0.627
	Bekar	33.84±7.10	34 (18-61)		

U: Mann-Whitney U Testi

“Sağlık Anksiyitesi” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin medeni durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.19’da verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin tüm alt boyut puanlarında ve “SAÖ Toplam” puanında anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur.

Tablo 4.20. “Sağlık Anksiyitesi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların BKİ Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	BKİ Grup	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
Bedensel Belirtilere Aşırı	Zayıf	27.49±5.67	27 (18-40)	5.997	0.112
Duyarlılık ve Kaygı Alt Boyut	Normal Kilolu	26.72±5.95	26 (14-54)		
Hastalığın Olumsuz Sonuçları Alt Boyut	Şişman	26.40±6.82	25 (14-55)	11.874	0.008**
	Obez	25.45±6.16	25 (15-44)		
	Zayıf	6.95±1.93	7 ^{ab} (4-12)	7.307	0.063
	Normal Kilolu	7.51±2.40	7.5 ^b (4-16)		
	Şişman	7.38±2.39	7.5 ^b (4-16)	7.307	0.063
	Obez	6.59±2.17	6 ^a (4-13)		
SAÖ Toplam	Zayıf	34.44±6.49	35 (23-51)	7.307	0.063
	Normal Kilolu	34.23±7.18	34 (19-68)		
	Şişman	33.78±8.48	33 (18-70)	7.307	0.063
	Obez	32.04±7.42	32 (19-51)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

* $p<0.05$

Ortak harfe sahip olmayan medyanlar arasında fark anlamlıdır ($p<0.05$)

“Sağlık Anksiyitesi” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin BKİ gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Kruskal-Wallis H Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.20’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyut puanında ($H=11.874$; $p<0.01$) anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuç incelendiğinde, “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyut puanlarında normal kilolu olan bireylerin [7.5 (4-16)] ve şişman olan bireylerin [7.5 (4-16)] puan ortancası, obez olan bireylere [6 (4-13)] göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.21. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Kendini Kilolu Olarak Görme Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Kendini Kilolu Olarak Görme Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Alt Boyut	Evet	27.17±6.51	26 (15-55)	72987	0.024*
	Hayır	26.03±5.89	26 (14-54)		
Hastalığın Olumsuz Sonuçları Alt Boyut	Evet	7.39±2.40	7 (4-16)	78717.5	0.611
	Hayır	7.30±2.32	7 (4-16)		
SAÖ Toplam	Evet	34.56±7.99	33.5 (19-70)	73988	0.052
	Hayır	33.34±7.10	33 (18-68)		

U: Mann-Whitney U Testi

*p<0.05

“Sağlık Anksiyetesi” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin kendini kilolu olarak görme durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.21’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanında (U=72987; p<0.05) anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanlarında kendini kilolu olarak gören bireylerin [26.5 (15-55)] puan ortancası, kendini kilolu olarak görmeyen bireylere [26 (14-54)] göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.22. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Pandemi Sürecinde Evde Yemek Yeme Davranışı Artma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Pandemi Sürecinde Evde Yemek Yeme Davranışı Artma Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Alt Boyut	Evet	27.34±6.45	27 (14-55)	57606.5	<0.001***
	Hayır	25.07±5.43	25 (14-45)		
Hastalığın Olumsuz Sonuçları Alt Boyut	Evet	7.52±2.33	7 (4-16)	61514	0.001**
	Hayır	7.00±2.38	7 (4-16)		
SAÖ Toplam	Evet	34.86±7.72	34 (19-70)	56307	<0.001***
	Hayır	32.07±6.87	31 (18-61)		

U: Mann-Whitney U Testi

p<0.01; *p<0.001

“Sağlık Anksiyetesi” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin pandemi sürecinde evde yemek yeme davranışı artma durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.22’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanında (U=57606.5; p<0.001), “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyut puanında (U=61514; p<0.01) ve “SAÖ Toplam” puanında (U=56307; p<0.001) anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanlarında yemek yeme davranışı artan bireylerin [27

(14-55)] puan ortancası, yemek yeme davranışı artmayan bireylere [25 (14-45)] göre, “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyut puanlarında yemek yeme davranışı artan bireylerin [7.5 (4-16)] puan ortancası, yemek yeme davranışı artmayan bireylere [7 (4-16)] göre ve “SAÖ Toplam” puanlarında yemek yeme davranışı artan bireylerin [34 (19-70)] puan ortancası, yemek yeme davranışı artmayan bireylere [31 (18-61)] göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.23. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Psikiyatrik Rahatsızlık Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Psikiyatrik Rahatsızlık Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Alt Boyut	Evet	31.11±8.40	31 (16-55)	16098	<0.001***
	Hayır	26.12±5.77	26 (14-51)		
Hastalığın Olumsuz Sonuçları Alt Boyut	Evet	9.12±2.46	9 (4-16)	14554	<0.001***
	Hayır	7.17±2.27	7 (4-16)		
SAÖ Toplam	Evet	40.23±9.82	40 (23-70)	14605.5	<0.001***
	Hayır	33.29±6.99	33 (18-61)		

U: Mann-Whitney U Testi

***p<0.001

“Sağlık Anksiyetesi” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin psikiyatrik rahatsızlık durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.23’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanında (U=16098; p<0.001), “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyut puanında (U=14554; p<0.001) ve “SAÖ Toplam” puanında (U=14605.5; p<0.001) anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanlarında rahatsızlığı olan bireylerin [31 (16-55)] puan ortancası, rahatsızlığı olmayan bireylere [26 (14-51)] göre, “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyut puanlarında rahatsızlığı olan bireylerin [9 (4-16)] puan ortancası, rahatsızlığı olmayan bireylere [7 (4-16)] göre ve “SAÖ Toplam” puanlarında rahatsızlığı olan bireylerin [40 (23-70)] puan ortancası, rahatsızlığı olmayan bireylere [33 (18-61)] göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.24. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Kronik Hastalık Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Alt Boyut	Evet	28.95±6.77	29 (15-51)	25852.5	<0.001***
	Hayır	26.24±6.07	26 (14-55)		
Hastalığın Olumsuz Sonuçları Alt Boyut	Evet	7.23±2.21	7 (4-12)	34373	0.936
	Hayır	7.36±2.38	7 (4-16)		
SAÖ Toplam	Evet	36.18±8.14	36 (19-61)	27111.5	0.001**
	Hayır	33.60±7.42	33 (18-70)		

U: Mann-Whitney U Testi

“Sağlık Anksiyetesi” ölçeğinin alt boyutlarının bireylerin kronik hastalık durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.24’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanında (U=25852.5; p<0.001) ve “SAÖ Toplam” puanında (U=27111.5; p<0.01) anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanlarında kronik hastalığı olan bireylerin [29 (15-51)] puan ortancası, kronik hastalığı olmayan bireylere [26 (14-55)] göre ve “SAÖ Toplam” puanlarında kronik hastalığı olan bireylerin [36 (19-61)] puan ortancası, kronik hastalığı olmayan bireylere [33 (18-70)] göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.25. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Pandemide Koronavirüse Yakalanma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Pandemide Koronavirüse Yakalanma Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Alt Boyut	Evet	26.35±6.23	25.5 (16-55)	44376.5	0.414
	Hayır	26.62±6.22	26 (14-54)		
Hastalığın Olumsuz Sonuçları Alt Boyut	Evet	7.31±2.25	7 (4-15)	46327.5	0.973
	Hayır	7.35±2.38	7 (4-16)		
SAÖ Toplam	Evet	33.66±7.40	33 (22-70)	44601	0.468
	Hayır	33.97±7.59	33 (18-68)		

U: Mann-Whitney U Testi

“Sağlık Anksiyetesi” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin pandemide koronavirüse yakalanma durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.25’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin tüm alt boyut puanlarında ve “SAÖ Toplam” puanlarında anlamlı fark olmadığı (p>0.05) bulunmuştur.

Tablo 4.26. “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Koronavirüs ile İlgili Bilgileri Takip Etme Sıklıklarına Göre Karşılaştırılması

	Koronavirüs ile İlgili Bilgileri Takip Etme Sıklığı	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
Bedensel	30 dakikadan az	25.91±5.50	26 (16-48)	5.025	0.170
Belirtilere Aşırı	30 dakika – 1 saat arası	26.28±6.09	27 (16-40)		
Duyarlılık ve Kaygı Alt Boyut	1 saat – 2 saat arası	28.15±7.70	29 (14-54)		
	2 saatten fazla	26.74±6.34	26 (14-55)	3.388	0.336
Hastalığın	30 dakikadan az	7.36±2.29	7 (4-16)		
Olumsuz Sonuçları	30 dakika – 1 saat arası	7.52±2.16	7 (4-12)		
Alt Boyut	1 saat – 2 saat arası	7.79±2.77	8 (4-16)	4.064	0.255
	2 saatten fazla	7.26±2.37	7 (4-16)		
	30 dakikadan az	33.28±6.76	33 (20-59)		
SAÖ Toplam	30 dakika – 1 saat arası	33.80±7.23	34 (21-51)	4.064	0.255
	1 saat – 2 saat arası	35.94±9.61	36 (19-68)		
	2 saatten fazla	34.00±7.68	33 (18-70)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

“Sağlık Anksiyetesi” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin koronavirüs ile ilgili bilgileri takip etme sıklıklarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Kruskal-Wallis H Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.26’da verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin tüm alt boyut puanlarında ve “SAÖ Toplam” puanlarında anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur.

4.4. Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği’ne (TDYÖ) İlişkin Bulgular

4.1.5. Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği (TDYÖ) Güvenirlik Analizi

Araştırmada kullanılan “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği (TDYÖ)” 803 bireye uygulanmış olup verilerin güvenilirlik analizi Tablo 4.27’de verilmiştir.

Tablo 4.27. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin” Cronbach’s Alpha Değerleri

Alt Boyut	Cronbach’s Alpha Değeri
TDYÖ Toplam	0.930

20 ifadenin yer aldığı “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği (TDYÖ)” güvenilirlik analizi Arpacı ve ark. (2020) tarafından yapılmış ve Cronbach’s Alpha değeri 0.92 olarak bulunmuş ve ölçeğin güvenilir olduğu kanaatine varılmıştır. Bu çalışmada “TDYÖ Toplam” puanı için ($\alpha = 0.930$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.27). Sonuç olarak ölçek oldukça güvenilir bulunmuştur.

“Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği (TDYÖ)” puanlarının tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.28’de verilmiştir.

Tablo 4.28. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Aritmetik Ortalamalara Göre Dağılımı

	Min.	Max.	$\bar{X}$	σ
Gerginlik Durumlarında Yeme Alt Boyut	12.00	60.00	29.81	13.47
Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme Alt Boyut	11.00	55.00	24.35	11.24
Kendini Kontrol Edebilme Alt Boyut	5.00	25.00	13.83	3.45
Uyaran Karşısında Kontrol Alt Boyut	2.00	10.00	6.56	2.27
TDYÖ Toplam	30.00	150.00	74.55	26.79

“Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği (TDYÖ)” toplam puan ve alt boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, “Gerginlik Durumlarında Yeme” alt boyut puanının en küçük 12.00 ile en yüksek 60.00 arası ve ortalamasının 29.81 ± 13.47 , “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanının 11.0-55.0 arası ve ortalamasının 24.35 ± 11.24 , “Kendini Kontrol Edebilme” alt boyut puanının 5.0-25.0 arası ve ortalamasının 13.83 ± 3.45 . “Uyaran Karşısında Kontrol” alt boyut puanının 2.0-10.0 arası ve ortalamasının 6.56 ± 2.27 ve “TDYÖ Toplam” puanının 30.0-150.0 arası ve ortalamasının 74.55 ± 26.79 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.28).

4.1.6. Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği’nin (TDYÖ) Sosyo-Demografik Bulgularına Göre Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik bulgularına göre “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin” toplam ve alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 4.29 ve Tablo 4.38 arasında verilmiştir.

Tablo 4.29. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması

	Cinsiyet	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Gerginlik Durumlarında Yeme Alt Boyut	Erkek	24.23 $\pm$ 11.38	20 (12-60)	43840.5	<0.001***
	Kadın	32.43 $\pm$ 13.58	30 (12-60)		
Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme Alt Boyut	Erkek	20.70 $\pm$ 9.72	18 (11-55)	49036	<0.001***
	Kadın	26.05 $\pm$ 11.51	24 (11-55)		
Kendini Kontrol Edebilme Alt Boyut	Erkek	13.07 $\pm$ 3.76	13 (5-25)	58513.5	<0.001***
	Kadın	14.18 $\pm$ 3.24	14 (5-25)		
Uyaran Karşısında Kontrol Alt Boyut	Erkek	5.65 $\pm$ 2.10	6 (2-10)	45879.5	<0.001***
	Kadın	6.99 $\pm$ 2.22	7 (2-10)		
TDYÖ Toplam	Erkek	63.65 $\pm$ 23.31	56 (30-150)	43493	<0.001***
	Kadın	79.65 $\pm$ 26.81	74 (35-150)		

U: Mann-Whitney U Testi

***p<0.001

“Türkçe Duygusal Yeme” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin cinsiyetlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.29’da verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin “Gerginlik

Durumlarında Yeme” alt boyut puanında ($U=43840.5$; $p<0.001$), “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanında ($U=49036$; $p<0.001$), “Kendini Kontrol Edebilme” alt boyut puanında ($U=58513.5$; $p<0.001$), “Uyaran Karşısında Kontrol” alt boyut puanında ($U=45879.5$; $p<0.001$) ve “TDYÖ Toplam” puanında ($U=43493$; $p<0.001$) anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, “Gerginlik Durumlarında Yeme” alt boyut puanlarında kadın bireylerin [30 (12-60)] puan ortancası, erkek bireylere [20 (12-60)] göre, “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanlarında kadın bireylerin [24 (11-55)] puan ortancası, erkek bireylere [18 (11-55)] göre, “Kendini Kontrol Edebilme” alt boyut puanlarında kadın bireylerin [14 (5-25)] puan ortancası, erkek bireylere [13 (5-25)] göre, “Uyaran Karşısında Kontrol” alt boyut puanlarında kadın bireylerin [7 (2-10)] puan ortancası, erkek bireylere [6 (2-10)] göre ve “TDYÖ Toplam” puanlarında kadın bireylerin [74 (30-150)] puan ortancası, erkek bireylere [74 (35-150)] göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.30. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	Yaş Grup	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
Gerginlik	29 yaş ve altı	31.34±13.76	29 ^b (12-60)		
Durumlarında Yeme	30-39 yaş arası	28.60±13.44	26 ^{ab} (12-60)	17.650	<0.001***
Alt Boyut	40 yaş ve üzeri	25.31±10.98	22 ^a (12-60)		
Olumsuz Duygularla	29 yaş ve altı	25.64±11.69	23 ^b (11-55)		
Başta Çıkabilmek İçin	30-39 yaş arası	23.21±10.71	20 ^{ab} (11-55)	10.476	0.005**
Yeme Alt Boyut	40 yaş ve üzeri	20.68±8.98	18 ^a (11-55)		
Kendini Kontrol	29 yaş ve altı	13.91±3.46	14 (5-25)		
Edebilme Alt Boyut	30-39 yaş arası	13.72±3.38	14 (5-25)	2.659	0.265
	40 yaş ve üzeri	13.61±3.51	14 (5-25)		
Uyaran Karşısında	29 yaş ve altı	6.80±2.34	7 (2-10)		
Kontrol Alt Boyut	30-39 yaş arası	6.44±2.05	6 (2-10)	2.543	0.280
	40 yaş ve üzeri	5.80±2.13	6 (2-10)		
TDYÖ Toplam	29 yaş ve altı	77.70±27.57	72 ^b (30-150)		
	30-39 yaş arası	71.97±26.06	68 ^{ab} (35-150)	13.950	0.001**
	40 yaş ve üzeri	65.40±21.81	59 ^a (31-150)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

** $p<0.01$; *** $p<0.001$

Ortak harfe sahip olmayan medyanlar arasında fark anlamlıdır ($p<0.05$)

“Türkçe Duygusal Yeme” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin yaş gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Kruskal-Wallis H Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.30’da verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin “Gerginlik Durumlarında Yeme” alt boyut puanında ($H=17.650$; $p<0.001$), “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanında ($H=10.476$; $p<0.01$) ve “TDYÖ Toplam” puanında ($H=13.950$; $p<0.001$) anlamlı fark olduğu bulunmuştur.

Sonuçlardan hareketle, “Gerginlik Durumlarında Yeme” alt boyut puanlarında 29 yaş altı bireylerin [29 (12-60)] puan ortancası, 40 yaş ve üzeri bireylere [22 (12-60)] göre, “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanlarında 29 yaş ve altı bireylerin [23 (11-55)] puan ortancası, 40 yaş ve üzeri bireylere [18 (11-55)] göre ve “TDYÖ Toplam” puanlarında 29 yaş ve altı bireylerin [72 (30-150)] puan ortancası, 40 yaş ve üzeri bireylere [59 (31-150)] göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.31. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Medeni Durum	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Gerginlik Durumlarında Yeme Alt Boyut	Evli	27.68±12.22	25 (12-60)	67320.5	0.001**
	Bekar	31.34±14.11	29 (12-60)		
Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme Alt Boyut	Evli	22.57±9.92	20 (11-55)	68426	0.002**
	Bekar	25.62±11.95	23 (11-55)		
Kendini Kontrol Edebilme Alt Boyut	Evli	13.47±3.16	14 (5-25)	69686.5	0.007**
	Bekar	14.08±3.62	14 (5-25)		
Uyaran Karşısında Kontrol Alt Boyut	Evli	6.40±2.10	6 (2-10)	71634	0.035*
	Bekar	6.68±2.38	7 (2-10)		
TDYÖ Toplam	Evli	70.11±23.78	65 (31-148)	66482.5	<0.001***
	Bekar	77.73±28.35	71 (30-150)		

U: Mann-Whitney U Testi

*p<0.05; **p<0.01; p<0.001

“Türkçe Duygusal Yeme” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin medeni durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.31’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin “Gerginlik Durumlarında Yeme” alt boyut puanında (U=67320.5; p<0.01), “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanında (U=68426; p<0.01), “Kendini Kontrol Edebilme” alt boyut puanında (U=69686.5; p<0.01), “Uyaran Karşısında Kontrol” alt boyut puanında (U=71634; p<0.05) ve “TDYÖ Toplam” puanında (U=66482.5; p<0.001) anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, “Gerginlik Durumlarında Yeme” alt boyut puanlarında bekar bireylerin [29 (12-60)] puan ortancası, evli bireylere [25 (12-60)] göre, “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanlarında bekar bireylerin [23 (11-55)] puan ortancası, evli bireylere [20 (11-55)] göre, “Kendini Kontrol Edebilme” alt boyut puanlarında bekar bireylerin [14.5 (5-25)] puan ortancası, evli bireylere [14 (5-25)] göre, “Uyaran Karşısında Kontrol” alt boyut puanlarında bekar bireylerin [7 (2-10)] puan ortancası, evli bireylere [6 (2-10)] göre ve “TDYÖ Toplam” puanlarında bekar bireylerin [71 (30-150)] puan ortancası, evli bireylere [65 (31-148)] göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.32. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların BKİ Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	BKİ Grup	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Gerginlik Durumlarında Yeme Alt Boyut	Zayıf	23.40±10.67	20 ^a (12-58)	23.470	<0.001***
	Normal Kilolu	29.32±12.86	27 ^{ab} (12-60)		
	Şişman	31.21±14.13	29 ^{ab} (12-60)		
	Obez	33.86±15.02	32 ^b (12-60)		
Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme Alt Boyut	Zayıf	20.76±9.90	17 ^a (11-55)	19.437	<0.001***
	Normal Kilolu	23.67±10.67	21 ^{ab} (11-55)		
	Şişman	25.22±11.57	22 ^{ab} (11-55)		
	Obez	28.68±13.12	26 ^b (11-55)		
Kendini Kontrol Edebilme Alt Boyut	Zayıf	12.38±3.56	13 ^a (5-25)	13.656	0.003**
	Normal Kilolu	13.82±3.38	13.5 ^{ab} (5-25)		
	Şişman	14.14±3.39	14 ^b (5-25)		
	Obez	14.08±3.70	14 ^b (6-23)		
Uyaran Karşısında Kontrol Alt Boyut	Zayıf	7.02±2.41	7 (2-10)	3.319	0.345
	Normal Kilolu	6.54±2.23	7 (2-10)		
	Şişman	6.55±2.31	6 (2-10)		
	Obez	6.36±2.24	6 (2-10)		
TDYÖ Toplam	Zayıf	63.56±21.19	58 ^a (36-148)	18.285	<0.001***
	Normal Kilolu	73.36±25.58	67 ^{ab} (30-150)		
	Şişman	77.12±27.76	71 ^{ab} (30-150)		
	Obez	82.99±31.34	78.5 ^b (40-147)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

p<0.01; *p<0.001

Ortak harfe sahip olmayan medyanlar arasında fark anlamlıdır (p<0.05)

“Türkçe Duygusal Yeme” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin BKİ gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.32’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin “Gerginlik Durumlarında Yeme” alt boyut puanında (H=23.470; p<0.001), “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanında (H=19.437; p<0.001), “Kendini Kontrol Edebilme” alt boyut puanında (H=13.656; p<0.01) ve “TDYÖ Toplam” puanında (H=18.285; p<0.001) anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, “Gerginlik Durumlarında Yeme” alt boyut puanlarında obez bireylerin [32 (12-60)] puan ortancası, zayıf bireylere [20 (12-58)] göre, “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanlarında obez bireylerin [26 (11-55)] puan ortancası, zayıf bireylere [17 (11-55)] göre, “Kendini Kontrol Edebilme” alt boyut puanlarında şişman bireylerin [14 (5-25)] ve obez bireylerin [14 (6-23)] puan ortancası, zayıf bireylere [13 (5-25)] göre ve “TDYÖ Toplam” puanlarında obez bireylerin [78.5 (40-147)] puan ortancası, evli bireylere [58 (36-148)] göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.33. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Kendini Kilolu Olarak Görme Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Kendini Kilolu Olarak Görme Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Gerginlik	Evet	34.82±14.33	34 (12-60)	49004	<0.001***
Durumlarında Yeme Alt Boyut	Hayır	25.31±10.83	22 (12-60)		
Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin	Evet	27.84±12.16	26 (11-55)	53407.5	<0.001***
Yeme Alt Boyut	Hayır	21.21±9.31	18 (11-55)		
Kendini Kontrol	Evet	14.70±3.29	15 (5-25)	58454.5	<0.001***
Edebilme Alt Boyut	Hayır	13.04±3.40	13 (5-25)		
Uyaran Karşısında	Evet	6.97±2.22	7 (2-10)	64793.5	<0.001***
Kontrol Alt Boyut	Hayır	6.20±2.26	6 (2-10)		
TDYÖ Toplam	Evet	84.34±28.59	82 (30-150)	49421	<0.001***
	Hayır	65.76±21.59	62 (30-150)		

U: Mann-Whitney U Testi

***p<0.001

“Türkçe Duygusal Yeme” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin kendini kilolu olarak görme durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.33’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin “Gerginlik Durumlarında Yeme” alt boyut puanında (U=49004; p<0.001), “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanında (U=53407.5; p<0.001), “Kendini Kontrol Edebilme” alt boyut puanında (U=58454.5; p<0.001), “Uyaran Karşısında Kontrol” alt boyut puanında (U=64793.5; p<0.001) ve “TDYÖ Toplam” puanında (U=49421; p<0.001) anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, “Gerginlik Durumlarında Yeme” alt boyut puanlarında kendini kilolu olarak gören bireylerin [34 (12-60)] puan ortancası, kendini kilolu olarak görmeyen bireylere [22 (12-60)] göre, “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanlarında kendini kilolu olarak gören bireylerin [26 (11-55)] puan ortancası, kendini kilolu olarak görmeyen bireylere [18 (11-55)] göre, “Kendini Kontrol Edebilme” alt boyut puanlarında kendini kilolu olarak gören bireylerin [15 (5-25)] puan ortancası, kendini kilolu olarak görmeyen bireylere [13 (5-25)] göre, “Uyaran Karşısında Kontrol” alt boyut puanlarında kendini kilolu olarak gören bireylerin [7 (2-10)] puan ortancası, kendini kilolu olarak görmeyen bireylere [6 (2-10)] göre ve “TDYÖ Toplam” puanlarında kendini kilolu olarak gören bireylerin [82 (30-150)] puan ortancası, kendini kilolu olarak görmeyen bireylere [62 (30-150)] göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.34. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Pandemi Sürecinde Evde Yemek Yeme Davranışı Artma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Pandemi Sürecinde Evde Yemek Yeme Davranışı Artma Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Gerginlik Durumlarında Yeme Alt Boyut	Evet	32.51±13.62	30.5 (12-60)	46141.5	<0.001***
Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme Alt Boyut	Hayır	24.53±11.47	21 (12-60)		
Kendini Kontrol Edebilme Alt Boyut	Evet	26.31±11.65	23 (11-55)	49015	<0.001***
Uyaran Karşısında Kontrol Alt Boyut	Hayır	20.49±9.28	17 (11-55)		
TDYÖ Toplam	Evet	13.97±3.34	14 (5-25)	68103	0.198
	Hayır	13.55±3.64	14 (5-25)		
	Evet	6.95±2.21	7 (2-10)	51823	<0.001***
	Hayır	5.81±2.21	6 (2-10)		
	Evet	79.73±27.27	74 (30-150)	46942	<0.001***
	Hayır	64.38±22.63	58 (30-150)		

U: Mann-Whitney U Testi

***p<0.001

“Türkçe Duygusal Yeme” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin pandemi sürecinde evde yemek yeme davranışı artma durumlarına göre farklılaşp farklılaşmadığı “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.34’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin “Gerginlik Durumlarında Yeme” alt boyut puanında (U=46141.5; p<0.001), “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanında (U=49015; p<0.001), “Uyaran Karşısında Kontrol” alt boyut puanında (U=51823; p<0.001) ve “TDYÖ Toplam” puanında (U=46942; p<0.001) anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, “Gerginlik Durumlarında Yeme” alt boyut puanlarında evde yemek yeme davranışında artma olan bireylerin [30.5 (12-60)] puan ortancası, evde yemek yeme davranışında artma olmayan bireylere [21 (12-60)] göre, “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanlarında evde yemek yeme davranışında artma olan bireylerin [23 (11-55)] puan ortancası, evde yemek yeme davranışında artma olmayan bireylere [17 (11-55)] göre, “Uyaran Karşısında Kontrol” alt boyut puanlarında evde yemek yeme davranışında artma olan bireylerin [7 (2-10)] puan ortancası, evde yemek yeme davranışında artma olmayan bireylere [6 (2-10)] göre ve “TDYÖ Toplam” puanlarında evde yemek yeme davranışında artma olan bireylerin [74 (30-150)] puan ortancası, evde yemek yeme davranışında artma olmayan bireylere [58 (31-148)] göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.35. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Psikiyatrik Rahatsızlık Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Psikiyatrik Rahatsızlık Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Gerginlik Durumlarında Yeme Alt Boyut	Evet	37.23±15.42	35 (15-60)	18454.5	<0.001***
Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme Alt Boyut	Hayır	29.07±13.04	26 (12-60)		
Kendini Kontrol Edebilme Alt Boyut	Evet	29.08±13.18	27 (11-55)	20671	0.002**
Uyaran Karşısında Kontrol Alt Boyut	Hayır	23.87±10.93	21 (11-55)		
TDYÖ Toplam	Evet	14.79±3.67	15 (7-25)	21957.5	0.013*
	Hayır	13.73±3.41	14 (5-25)		
	Evet	7.37±2.58	8 (2-10)	20421.5	0.001**
	Hayır	6.48±2.23	6 (2-10)		
	Evet	88.48±31.35	90 (35-150)	18831	<0.001***
	Hayır	73.16±25.91	68 (30-150)		

U: Mann-Whitney U Testi

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

“Türkçe Duygusal Yeme” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin psikiyatrik rahatsızlık durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.35’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin “Gerginlik Durumlarında Yeme” alt boyut puanında (U=18454.5; p<0.001), “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanında (U=20671; p<0.01), “Kendini Kontrol Edebilme” alt boyut puanında (U=21957.5; p<0.05), “Uyaran Karşısında Kontrol” alt boyut puanında (U=20421.5; p<0.01) ve “TDYÖ Toplam” puanında (U=18831; p<0.001) anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, “Gerginlik Durumlarında Yeme” alt boyut puanlarında psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin [35 (15-60)] puan ortancası, psikiyatrik rahatsızlığı olmayan bireylere [26 (12-60)] göre, “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanlarında psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin [27 (11-55)] puan ortancası, psikiyatrik rahatsızlığı olmayan bireylere [21 (11-55)] göre, “Kendini Kontrol Edebilme” alt boyut puanlarında psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin [15 (7-25)] puan ortancası, psikiyatrik rahatsızlığı olmayan bireylere [14 (5-25)] göre, “Uyaran Karşısında Kontrol” alt boyut puanlarında psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin [8 (2-10)] puan ortancası, psikiyatrik rahatsızlığı olmayan bireylere [6 (2-10)] göre ve “TDYÖ Toplam” puanlarında psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin [90 (35-150)] puan ortancası, psikiyatrik rahatsızlığı olmayan bireylere [68 (30-150)] göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.36. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Kronik Hastalık Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Gerginlik Durumlarında Yeme Alt Boyut	Evet	31.65±14.05	30 (12-60)	31468	0.152
Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme Alt Boyut	Hayır	29.56±13.37	27 (12-60)		
Kendini Kontrol Edebilme Alt Boyut	Evet	26.02±12.99	22 (11-55)	32353.5	0.308
Uyaran Karşısında Kontrol Alt Boyut	Hayır	24.11±10.97	21 (11-55)		
TDYÖ Toplam	Evet	14.33±3.38	15 (6-25)	30946	0.093
	Hayır	13.76±3.45	14 (5-25)		
	Evet	6.87±2.00	7 (3-10)	32089.5	0.250
	Hayır	6.52±2.31	7 (2-10)		
	Evet	78.87±28.77	69.5 (43-150)	31411.5	0.145
	Hayır	73.95±26.47	69 (30-150)		

U: Mann-Whitney U Testi

“Türkçe Duygusal Yeme” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin kronik hastalık durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.36’da verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin tüm alt boyut puanlarında ve “TDYÖ Toplam” puanında anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur.

Tablo 4.37. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Pandemide Koronavirüse Yakalanma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Pandemide Koronavirüse Yakalanma Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Gerginlik Durumlarında Yeme Alt Boyut	Evet	29.16±13.51	26 (12-60)	44492.5	0.442
Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme Alt Boyut	Hayır	29.95±13.46	27 (12-60)		
Kendini Kontrol Edebilme Alt Boyut	Evet	24.59±11.07	21 (11-55)	44867	0.536
Uyaran Karşısında Kontrol Alt Boyut	Hayır	24.30±11.29	21 (11-55)		
TDYÖ Toplam	Evet	13.67±3.25	13.5 (5-25)	43663.5	0.268
	Hayır	13.86±3.49	14 (5-25)		
	Evet	6.78±2.10	7 (2-10)	43652	0.265
	Hayır	6.52±2.31	6 (2-10)		
	Evet	74.19±26.69	67.5 (36-148)	45577.5	0.738
	Hayır	74.63±26.83	69 (30-150)		

U: Mann-Whitney U Testi

“Türkçe Duygusal Yeme” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin pandemide koronavirüse yakalanma durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.37’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin tüm alt boyut puanlarında ve “TDYÖ Toplam” puanında anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur.

Tablo 4.38. “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” Alt Boyutlarının Katılımcıların Koronavirüs ile İlgili Bilgileri Takip Etme Sıklıklarına Göre Karşılaştırılması

	Koronavirüs ile İlgili Bilgileri Takip Etme Sıklığı	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
Gerginlik	30 dakikadan az	32.33±14.04	31 ^b (12-60)	13.830	0.003**
Durumlarında	30 dakika – 1 saat arası	27.48±13.42	23 ^a (12-60)		
Yeme Alt Boyut	1 saat – 2 saat arası	31.83±13.62	30 ^{ab} (13-59)		
	2 saatten fazla	28.84±13.04	26 ^{ab} (12-60)	12.802	0.005**
Olumsuz	30 dakikadan az	26.19±11.93	23 ^b (11-55)		
Duygularla Başa	30 dakika – 1 saat arası	21.92±11.02	20 ^a (11-55)		
Çıkabilmek İçin	1 saat – 2 saat arası	25.87±12.03	22.5 ^{ab} (11-55)	4.632	0.201
Yeme Alt Boyut	2 saatten fazla	23.75±10.75	21 ^{ab} (11-55)		
	30 dakikadan az	14.07±3.43	14 (5-25)		
Kendini Kontrol	30 dakika – 1 saat arası	12.99±3.43	14 (5-22)	3.024	0.388
Edebilme Alt Boyut	1 saat – 2 saat arası	14.37±3.81	14 (5-23)		
	2 saatten fazla	13.80±3.40	14 (5-25)		
	30 dakikadan az	6.73±2.33	7 (2-10)	12.804	0.005**
Uyaran Karşısında	30 dakika – 1 saat arası	6.24±2.43	6 (2-10)		
Kontrol Alt Boyut	1 saat – 2 saat arası	6.67±2.39	7 (2-10)		
	2 saatten fazla	6.53±2.20	7 (2-10)	74 ^b (36-150)	
	30 dakikadan az	79.32±27.97	74 ^b (36-150)		
TDYÖ Toplam	30 dakika – 1 saat arası	68.63±26.78	60 ^a (30-142)		
	1 saat – 2 saat arası	78.73±28.56	73 ^{ab} (44-147)	68 ^{ab} (30-150)	
	2 saatten fazla	72.91±25.71	68 ^{ab} (30-150)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

**p<0.01

Ortak harfe sahip olmayan medyanlar arasında fark anlamlıdır (p<0.05)

“Türkçe Duygusal Yeme” ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının bireylerin koronavirüs ile ilgili bilgileri takip etme sıklıklarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı “Kruskal-Wallis H Testi” ile yapılmış ve sonuçları Tablo 4.38’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin “Gerginlik Durumlarında Yeme” alt boyut puanında (H=13.830; p<0.01), “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanında (H=12.802; p<0.01) ve “TDYÖ Toplam” puanında (H=12.804; p<0.01) anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, “Gerginlik Durumlarında Yeme” alt boyut puanlarında 30 dakikadan az takip eden bireylerin [31 (12-60)] puan ortancası, 30 dakika – 1 saat arası takip eden bireylere [23 (12-60)] göre, “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanlarında 30 dakikadan az takip eden bireylerin [23 (11-55)] puan ortancası, 30 dakika – 1 saat arası takip eden bireylere [20 (11-55)] göre ve “TDYÖ Toplam” puanlarında 30 dakikadan az takip eden bireylerin [74 (36-150)] puan ortancası, 30 dakika – 1 saat arası bireylere [60 (30-142)] göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

4.5. Ölçekler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Ölçekler arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 4.39’da verilmiştir.

Tablo 4.39. Ölçekler Arasındaki Korelasyon Katsayıları

		C19P-S-1	C19P-S-2	C19P-S-3	C19P-S-4	C19P-S-T	SAÖ-1	SAÖ-2	SAÖ-T	TDYÖ-1	TDYÖ-2	TDYÖ-3	TDYÖ-4
C19P-S-2	s	.662***	1.000										
C19P-S-3	s	.774***	.628***	1.000									
C19P-S-4	s	.540***	.628***	.567***	1.000								
C19P_S-T	s	.917***	.807***	.902***	.728***	1.000							
SAÖ-1	s	.520***	.442***	.446***	.258***	.511	1.000						
SAÖ-2	s	.211***	.233***	.230***	.150***	.244***	.392***	1.000					
SAÖ-T	s	.502***	.438***	.446***	.265***	.505***	.952***	.636***	1.000				
TDYÖ-1	s	.271***	.289***	.213***	.279***	.287***	.265***	.151***	.268***	1.000			
TDYÖ-2	s	.217***	.245***	.216***	.305***	.266***	.242***	.153***	.253***	.863***	1.000		
TDYÖ-3	s	.086*	.064	.031	.075*	.065	.135***	.008	.104**	.344***	.303***	1.000	
TDYÖ-4	s	.253***	.142***	.220***	.136***	.231***	.251***	.212***	.278***	.457***	.523***	.147***	1.000
TDYÖ-T	s	.273***	.270***	.226***	.291***	.293***	.281***	.158***	.283***	.959***	.938***	.451***	.568***

C19P-S-1: Psikolojik, C19P-S-2: Somatik, C19P-S-3: Sosyal, C19P-S-4: Ekonomik, C19P-S-T: C19P-S Toplam

SAÖ-1: Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı, SAÖ-2: Hastalığın Olumsuz Sonuçları, SAÖ-T: SAÖ Toplam

TDYÖ-1: Gerginlik Durumlarında Yeme, TDYÖ-2: Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme, TDYÖ-3: Kendini Kontrol Edebilme, TDYÖ-4: Uyarı Karşısında Kontrol, TDYÖ-T: TDYÖ Toplam

s: Spearman's Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “Psikolojik” puanı ile Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “Somatik” puanı arasında anlamlı pozitif yüksek ($s=0.662$; $p<0.001$), “Sosyal” puanı arasında anlamlı pozitif yüksek ($s=0.774$; $p<0.001$), “Ekonomik” puanı arasında anlamlı pozitif orta ($s=0.540$; $p<0.001$), “C19P-S Toplam” puanı arasında anlamlı pozitif çok yüksek ($s=0.917$; $p<0.001$), Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” puanı arasında anlamlı pozitif orta ($s=0.520$; $p<0.001$), “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.211$; $p<0.001$), “SAÖ Toplam” puanı arasında anlamlı pozitif orta ($s=0.502$; $p<0.001$), Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Gerginlik Durumlarında Yeme” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.271$; $p<0.001$), “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.217$; $p<0.001$), “Kendini Kontrol Edebilme” puanı arasında anlamlı pozitif çok zayıf ($s=0.086$; $p<0.05$), “Uyaran Karşısında Kontrol” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.253$; $p<0.001$), “TDYÖ Toplam” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.273$; $p<0.001$) korelasyon olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “Psikolojik” alt boyut puanları arttıkça Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “Somatik” alt boyut puanlarında %66.2’lik artma, “Sosyal” alt boyut puanlarında %77.4’lük artma, “Ekonomik” alt boyut puanlarında %54’lük artma, “C19P-S Toplam” puanlarında %91.7’lik artma, Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanlarında %52’lik artma, “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyut puanlarında %21.1’lik artma, “SAÖ Toplam” puanlarında %50.2’lik artma, Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Gerginlik Durumunda Yeme” alt boyut puanlarında %27.1’lik artma, “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanlarında %21.7’lik artma, “Kendini Kontrol Edebilme” alt boyut puanlarında %8.6’lık artma, “Uyaran Karşısında Kontrol” alt boyut puanlarında %25.3’lük artma ve “TDYÖ Toplam” puanlarında %27.3’lük artma olduğu bulunmuştur.

Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “Somatik” puanı ile Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “Sosyal” puanı arasında anlamlı pozitif yüksek ($s=0.628$; $p<0.001$), “Ekonomik” puanı arasında anlamlı pozitif yüksek ($s=0.628$; $p<0.001$), “C19P-S Toplam” puanı arasında anlamlı pozitif çok yüksek ($s=0.807$; $p<0.001$), Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” puanı arasında anlamlı pozitif orta ($s=0.442$; $p<0.001$), “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.233$; $p<0.001$), “SAÖ Toplam” puanı arasında

anlamli pozitif orta ($s=0.438$; $p<0.001$), Türkçe Duygusal Yeme leğinin “Gerginlik Durumlarında Yeme” puanı arasında anlamli pozitif zayıf ($s=0.289$; $p<0.001$), “Olumsuz Duygularla Başı Çıkabilmek İçin Yeme” puanı arasında anlamli pozitif zayıf ($s=0.245$; $p<0.001$), “Uyaran Karşıısında Kontrol” puanı arasında anlamli pozitif çok zayıf ($s=0.142$; $p<0.001$), “TDYÖ Toplam” puanı arasında anlamli pozitif zayıf ($s=0.270$; $p<0.001$) korelasyon olduğu bulunuştur. Sonuçlardan hareketle, Koronavirüs 19 Fobisi leğinin “Somatik” alt boyut puanları arttıķa Koronavirüs 19 Fobisi leğinin “Sosyal” alt boyut puanlarında %62.8’lik artma, “Ekonomik” alt boyut puanlarında %62.8’lik artma, “C19P-S Toplam” puanlarında %80.7’lik artma, Sağlık Anksiyesi leğinin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanlarında %44.2’lik artma, “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyut puanlarında %23.3’lk artma, “SA Toplam” puanlarında %43.8’lik artma, Türkçe Duygusal Yeme leğinin “Gerginlik Durumunda Yeme” alt boyut puanlarında %28.9’luk artma, “Olumsuz Duygularla Başı Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanlarında %24.5’lik artma, “Uyaran Karşıısında Kontrol” alt boyut puanlarında %14.2’lik artma ve “TDYÖ Toplam” puanlarında %27’lik artma olduğu bulunmuştur.

Koronavirüs 19 Fobisi leğinin “Sosyal” puanı ile Koronavirüs 19 Fobisi leğinin “Ekonomik” puanı arasında anlamli pozitif orta ($s=0.567$; $p<0.001$), “C19P-S Toplam” puanı arasında anlamli pozitif çok yüksek ($s=0.902$; $p<0.001$), Sağlık Anksiyesi leğinin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” puanı arasında anlamli pozitif orta ($s=0.446$; $p<0.001$), “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” puanı arasında anlamli pozitif zayıf ($s=0.230$; $p<0.001$), “SA Toplam” puanı arasında anlamli pozitif orta ($s=0.446$; $p<0.001$), Türkçe Duygusal Yeme leğinin “Gerginlik Durumlarında Yeme” puanı arasında anlamli pozitif zayıf ($s=0.213$; $p<0.001$), “Olumsuz Duygularla Başı Çıkabilmek İçin Yeme” puanı arasında anlamli pozitif zayıf ($s=0.216$; $p<0.001$), “Uyaran Karşıısında Kontrol” puanı arasında anlamli pozitif zayıf ($s=0.220$; $p<0.001$), “TDYÖ Toplam” puanı arasında anlamli pozitif zayıf ($s=0.226$; $p<0.001$) korelasyon olduğu bulunuştur. Sonuçlardan hareketle, Koronavirüs 19 Fobisi leğinin “Sosyal” alt boyut puanları arttıķa Koronavirüs 19 Fobisi leğinin “Ekonomik” alt boyut puanlarında %56.7’lik artma, “C19P-S Toplam” puanlarında %90.2’lik artma, Sağlık Anksiyesi leğinin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanlarında %44.6’lık artma, “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyut puanlarında %23’lk artma, “SA Toplam” puanlarında %44.6’lık artma, Türkçe Duygusal Yeme leğinin “Gerginlik

Durumunda Yeme” alt boyut puanlarında %21.3’lük artma, “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanlarında %21.6’lık artma, “Uyaran Karşısında Kontrol” alt boyut puanlarında %22’lik artma ve “TDYÖ Toplam” puanlarında %22.6’lık artma olduğu bulunmuştur.

Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “Ekonomik” puanı ile Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “C19P-S Toplam” puanı arasında anlamlı pozitif yüksek ($s=0.728$; $p<0.001$), Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.258$; $p<0.001$), “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” puanı arasında anlamlı pozitif çok zayıf ($s=0.150$; $p<0.001$), “SAÖ Toplam” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.265$; $p<0.001$), Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Gerginlik Durumlarında Yeme” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.279$; $p<0.001$), “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.305$; $p<0.001$), “Kendini Kontrol Edebilme” puanı arasında anlamlı pozitif çok zayıf ($s=0.075$; $p<0.05$), “Uyaran Karşısında Kontrol” puanı arasında anlamlı pozitif çok zayıf ($s=0.136$; $p<0.001$), “TDYÖ Toplam” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.291$; $p<0.001$) korelasyon olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “Ekonomik” alt boyut puanları arttıkça Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “C19P-S Toplam” puanlarında %72.8’lik artma, Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanlarında %25.8’lik artma, “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyut puanlarında %15’lik artma, “SAÖ Toplam” puanlarında %26.5’lik artma, Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Gerginlik Durumunda Yeme” alt boyut puanlarında %27.9’luk artma, “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanlarında %30.5’lik artma, “Kendini Kontrol Edebilme” alt boyut puanlarında %7.5’lik artma, “Uyaran Karşısında Kontrol” alt boyut puanlarında %13.6’lık artma ve “TDYÖ Toplam” puanlarında %29.1’lik artma olduğu bulunmuştur.

Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “C19P-S Toplam” puanı ile Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” puanı arasında anlamlı pozitif orta ($s=0.511$; $p<0.001$), “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.244$; $p<0.001$), “SAÖ Toplam” puanı arasında anlamlı pozitif orta ($s=0.505$; $p<0.001$), Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Gerginlik Durumlarında Yeme” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.287$; $p<0.001$), “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.266$; $p<0.001$), “Uyaran Karşısında Kontrol” puanı arasında anlamlı pozitif

zayıf ($s=0.231$; $p<0.001$), “TDYÖ Toplam” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.293$; $p<0.001$) korelasyon olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “C19P-S Toplam” puanları arttıkça Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanlarında %51.1’lik artma, “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyut puanlarında %24.4’lük artma, “SAÖ Toplam” puanlarında %50.5’lik artma, Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Gerginlik Durumunda Yeme” alt boyut puanlarında %28.7’lik artma, “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanlarında %26.6’lık artma, “Uyaran Karşısında Kontrol” alt boyut puanlarında %23.1’lik artma ve “TDYÖ Toplam” puanlarında %29.3’lük artma olduğu bulunmuştur.

Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” puanı ile SAÖ’nün “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.392$; $p<0.001$), “SAÖ Toplam” puanı arasında anlamlı pozitif çok yüksek ($s=0.952$; $p<0.001$), Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Gerginlik Durumlarında Yeme” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.265$; $p<0.001$), “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.242$; $p<0.001$), “Kendini Kontrol Edebilme” puanı arasında anlamlı pozitif çok zayıf ($s=0.135$; $p<0.05$), “Uyaran Karşısında Kontrol” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.251$; $p<0.001$), “TDYÖ Toplam” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.281$; $p<0.001$) korelasyon olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanları arttıkça “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyut puanlarında %39.2’lik artma, “SAÖ Toplam” puanlarında %95.2’lik artma, Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Gerginlik Durumunda Yeme” alt boyut puanlarında %26.5’lik artma, “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanlarında %24.2’lik artma, “Kendini Kontrol Edebilme” alt boyut puanlarında %13.5’lik artma, “Uyaran Karşısında Kontrol” alt boyut puanlarında %25.1’lik artma ve “TDYÖ Toplam” puanlarında %28.1’lik artma olduğu bulunmuştur.

Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” puanı ile Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “SAÖ Toplam” puanı arasında anlamlı pozitif yüksek ($s=0.636$; $p<0.001$), Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Gerginlik Durumlarında Yeme” puanı arasında anlamlı pozitif çok zayıf ($s=0.151$; $p<0.001$), “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” puanı arasında anlamlı pozitif çok zayıf ($s=0.153$; $p<0.001$), “Uyaran Karşısında Kontrol” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.212$; $p<0.001$),

“TDYÖ Toplam” puanı arasında anlamlı pozitif çok zayıf ($s=0.158$; $p<0.001$) korelasyon olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyut puanları arttıkça Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “SAÖ Toplam” puanlarında %63.6’lık artma, Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Gerginlik Durumunda Yeme” alt boyut puanlarında %15.1’lik artma, “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanlarında %15.3’lük artma, “Uyaran Karşısında Kontrol” alt boyut puanlarında %21.2’lik artma ve “TDYÖ Toplam” puanlarında %15.8’lik artma olduğu bulunmuştur.

Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “SAÖ Toplam” puanı ile Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Gerginlik Durumlarında Yeme” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.268$; $p<0.001$), “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.253$; $p<0.001$), “Kendini Kontrol Edebilme” puanı arasında anlamlı pozitif çok zayıf ($s=0.104$; $p<0.01$), “Uyaran Karşısında Kontrol” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.278$; $p<0.001$), “TDYÖ Toplam” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.283$; $p<0.001$) korelasyon olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “SAÖ Toplam” puanları arttıkça Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Gerginlik Durumunda Yeme” alt boyut puanlarında %26.8’lik artma, “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanlarında %25.3’lük artma, “Kendini Kontrol Edebilme” alt boyut puanlarında %10.4’lük artma, “Uyaran Karşısında Kontrol” alt boyut puanlarında %27.8’lik artma ve “TDYÖ Toplam” puanlarında %28.3’lük artma olduğu bulunmuştur.

Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Gerginlik Durumlarında Yeme” puanı ile Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” puanı arasında anlamlı pozitif çok yüksek ($s=0.863$; $p<0.001$), “Kendini Kontrol Edebilme” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.344$; $p<0.01$), “Uyaran Karşısında Kontrol” puanı arasında anlamlı pozitif orta ($s=0.457$; $p<0.001$), “TDYÖ Toplam” puanı arasında anlamlı pozitif çok yüksek ($s=0.959$; $p<0.001$) korelasyon olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Gerginlik Durumunda Yeme” alt boyut puanları arttıkça Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanlarında %86.3’lük artma, “Kendini Kontrol Edebilme” alt boyut puanlarında %34.4’lük artma, “Uyaran Karşısında Kontrol” alt boyut puanlarında %45.7’lik artma ve “TDYÖ Toplam” puanlarında %95.9’luk artma olduğu bulunmuştur.

Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” puanı ile Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Kendini Kontrol Edebilme” puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ($s=0.303$; $p<0.01$), “Uyaran Karşısında Kontrol” puanı arasında anlamlı pozitif orta ($s=0.523$; $p<0.001$), “TDYÖ Toplam” puanı arasında anlamlı pozitif çok yüksek ($s=0.938$; $p<0.001$) korelasyon olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme” alt boyut puanları arttıkça Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Kendini Kontrol Edebilme” alt boyut puanlarında %30.3’lük artma, “Uyaran Karşısında Kontrol” alt boyut puanlarında %52.3’lük artma ve “TDYÖ Toplam” puanlarında %93.8’lik artma olduğu bulunmuştur.

Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Kendini Kontrol Edebilme” puanı ile Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Uyaran Karşısında Kontrol” puanı arasında anlamlı pozitif çok zayıf ($s=0.147$; $p<0.001$), “TDYÖ Toplam” puanı arasında anlamlı pozitif orta ($s=0.451$; $p<0.001$) korelasyon olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle, Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Kendini Kontrol Edebilme” alt boyut puanları arttıkça Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Uyaran Karşısında Kontrol” alt boyut puanlarında %14.7’lik artma ve “TDYÖ Toplam” puanlarında %45.1’lik artma olduğu bulunmuştur.

Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Uyaran Karşısında Kontrol” puanı ile Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “TDYÖ Toplam” puanı arasında anlamlı pozitif orta ($s=0.568$; $p<0.001$) korelasyon olduğu bulunmuştur. Sonuç incelendiğinde, Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “Uyarak Karşısında Kontrol” alt boyut puanları arttıkça Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin “TDYÖ Toplam” puanlarında %56.8’lik artma olduğu bulunmuştur.

4.6. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği (C19P-S) ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) Puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği (TDYÖ) Puanları Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Bireylerin Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği puanları üzerine etkisi “Regresyon Analizi” ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.40 ve Tablo 4.47 arasında verilmiştir.

Tablo 4.40. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “Psikolojik” Alt Boyut Puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği Puanları Üzerindeki Etkisi

Değişken	Standardize edilmemiş		Standardize edilmiş			F	R ²
	β	SH	Beta	t	p		
TDYÖ (Sabit)	55.943	2.864	-	19.532	<0.001***	47.062	0.055
Psikolojik	1.002	0.146	0.236	6.860	<0.001***		

β : Beta katsayısı; SH: Standart hata

***p<0.001

Bireylerin Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “Psikolojik” alt boyut puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin Alt Boyutlarının üzerindeki etkisini belirlemek için “Regresyon Analizi” yapılmış ve sonuçlar Tablo 4.40’da verilmiştir. Belirtme katsayısı incelendiğinde, bireylerin “TDYÖ Toplam” puanları üzerindeki değişimin yaklaşık %5.5’ini “Psikolojik” alt boyut puanları açıklamaktadır. Analiz bulguları incelendiğinde, bireylerin “Psikolojik” alt boyut puanlarının “TDYÖ Toplam” puanları üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuştur (F=47.062; p<0.001). Bu bulgulardan hareketle, bireylerin “Psikolojik” alt boyut puanlarının bir birim artması sonucunda “TDYÖ Toplam” puanları üzerinde yaklaşık 1.002’lik bir artışa sebep olacağı bulunmuştur.

Tablo 4.41. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “Somatik” Alt Boyut Puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği Puanları Üzerindeki Etkisi

Değişken	Standardize edilmemiş		Standardize edilmiş			F	R ²
	β	SH	Beta	t	p		
TDYÖ (Sabit)	60.566	2.171	-	27.902	<0.001***	50.539	0.059
Somatik	1.709	0.240	0.244	7.109	<0.001***		

β : Beta katsayısı; SH: Standart hata

***p<0.001

Bireylerin Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “Somatik” alt boyut puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin Alt Boyutlarının üzerindeki etkisini belirlemek için “Regresyon Analizi” yapılmış ve sonuçlar Tablo 4.41’de verilmiştir. Belirtme katsayısı incelendiğinde, bireylerin “TDYÖ Toplam” puanları üzerindeki değişimin yaklaşık %5.9’unu “Somatik” alt boyut puanları açıklamaktadır. Analiz bulguları incelendiğinde, bireylerin “Somatik” alt boyut puanlarının “TDYÖ Toplam” puanları üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuştur (F=50.539; p<0.001). Bu bulgulardan hareketle, bireylerin “Somatik” alt boyut puanlarının bir birim artması sonucunda “TDYÖ Toplam” puanları üzerinde yaklaşık 1.709’luk bir artışa sebep olacağı bulunmuştur.

Tablo 4.42. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “Sosyal” Alt Boyut Puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği Puanları Üzerindeki Etkisi

Değişken	Standardize edilmemiş		Standardize edilmiş			F	R ²
	β	SH	Beta	t	p		
TDYÖ (Sabit)	60.137	2.590	-	23.215	<0.001***	35.495	0.042
Sosyal	1.052	0.177	0.206	5.958	<0.001***		

β : Beta katsayısı; SH: Standart hata

***p<0.001

Bireylerin Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “Sosyal” alt boyut puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin Alt Boyutlarının üzerindeki etkisini belirlemek için “Regresyon Analizi” yapılmış ve sonuçlar Tablo 4.42’de verilmiştir. Belirtme katsayısı incelendiğinde, bireylerin “TDYÖ Toplam” puanları üzerindeki değişimin yaklaşık %4.2’sini “Sosyal” alt boyut puanları açıklamaktadır. Analiz bulguları incelendiğinde, bireylerin “Sosyal” alt boyut puanlarının “TDYÖ Toplam” puanları üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuştur (F=35.495; p<0.001). Bu bulgulardan hareketle, bireylerin “Sosyal” alt boyut puanlarının bir birim artması sonucunda “TDYÖ Toplam” puanları üzerinde yaklaşık 1.052’lik bir artışa sebep olacağı bulunmuştur.

Tablo 4.43. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “Ekonomik” Alt Boyut Puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği Puanları Üzerindeki Etkisi

Değişken	Standardize edilmemiş		Standardize edilmiş			F	R ²
	β	SH	Beta	t	p		
TDYÖ (Sabit)	59.518	2.162	-	27.527	<0.001***	58.834	0.068
Ekonomik	2.098	0.273	0.262	7.670	<0.001***		

β : Beta katsayısı; SH: Standart hata

***p<0.001

Bireylerin Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “Ekonomik” alt boyut puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin Alt Boyutlarının üzerindeki etkisini belirlemek için “Regresyon Analizi” yapılmış ve sonuçlar Tablo 4.43’de verilmiştir. Belirtme katsayısı incelendiğinde, bireylerin “TDYÖ Toplam” puanları üzerindeki değişimin yaklaşık %6.8’ini “Ekonomik” alt boyut puanları açıklamaktadır. Analiz bulguları incelendiğinde, bireylerin “Ekonomik” alt boyut puanlarının “TDYÖ Toplam” puanları üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuştur (F=58.834; p<0.001). Bu bulgulardan hareketle, bireylerin “Ekonomik” alt boyut puanlarının bir birim artması sonucunda “TDYÖ Toplam” puanları üzerinde yaklaşık 2.098’lik bir artışa sebep olacağı bulunmuştur.

Tablo 4.44. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “C19P-S Toplam” Puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği Puanları Üzerindeki Etkisi

Değişken	Standardize edilmemiş		Standardize edilmiş			F	R ²
	β	SH	Beta	t	p		
TDYÖ (Sabit)	53.112	2.841	-	18.693	<0.001***	63.464	0.073
C19P-S	0.450	0.057	0.271	7.966	<0.001***		

β : Beta katsayısı; SH: Standart hata

***p<0.001

Bireylerin Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeğinin “C19P-S Toplam” alt boyut puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin Alt Boyutlarının üzerindeki etkisini belirlemek için “Regresyon Analizi” yapılmış ve sonuçlar Tablo 4.44’de verilmiştir. Belirtme katsayısı incelendiğinde, bireylerin “TDYÖ Toplam” puanları üzerindeki değişimin yaklaşık %7.3’ünü “C19P-S Toplam” alt boyut puanları açıklamaktadır. Analiz bulguları incelendiğinde, bireylerin “C19P-S Toplam” alt boyut puanlarının “TDYÖ Toplam” puanları üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuştur (F=63.464; p<0.001). Bu bulgulardan hareketle, bireylerin “C19P-S Toplam” alt boyut puanlarının bir birim artması sonucunda “TDYÖ Toplam” puanları üzerinde yaklaşık 0.450’lik bir artışa sebep olacağı bulunmuştur.

Tablo 4.45. Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” Alt Boyut Puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği Puanları Üzerindeki Etkisi

Değişken	Standardize edilmemiş		Standardize edilmiş			F	R ²
	β	SH	Beta	t	p		
TDYÖ (Sabit)	45.930	4.024	-	11.415	<0.001***	53.360	0.062
SAÖ-1	1.077	0.147	0.250	7.305	<0.001***		

SAÖ-1: Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı

β : Beta katsayısı; SH: Standart hata

***p<0.001

Bireylerin Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin Alt Boyutlarının üzerindeki etkisini belirlemek için “Regresyon Analizi” yapılmış ve sonuçlar Tablo 4.45’de verilmiştir. Belirtme katsayısı incelendiğinde, bireylerin “TDYÖ Toplam” puanları üzerindeki değişimin yaklaşık %6.2’sini “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanları açıklamaktadır. Analiz bulguları incelendiğinde, bireylerin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanlarının “TDYÖ Toplam” puanları üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuştur (F=53.360; p<0.001). Bu bulgulardan hareketle, bireylerin “Bedensel Belirtilere Aşırı

Duyarlılık ve Kaygı” alt boyut puanlarının bir birim artması sonucunda “TDYÖ Toplam” puanları üzerinde yaklaşık 1.077’lik bir artışa sebep olacağı bulunmuştur.

Tablo 4.46. Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” Alt Boyut Puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği Puanları Üzerindeki Etkisi

Değişken	Standardize edilmemiş		Standardize edilmiş			F	R ²
	β	SH	Beta	t	p		
TDYÖ (Sabit)	59.651	3.048	-	19.568	<0.001***	26.347	0.032
SAÖ-2	2.028	0.395	0.178	5.133	<0.001***		

SAÖ-2: Hastalığın Olumsuz Sonuçları

β : Beta katsayısı; SH: Standart hata

***p<0.001

Bireylerin Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyut puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin Alt Boyutlarının üzerindeki etkisini belirlemek için “Regresyon Analizi” yapılmış ve sonuçlar Tablo 4.46’da verilmiştir. Belirtme katsayısı incelendiğinde, bireylerin “TDYÖ Toplam” puanları üzerindeki değişimin yaklaşık %3.2’sini “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyut puanları açıklamaktadır. Analiz bulguları incelendiğinde, bireylerin “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyut puanlarının “TDYÖ Toplam” puanları üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuştur (F=26.347; p<0.001). Bu bulgulardan hareketle, bireylerin “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyut puanlarının bir birim artması sonucunda “TDYÖ Toplam” puanları üzerinde yaklaşık 2.028’lik bir artışa sebep olacağı bulunmuştur.

Tablo 4.47. Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “SAÖ Toplam” Puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği Puanları Üzerindeki Etkisi

Değişken	Standardize edilmemiş		Standardize edilmiş			F	R ²
	β	SH	Beta	t	p		
TDYÖ (Sabit)	43.143	4.201	-	10.269	<0.001***	58.657	0.068
SAÖ	0.926	0.121	0.261	7.659	<0.001***		

β : Beta katsayısı; SH: Standart hata

***p<0.001

Bireylerin Sağlık Anksiyesi Ölçeğinin “SAÖ Toplam” alt boyut puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinin Alt Boyutlarının üzerindeki etkisini belirlemek için “Regresyon Analizi” yapılmış ve sonuçlar Tablo 4.46’da verilmiştir. Belirtme katsayısı incelendiğinde, bireylerin “TDYÖ Toplam” puanları üzerindeki değişimin yaklaşık %6.8’ini “SAÖ Toplam” alt boyut puanları açıklamaktadır. Analiz bulguları incelendiğinde, bireylerin “SAÖ Toplam” alt boyut puanlarının “TDYÖ Toplam” puanları üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuştur (F=58.657; p<0.001). Bu bulgulardan

hareketle, bireylerin “SAÖ Toplam” alt boyut puanlarının bir birim artması sonucunda “TDYÖ Toplam” puanları üzerinde yaklaşık 0.926’lık bir artışa sebep olacağı bulunmuştur.



5. TARTIŞMA

Araştırmada 803 yetişkin birey üzerinde çalışılmış olup araştırmanın birincil amacı yetişkin bireylerde COVID-19 korkusu ve sağlık anksiyetesinin duygusal yeme davranışı üzerine etkisinin incelenmesi ve literatürde bu alanla ilgili eksikliğin giderilmesidir. Literatür incelendiğinde, yetişkinler üzerinde koronavirüs fobisini ölçmek için Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği, sağlık anksiyetelerini ölçmek için Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, duygusal yeme durumlarını ölçmek için Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği'nin uygulanmadığı görülmüş ve araştırmanın yapılması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Bu nedenle yetişkinler üzerinde yapılan bu araştırma literatür açısından yenilik arz etmektedir.

Araştırmada Koronavirüs 19 Fobisi puanlarının karşılaştırılması incelenmiş ve sonucunda yetişkin bireylerin cinsiyet, medeni durum, kendini kilolu olarak görme durumu, pandemi sürecinde evde yemek yeme davranışı artma durumu ve koronavirüs ile ilgili bilgileri takip etme sıklıklarına göre C19P-S puanları arasında anlamlı fark olduğu, yaş, BKİ, psikiyatrik rahatsızlık durumu, kronik rahatsızlık durumu ve pandemide koronavirüse yakalanma durumlarına göre C19P-S puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, Çelebi (2016) yaşlı ve çocuklarla çalışan psikologlar ile yaptığı çalışmasında, koronavirüs pandemisinde kadınların erkeklere göre psikolojik sağlamlıklarının daha düşük, kaygı seviyelerinin ise daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Neto ve ark. (2021) Brezilya popülasyonu üzerine uygulama yaptıkları çalışmalarında yetişkinlerin cinsiyetlerine göre koronavirüs kaygı ve fobileri üzerinde anlamlı fark olduğunu belirtmektedirler. Ayrıca çalışmalarında ki bir diğer bulgunun da cinsiyet farklılığında kadınların erkeklere göre koronavirüs kaygı ve fobilerinin daha yüksek olduğudur. Meksika'da yapılan bir başka çalışmada ise sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre koronavirüs kaygıları incelenmiş ve çalışmanın sonucunda koronavirüs kaygılarında farklılaşmanın olduğunu, kadınların erkeklere oranla daha yüksek kaygıya sahip oldukları belirtilmiştir (Magana ve ark., 2020).

Bu araştırmalara ek olarak Doshi ve ark. (2020) Hindistan popölasyonunda yapmış olduğu koronavirüs korkusu, kaygısı ve fobisi ile ilgili araştırmadan da kadınların erkeklere göre daha yüksek düzeyde istatistiksel olarak yüksek düzeyde korku ve kaygı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Rahman (2021) tıp faköltesi öğrencilerinin COVID-19 fobi durumlarını incelediği çalışmasında öğrencilerin cinsiyetlerine göre koronavirüs fobileri arasında fark olduğunu, pandemi döneminde koronavirüs tanısı alma durumlarına göre anlamlı fark olmadığını belirtmektedir. Pandemi döneminde bireylerin koronavirüs korkularını inceleyen bir başka çalışmada Gencer (2020) bireylerin kronik hastalık durumlarına göre koronavirüs korkularında anlamlı farkın olmadığını belirtmektedir. Delibaş (2021) meslek yüksekokulu öğrencileri üzerinde koronavirüs 19 fobisini araştırdığı çalışmasında, öğrencilerin cinsiyetlerine göre koronavirüs 19 fobi puanları arasında anlamlı farkın olduğunu ve kadınların erkeklerden daha yüksek koronavirüs 19 fobi puanında sahip olduğunu belirtmektedir. Kadınlar, strese karşı daha yüksek bir kırılganlık sergilemekte ve stresli yaşam olayları sonucunda ruhsal bozukluk geliştirme riskleri artmaktadır. Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından yapılan araştırmada, kadınların erkeklere oranla daha fazla korku veya fobiden etkilendikleri görölmüştür. Bu bulgular, erkek ve kadın katılımcılar arasında farklı duygusal sıkıntı tepkileri verildiğini ortaya koyan araştırma bulgularıyla örtüşmektedir. COVID-19 döneminde yapılan araştırmalara bakıldığında, Bakioğlu ve ark. (2020) tarafından yapılan araştırmalarda da kadınların COVID-19'dan erkeklere oranla daha fazla korktukları görölmüştür. COVID-19 salgın sürecinde yürütölen diğer bir araştırmada, sedanter erkeklerin stresli bir durum karşısında psikolojik belirtiler gösterme olasılığının, kadınlara göre daha düşük olduğu görölmüştür (Levkovich, 2020). Erkek cinsiyeti rolünün güç, cesaret ve korkusuzluğu vurgulamasından hareketle erkeklerin kendilerine yükledikleri cinsiyet rolünün gereği psikolojik olarak kendilerini daha güçlü hissettikleri veya korkularını belli etmedikleri söylenebilir (Overfield, 2018). Bununla birlikte ıfı ve Demir (2020) tarafından yapılan araştırmada, kadın ve erkek öğretmenlerin COVID-19 döneminde görölen anksiyete düzeyleri arasında anlamlı farklılık olmadığı görölmüştür. Tartışmaya dâhil edilen araştırma bulgularının çoğu, COVID-19 döneminde kadınların daha fazla psikolojik sorunlar yaşadıklarını göstermektedir. Bu sonuçlara göre salgın nedeniyle uygulanan sosyal izolasyonun, kadınların daha fazla etkilediği söylenebilir. Buna göre ani olarak gerçekleşen ve birçok bilinmeyenini içerisinde barındıran COVID-19'dan dolayı kadınların kendileri, aileleri, yakınları ve gelecekleriyle ilgili erkeklerden daha

fazla korku veya tedirginlik yaşadıkları anlaşılmaktadır. Literatürde COVID-19 pandemisinden psikolojik olarak kadınların erkeklere göre daha fazla etkilendiğini belirten birçok çalışma bulunmaktadır (Horesh ve ark., 2020; Laato ve ark., 2020; Özdin ve ark., 2020; Wang ve ark., 2020).

COVID-19 pandemi sürecinde yaş değişkeni üzerinden birçok çalışma yapıldığı literatürce görülmektedir. Bu çalışmaların ortaya çıkış hipotezlerinde izolasyon süreçlerinin bireylerin yaşları üzerinden ilerletilmesi olduğu söylenebilir. Ayrıca ileri yaş bireylerin pandemiden daha fazla etkilendiğinin de araştırmalar neticesinde bulunması izolasyon süreçlerinin yasa kapsamında yaş değişkeni üzerinden ilerlemesine neden olduğu görülmüştür. Araştırmamızda yetişkin bireylerin yaş değişkenine göre koronavirüs 19 fobi puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, bu araştırmanın bulgusuna tutarsız olarak, bireylerin COVID-19 fobisinin yaş değişkenine göre farklılaştığı bulgusuna ulaşılmıştır (Atılgan ve Aksoy, 2021; Cihan ve Durmaz, 2021; Lee ve ark., 2020). Örneğin, Atılgan ve Aksoy (2021) yaptıkları çalışmalarında “27 yaş ve üzeri katılımcıların COVID-19 fobi düzeylerinin diğer yaş gruplarına (18-20, 21-23, ve 24-26) göre anlamlı düzeyde yüksek” olduğu bulmuşlardır. Lee ve ark. (2020) yaptıkları çalışmalarında “psikolojik sıkıntı ile bağlantılı olan COVID-19 fobisinin genç yetişkinlerde daha fazla görülmesi olası olarak bildirirken, Cihan ve Durmaz (2021) ise bu çalışmanın bulgusu ile tutarlı olarak yaşlı bireylerin COVID-19 fobi düzeylerinin yüksek çıktığını” bildirmişlerdir.

Bu çalışmada, psikolojik sıkıntı değişkenine göre koronavirüs 19 fobisi arasındaki fark incelendiğinde anlamlı farklılık bulunmamıştır. “COVID-19 pandemi döneminde bireylerde yüksek korku, endişe, panik ve obsesif davranışlarla beraber COVID-19 fobisi (koronafobi) yeni bir fobi olarak” literatüre girdiğini belirtmiştir (Tarhan, 2020). Ancak, bu çalışmada psikolojik sıkıntı ve COVID-19 fobisi arasında anlamlı ilişki bulunamasa da başka bir çalışmada “COVID-19 pandemi sürecinde bireylerin psikolojik sıkıntılarının artış gösterdiği ve buna bağlı olarak COVID-19 fobisi geliştiği gösterilmiştir. Pandemi ile ilgili yeni bir yapı olan COVID-19 fobinin, psikolojik sıkıntı ile güçlü bir şekilde ilişki” olduğu vurgulanmıştır (Lee ve ark., 2020). Asmundson ve Taylor (2020) yaptıkları çalışmalarında, “yeni ortaya çıkan COVID-19 fobisinin, insan psikolojisi üzerinde büyük etkisi olduğunu belirtmiş ve bireylerde pandemi sebebiyle oluşan kaygı, panik, stres gibi psikolojik sıkıntı hallerinden

kaynaklı olarak COVID-19 fobide artış olduğunu” vurgulamıştır. Başka bir araştırmada da COVID-19 fobisinin ruh sağlığına etkisinin önemi vurgulanmıştır. “COVID-19 pandemisinin stresli olaylarının, genel halk arasında işlevsiz kaygı ve korkuya neden olduğu” belirtilmiştir (Singh ve Walia, 2021). Buna benzer şekilde başka bir araştırmada da “yüksek COVID-19 fobisi düzeyine sahip bireylerin daha yüksek düzeyde durumluk kaygı gösterme eğiliminde olduğu” tespit edilmiştir (Arpaci ve ark., 2021). Ayrıca “COVID-19 fobisinin, aşırı çaresizlik ve intihar düşüncesi gibi duygusal sıkıntılarla yakından ilişkili olduğu ve COVID-19 fobisinden kaynaklı intihar vakalarının bildirildiği” görülmektedir (Goyal ve ark., 2020; Asmundson ve Taylor, 2020). Literatürde psikolojik sıkıntı ile COVID-19 fobisinin ilişkili olduğu vurgulansa da bu araştırmada anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu durum, psikolojik sıkıntı yaşayan her bireyde COVID-19 fobisi gelişmeyeceği ihtimalini düşündürmektedir. Bireyler pandemi döneminde dönemsel olarak da psikolojik sıkıntılar yaşayabilir fakat bu kesin olarak her bireyde fobiye yol açacağı anlamına gelmeyebilir. Bir diğer açıklama da bu araştırmanın anketlerinin pandemi sürecinde kısıtlı örneklemeleriyle kısıtlı zamanda yapılmış olmasıdır. Ayrıca Koronavirüs-19 Fobisi yeni geliştirilmiş bir ölçektir ve COVID-19 fobisi literatüre çok yeni girmiş bir fobi türüdür ve bu da anlamlı sonuç çıkmamasına yol açmış olabilir. Özellikle Türkiye’de COVID-19 fobisi ve psikolojik sıkıntının ilişkisini ele alan kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Daha geniş örneklemelerle yapılacak araştırmaların bu konu hakkında daha fazla yorum yapılmasına ve COVID-19 fobisini daha iyi anlamamıza yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmada Sağlık Anksiyetesi puanlarının karşılaştırılması incelenmiş ve sonucunda yetişkin bireylerin cinsiyet, yaş, pandemi sürecinde evde yemek yeme davranışı artma durumu, psikiyatrik rahatsızlık durumu ve kronik hastalık durumlarına göre sağlık anksiyetesi puanları arasında anlamlı fark olduğu, medeni durum, BKİ, kendini kilolu olarak görme durumu, pandemide koronavirüse yakalanma durumu ve koronavirüs ile ilgili bilgileri takip etme sıklıklarına göre sağlık anksiyetesi puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Araştırmada cinsiyete göre sağlık anksiyetesi puanlarında kadınların erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, mevcut çalışma bulgularını destekleyen çalışmalar olduğu bulunmuştur (Halbreich, 2003; Kessler ve Wang, 2008; Michael ve ark., 2007; Morisson, 2014; Aktepe, 2022). Kadınların erkekler ile karşılaştırılmasında daha

yüksek sağlık anksiyetesi düzeyine sahip olması dikkat çekmektedir (Lewinsohn ve ark., 1993; Aktepe, 2022). Cinsiyetler arasındaki genel anksiyete farkının olası nedenleri incelendiğinde, sosyal yaşamda kadınların birçok alanda daha deavantajlı olduğu ve anksiyeteye neden olabilecek faktörler ile karşılaşma olasılığının daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Örneğin, kadınların erkeklerden daha sık fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddete maruz kaldığı, ekonomik problemlerle mücadele ettiği belirtilmektedir (Chambless, 1989). Kadınların çocukluk çağı kötüye kullanımı da anksiyeteye temel oluşturan bir diğer etken olabilmektedir. Fergusson ve ark. (2002) tarafından yapılan araştırmada anksiyeteye sahip kadınların çocukluk döneminde ihmal ve istismara daha sık maruz kaldığı bulunmuştur. Olumsuz yaşam olayları veya günlük rutindeki strese sebep olabilecek deneyimler anksiyetenin ortaya çıkmasında, kadınların ve erkeklerin bundan farklı oranlarda etkilenmesine sebep olabilmektedir. Bunun nedeninin, kadınların erkeklere oranla anksiyete oluşturabilecek stresörlere daha yoğun duygusal tepki vermeleri ve dışavurumlarının daha güçlü olmasının etkisi olduğu düşünülmektedir (Al-Ilssa, 1980). Araştırmalar, kadınların erkekler ile karşılaştırıldığında daha çok ruminasyon yaptıkları (Bekker, 2000), daha düşük düzeyde bilişsel esnekliğe sahip oldukları tespit edilmiştir (Yelpaze ve Yakar, 2019). Kadınlar biyolojik olarak anksiyeteye daha yatkın olabilmektedir. Gebelik süreci, premenstrual ve postpartum dönemleri anksiyete ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Arslan ve ark., 2011). Beyindeki serotonin incelendiğinde, erkekler ve kadınlar arasında farklılıklar olduğu, kadınlarda serotonin reseptörlerinin sayısının daha fazla olmasına karşın serotonin taşıyan proteinlerin oranının az olması anksiyeteye olan yatkınlığı arttırabilmektedir (Jovanovic, 2008). Bir araştırmada, beyindeki serotonin sisteminin kadınlarda ve erkeklerde farklılık gösterdiği bulunmuştur (Jovanovic, 2008). Bunun kadın ve erkeklerde farklı düzeydeki anksiyete oranını açıklayabilmektedir.

Araştırmada yetişkin bireylerin psikolojik rahatsızlık durumları ve kronik hastalık durumlarına göre sağlık anksiyete puanları arasında anlamlı farkın olduğu, kronik hastalığa sahip bireylerin ve psikolojik rahatsızlık durumu olan yetişkinlerin sağlık anksiyetesi puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, Hacıhasanoğlu ve ark. (2010) tarafından yapılan araştırmada sağlık ocağına başvuran ve kronik bir hastalık tanısına sahip olan kişilerle çalışılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre; kronik hastalığa sahip olan kişilerin anksiyete puanlarının yüksek düzeyde

olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalıkların uzun süreli olması, çeşitli işlev kayıplarına yol açabilmesi, yıllar süren tedavi sürecinin olması gibi nedenlerden ötürü psikiyatrik bozukluğa da neden olabilmektedir (Bilir, 2006; Gagnon ve Patten, 2002). Kronik hastalıklar bireylerin yaşam kalitesini düşürebilir, doğrudan biyolojik sisteme etki ederek anksiyeteyi tetikleyebilir (Soyuer ve Ünal, 2006). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'na sahip bireyler ile yapılan bir araştırmada da katılımcıların yüksek düzeyde anksiyeteye sahip olduğu bulunmuştur (Dural ve Sarıtaş, 2019). Buldan ve Kurban (2018) tarafından yapılan araştırmada da kronik rahatsızlığa sahip olan bireylerin anksiyete puanları yüksek bulunmuştur.

Araştırmada yetişkin bireylerin koronavirüse yakalanma durumları ile sağlık anksiyetesi puanları arasında anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur. Literatür incelendiğinde araştırmanın aksine bulgular olduğu bulunmuştur. COVID-19 tanısı alan bireylerin tanı almayanlara oranla daha yüksek düzeyde anksiyete belirtileri gösterdiği bulunmuştur (Lu ve ark., 2020). COVID-19 tanısı alıp hastanede yatarak tedavi alan bireyler ile yapılan araştırmada ise anksiyete düzeyi ve uyku problemleri incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre; bireylerin anksiyete ve uyku problemlerinin düzeyi yüksek bulunmuştur (Egeli ve ark., 2021). Yılbaş (2021) tarafından yapılan bir araştırmada ise COVID-19 tanısı aldıktan sonra iyileşme dönemine giren bireyler psikiyatrik açıdan değerlendirilmiştir. Katılımcılarda görülen psikiyatrik tanılar oran olarak çoktan aza doğru; anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, bedensel belirti bozukluğu, majör depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, uyku bozukluğu olarak sıralanmaktadır. Bu araştırma bulguları güncel araştırmanın bulguları ile çelişmektedir. Bunun olası sebeplerinden biri katılımcıların her iki gruptaki dağılımının eşit olmamasından ve çoğunluğun tanı almamış olmasından kaynaklanabilir. COVID-19 tanısı almamış bireyler ile yapılan bazı araştırmalarda da 2020'nin yaz mevsimine doğru tanı almamış kişilerde anksiyete semptomlarının değişimi değerlendirilmiştir ve COVID-19 tanısı almamış kişilerin kaygı düzeylerinde anlamlı bir düşüş olduğu saptanmıştır (Kujawa ve ark., 2020). COVID-19'un ilk çıktığı andan şimdiye kadar geçilen sürede aşı çalışmalarının yapılması, tedavi seçeneklerinin oluşmaya başlaması veya bireylerin "yeni normal"e ayak uydurmaya başlaması zamanla anksiyeteyi azaltabilir. Bir yas süreci gibi küresel yaşanan bu krizde de bireyler değişen yaşam düzenlerini önce inkâr edebilir,

öfkelenebilir, anksiyete düzeyi artabilir, depresif hissedebilir en sonunda bu süreci kabullenip ayak uydurmaya çalışabilir.

Araştırmada Duygusal Yeme puanlarının karşılaştırılması incelenmiş ve sonucunda yetişkin bireylerin cinsiyet, yaş, medeni durum, BKİ, kendini kilolu olarak görme durumu, pandemi sürecinde evde yemek yeme davranışı artma durumu, psikiyatrik rahatsızlık durumu ve koronavirüs ile ilgili bilgileri takip etme sıklıklarına göre duygusal yeme puanları arasında anlamlı fark olduğu, kronik rahatsızlık durumu ve pandemide koronavirüse yakalanma durumlarına göre duygusal yeme puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Araştırmada cinsiyete göre duygusal yeme puanlarında kadınların erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde De Lauzon ve ark. (2004), cinsiyetler arası karşılaştırmada kadınların duygusal yeme puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Bir başka çalışmada benzer şekilde kadınlarda duygusal yeme puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Nagl ve ark., 2016). Ayrıca Camilleri ve ark. (2014) yaptıkları çalışmalarında kadınlarda erkeklerden fazla duygusal yeme durumu olduğunu belirtmişlerdir. Peneau ve ark. (2013) yaptıkları çalışmalarında duygusal yeme skorları incelendiğinde kadınlarda duygusal yeme skorlarının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu belirtmişlerdir. Choi (2020), kız öğrencilerde duygusal yemenin birincil nedeninin stres olduğu ve sıklıkla bunu suçluluk duygusunun izlediği, erkek öğrencilerde ise duygusal yemenin birincil nedeninin can sıkıntısı ve endişe gibi duygular olduğu ve duygusal yemenin ardından duyulan suçluluk duygusunun erkeklerde kızlardan daha az olduğunu belirtmiştir. Kadınların erkeklere göre sorunlarla başa çıkma yönteminin, yeme davranışı olarak ortaya koyduğunu söyleyebiliriz. Bununla birlikte toplumsal baskıda kadınlara yöneltilen beden algısı; özellikle fit olma veya ideal kiloda olma gibi durumlar, kadınlar üzerinde daha fazla psikolojik baskıya neden olup daha fazla duygusal yemeye yönlendirdiği düşünülebilir.

Araştırmada yetişkin bireylerin yaşlarına göre sağlık anksiyetesi puanları arasında anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur. Literatür incelendiğinde Konttinen ve ark. (2010) duygusal yeme semptomlarını inceledikleri çalışmalarında bireylerin yaşlarına göre sağlık anksiyete puanları arasında anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda genç bireylerde daha yüksek düzeyde duygusal yeme davranışının görülmesinin bir sebebi, günümüzde ince beden olgusunun idealize

edilmesiyle bu görüntüye ulaşmak için genç bireylerin aşırı katı uygulamalar gerçekleştirmesi olabilir. Katı uygulamalar gerçekleştiren bireyin ya hep ya hiç inancı dolayısıyla aşırı yeme ve katı diyet uçları arasında gidip gelmesi, dolayısıyla da gerçek ve ideal arasında tutarsızlık yaşaması muhtemeldir. Bu tutarsızlık sonucunda ise genç birey, vücut memnuniyetsizliği yaşayabilir ve bu memnuniyetsizliğin yarattığı olumsuz duygulanım sebebiyle duygusal yemeye daha duyarlı hale geliyor olabilir. Son olarak genç bireylerde daha çok görülmesinde beliren yetişkinlik dönemi etkili olabilir. Buna göre Arnet (2000) “18-25 yaşlarını kapsayan bu dönemde, gelişimsel birtakım zorlukların yaşandığını, sosyal beklentiler, rol değişimleri ve kimlik arayışı gibi çözülmesi gereken olguların olduğunu, bir yandan özgürleşmeye çalışılıp bir yandan yetişkin sorumluluklarının tam olarak alınmadığını” belirtir. Dönemin bu özellikleri sebebiyle duygusal zorlanmalar, isteksizlik, kaygı ve kontrolünü kaybetme hissi yaşama eğilimi daha fazla olabilir. Yaşanabilecek bu olumsuz duygulanımlar da duygusal aşırı yeme davranışında etkili olmuş olabilir.

Araştırmada yetişkin bireylerin BKİ gruplarına göre duygusal yeme puanları arasında anlamlı farkın olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde Cansız (2019) yaptığı çalışmasında BKİ ile duygusal yeme ölçeğinin puanlarını kıyasladığında anlamlı farkın olduğu sonucuna ulaşmıştır. Geliebter ve ark. (2003) zayıf bireylerin, normal ve fazla kilolu bireylere kıyasla olumsuz duygular karşısında daha az yediklerini ortaya koymuşlardır. Fakat bu çalışmada şaşırtıcı olan sonuç zayıf bireylerin olumlu duygular karşısında normal ve hafif kilolu bireylere kıyasla daha çok yediği olmuştur. Benzer bir görüş olarak Sevinçer ve Konuk (2013) olumsuz duygular karşısında fazla kilolu bireylerin yeme eğilimi artarken, normal kilolu bireylerde yeme eğiliminin azaldığını söylemiştir. Kontinen ve ark. (2010) yaptıkları çalışmanın sonucunda duygusal yeme puanları ile bireylerin BKİ grupları arasında anlamlı fark olduğunu belirtmişlerdir. Dinçer (2019) genç yetişkinler üzerinde yaptığı çalışmasında bireylerin BKİ gruplarına göre duygusal yeme puanlarında anlamlı farkın olduğunu belirtmiştir. Girgin (2018) yapmış olduğu çalışmada obez ve normal bireylere duygusal yeme puanlarının BKİ değerlerine göre kıyaslama yapmış ve obez bireylerin normal bireylere göre daha çok duygusal yeme davranışı gösterdiğini belirlemiştir. Kontinen ve ark. (2009), 5024 yetişkin üzerinde yürüttükleri çalışmada obez ve fazla kilolu olan bireylerde duygusal yeme puanı normal kilolu bireylere kıyasla daha yüksek çıkmıştır. Literatürde çalışma bulgularına benzer sonuçların olduğu

bulunmuştur (Anschutz, 2008; Seven, 2013; Lazarevich ve ark., 2016; Köse, 2017; Türkcan, 2019).

Araştırmada koronavirüs 19 fobi puanları ile duygusal yeme puanları arasında anlamlı pozitif korelasyonun olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, Katra (2021) yaptığı çalışmada koronavirüs 19 fobi puanları ile duygusal yeme puanları arasında anlamlı korelasyonun olduğunu belirtmiştir. Ilktac ve ark. (2021) gerçekleştirdikleri bir çalışmada “COVID-19 korkusunun duygusal yeme üzerine etkisinin minimal düzeyde olduğunu” belirtmişlerdir. COVID-19 pandemi sürecinde COVID-19 korkusunun duyguları etkilemesi, bu durumun bireylerin duygusal anlarında yemek yeme belirtilerinde yetersizliğe sebep olabileceği düşünülebilir. Benzer şekilde Pak ve ark., (2021) “COVID-19 fobisi ve duygusal yeme arasında pozitif yönde ilişki olduğunu” belirtmişlerdir.

Araştırmada koronavirüs 19 fobi puanları ile sağlık anksiyetesi puanları arasında anlamlı pozitif korelasyonun olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, Al-Shannaq ve ark. (2021) çalışmada “koronavirüs 19 fobi puanları ile sağlık anksiyete puanlarıyla anlamlı ilişki olduğunu” rapor etmiştir. Bakioğlu ve ark. (2020) gerçekleştirdikleri bir çalışmada “katılımcıların COVID-19 korkusunun artmasıyla birlikte anksiyete düzeylerinin de arttığını” belirtmişlerdir. Gritsenko ve ark. (2020) “Rusya ve Belarus da öğrenim gören üniversite öğrencileri üzerine gerçekleştirdikleri bir çalışmada öğrencilerin koronavirüs 19 fobi düzeyleri ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu” belirtmiştir. Alnazly ve ark. (2021) sağlık çalışanları üzerine gerçekleştirdikleri bir çalışmada “COVID-19 fobisinin artmasıyla birlikte depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin de arttığını” belirtmiştir. Belen (2021) gerçekleştirdiği çalışmada “COVID-19 korkusunun anksiyeteye pozitif yönde anlamlı ilişkisi olduğunu” belirtmiştir. Literatürden elde edilen sonuçlar ve araştırmamızdaki bulgulardan anlaşılabileceği üzere örneklem farklı olsa dahi katılımcıların koronavirüs 19 fobisinin sağlık anksiyete puanlarıyla ilişkili bir değişken olduğu görülmektedir.

Araştırmada sağlık anksiyete puanları ile duygusal yeme puanları arasında anlamlı pozitif korelasyonun olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, Papandreou ve ark. (2020) COVID-19 pandemi sürecinde gerçekleştirdikleri bir çalışmada “katılımcıların duygusal yeme davranışları ve sağlık anksiyete puanları arasında anlamlı korelasyon olduğunu” belirtmiştir. Shen ve ark. (2020)

gerçekleştirdikleri bir çalışmada “sağlık anksiyete puanları ile duygusal yeme puanları arasında istatistiksel olarak korelasyon olduğunu” belirtmiştir. Bir başka çalışmada zdemir (2015) “duygusal yeme puanı yüksek olan bireylerin, duygusal yeme puanı düşük olan bireylere göre sağlık anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu” rapor etmiştir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Yetişkin bireylerin COVID-19 korkusu ve sağlık anksiyetesinin duygusal yeme davranışı üzerine etkisini incelemek amacı ile yapılan çalışmanın sonuçları incelendiğinde, Koronavirüs 19 Fobisi puanlarının yetişkinlerin cinsiyetlerine, medeni durumlarına, kendini kilolu olarak görme durumlarına, pandemi sürecinde evde yemek yeme davranışı artma durumlarına ve koronavirüs ile ilgili bilgileri takip etme sıklıklarına göre, sağlık anksiyetesi puanlarının yetişkinlerin cinsiyetlerine, yaşlarına, pandemi sürecinde evde yemek yeme davranışı artma durumlarına, psikiyatrik rahatsızlık durumlarına ve kronik hastalık durumlarına göre, duygusal yeme puanlarının yetişkinlerin cinsiyetlerine, yaşlarına, medeni durumlarına, BKİ gruplarına, kendini kilolu olarak görme durumlarına, pandemi sürecinde evde yemek yeme davranışı artma durumlarına, psikiyatrik rahatsızlık durumlarına ve koronavirüs ile ilgili bilgileri takip etme sıklıklarına göre anlamlı fark olduğu bulunmuştur.

Ölçekler arasındaki korelasyonların incelenmesi sonucunda, yetişkin bireylerin Koronavirüs 19 Fobisi puanları ile Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanları arasında, Duygusal Yeme puanları ile Sağlık Anksiyetesi puanları arasında ve Koronavirüs 19 Fobisi puanları ile Duygusal Yeme puanları arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur.

Koronavirüs 19 Fobisi puanları ve Sağlık Anksiyetesi puanlarının Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği puanları üzerindeki etkisinin incelenmesi sonucunda, Koronavirüs 19 Fobisi'nin tüm alt boyutlarının ve toplam puanlarının, sağlık anksiyetesi'nin tüm alt boyutlarının ve toplam puanlarının duygusal yeme puanları üzerinde istatistiksel olarak etkisinin olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

1. Yapılacak çalışmanın daha farklı ve daha kapsamlı örneklemelerle desteklenmesi,

2. Sağlık anksiyetesi yüksek olan yetişkinlerin duygusal yeme eğiliminde olduğu göz önünde bulundurularak bireylere anksiyete yönetimi hakkında bilgi verilmeli, duygusal yemenin şiddeti izlenmeli ve gerekli önlemlerin alınması,
3. Pandemi döneminde virüs hakkında doğru bilgiye ulaşabilmekte önemlidir. Sosyal medyadan veya televizyondan sürekli olarak salgınla ilgili haberlere maruz kalmakta bireylerin hem sağlık anksiyetesini hem de korku ve anksiyete düzeylerini arttırabilmektedir. Bu kapsamda, toplumun anksiyete düzeyini azaltmak için yetkililerin düzenli olarak kamuoyuna bilgi verilmesi,
4. İleride oluşabilecek yeni pandemi süreçlerinde kayıpların daha az olması, daha az sürmesi vb. gibi durumlar için pandemi sürecinin geniş çaplı araştırmalarla desteklenmesi ve literatüre kazandırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abajo, F. J., Rodríguez-Martín, S., Lerma, V., Mejía-Abril, G., Aguilar, M., García-Luque, A., & Elvira, C.** (2020). Use of renin–angiotensin–aldosterone system inhibitors and risk of COVID-19 requiring admission to hospital: a case–population study. *The Lancet*, 395(10238), 1705-1714.
- Abraham, S. F., & Beumont, P. J. V.** (1982). How patients describe bulimia or binge eating. *Psychological medicine*, 12(3), 625-635.
- Abramovitch, A., Dar, R., Schweiger, A., & Hermesh, H.** (2011). Neuropsychological impairments and their association with obsessive–compulsive symptom severity in obses-sive–compulsive disorder. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 26(4), 364– 376.
- Abramovitch, A., McCormack, B., Brunner, D., Johnson, M., & Wofford, N.** (2019). The impact of symptom severity on cognitive function in obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 67, 36-44.
- Adriaanse, M. A., de Ridder, D. T., & Evers, C.** (2011). Emotional eating: eating when emotional or emotional about eating?. *Psychology and Health*, 26(1), 23-39.
- Agras, W. S.** (2010). *The Oxford handbook of eating disorders*. Oxford University Press.
- Ai, T., Yang, Z., Hou, H., Zhan, C., Chen, C., Lv, W., & Xia, L.** (2020). Correlation of chest CT and RT-PCR testing in coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: a report of 1014 cases. *Radiology*.
- Akalın, B., & Modanlıoğlu, A.** (2021). Covid-19 Sürecinde Yoğun Bakımda Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Duygu-Durum ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2).
- Aktepe, İ.** (2022). Covid-19 Pandemi Sürecinde Yaygın Anksiyetenin Sağlık Anksiyetesi, Bilişsel Esneklik ve Covid-19 Korkusu Bağlamında Yordanması. Yüksek Lisans Tezi, Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Diyarbakır.
- Alantar, Z., & Maner, F.** (2008). Ba lanma kuramı açısından yeme bozuklukları. *Psychiatry*, 9, 97-104.
- Al-Ilssa, I.** (1980). *The Psychopathology of Women*. New Jersey: Englewood Cliffs.
- Alimoğlu, O., Erol, C. I., Kayali, A., Acar, M., Colapkulu, N., Leblebici, M., & Ekinci, O.** (2020). Emergency surgery during COVID-19 pandemic; what has changed in practice?. *Journal of British Surgery*, 107(12), e581-e582.
- Alnazly, E., Khraisat, O. M., Al-Bashaireh, A. M., & Bryant, C. L.** (2021). Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *PLoS ONE*, 16(3), e0247679.

- Al-Shannaq, Y., Mohammad, A. A., & Khader, Y.** (2021). Psychometric Properties of the Arabic Version of the Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S) Among Jordanian Adults. *Int J Ment Health Addict*, 18, 1-14.
- Al-Tawfiq, J. A.** (2013). Middle East respiratory syndrome- coronavirus infection: an overview. *J Infect Public Health*, 6(5), 319-22.
- AMNESTY.** (2022a). <https://www.amnesty.org/en/latest/press-release/2021/03/covid-19-health-worker-death-toll-rises-to-at-least-17000-as-organizations-call-for-rapid-vaccine-rollout/> erişim tarihi: 31 Ekim 2021
- AMNESTY.** (2022b). <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2020/09/mapping-covid-19-health-worker-deaths/> Erişim Tarihi: 10 Ocak 2022
- American Psychiatric Association (APA).** (2001). *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders*, Text Revised, Washington, DC, 4th edition.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (APB).** (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5), Tanı Ölçütleri El Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Amodio, D. M., Harmon-Jones, E., Devine, P. G., Curtin, J. J., Hartley, S. L., & Covert, A. E.** (2004). Neural Signals for the Detection of Unintentional Race Bias. *Psychological Science*, 15(2), 88–93.
- Andreasen N.C., & Black D.W.** (2001). *Eating Disorders: Introductory Textbook of Psychiatry*. Washington DC, American Psychiatric Publishing, Inc,
- Anschutz, D. J., Engels, R. C., & Van Strien, T.** (2008). Susceptibility for thin ideal media and eating styles. *Body image*, 5(1), 70-79.
- Anderson, S. M., & Limpert, C.** (2001). Future-event schemas: automaticity and rumination in major depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 311-333.
- Anderson, K. N., Pilsworth, S., Sharples, L. D., Smith, I. E., & Shneerson, J. M.** (2007). Idiopathic hypersomnia: a study of 77 cases. *Sleep*, 30(10), 1274–81.
- Arnet, J. J.** (2000). Emerging Adulthood: A Theory Of Development From The Late Teens Through The Twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.
- Arnold, B., Kenardy, J., & Agras, W. S.** (1995). The emotional eating scale: the development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 79–90.
- Arpaci, I., Karatas, K., Baloglu, M., & Haktanir, A.** (2021). COVID-19 Phobia in the United States: Validation of the COVID-19 Phobia. *Death Studies*, 1-7.
- Arslan, G., Yıldırım, M., & Aytac, M.** (2020). Subjective Vitality and Loneliness Explain How Coronavirus Anxiety Increases Rumination Among College Students. *Death studies*, 1–10.
- Aslan, R.** (2020). Tarihten günümüze epidemiler, pandemiler ve COVID-19. *Ayrıntı Dergisi*, 8(65), 35-41.
- Asmundson, G. J., Abramowitz, J. S., Richter, A. A., & Whedon, M.** (2010). Health anxiety: current perspectives and future directions. *Current psychiatry reports*, 12(4), 306-312.
- Asmundson, G., & Taylor, S.** (2020). Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of anxiety disorders*, 70.

- Atılgan, D., & Aksoy, C.** (2021). Investigation of COVID-19 Phobia and Satisfaction with Life Levels of Students Taking Special Talent Entrance Exams. *International Journal of Modern Education Studies*, 5(1), 75-91.
- Avçin, E., & Erkoç, B.** (2021). Covid-19 Pandemi Sürecinde Sağlık Anksiyetesi, Yaşam Doyumu ve İlişkili Değişkenler. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (17), 1-13.
- Badre, D.** (2008). Cognitive control, hierarchy, and the rostro-caudal organization of the frontal lobes. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(5), 193-200.
- Badre, D.** (2011). Defining an ontology of cognitive control requires attention to component interactions. *Topics in Cognitive Science*, 3(2), 217-221.
- Bailer, U. F., & Kaye, W. H.** (2010). Serotonin: Imaging Findings in Eating Disorders. *Behavioral Neurobiology of Eating Disorders*, 6, 59-79.
- Bakioğlu, F., Korkmaz, O., & Ercan, H.** (2020). Fear of COVID-19 and positivity: mediating role of intolerance of uncertainty, depression, anxiety, and stress. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 28, 1-14.
- Banich, M. T.** (2009). Executive Function: The Search for an Integrated Account. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 89-94.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakersman-Kranenburg, M. J. ve van Ijzendoorn, M. H.** (2007). Threat-related attentional bias in anxious and non-anxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133(1), 1-24.
- Barsky, A. J., Wool, C., Barnett, M. C., & Cleary, P. D.** (1994). Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 397-401.
- Bas, M., Asci, F. H., Karabudak, E., & Kiziltan, G.** (2004). Eating attitudes and their psychological correlates among Turkish adolescents. *Adolescence*, 39(155), 593-600.
- Bayram, F., Özkamalı, E., & Çiftçi, S.** (2021). Tercih Sürecindeki Üniversite Adaylarının Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Bilişsel Esneklik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(7), 98-120.
- Bayülgen, M. Y., Bayülgen, A., Yeşil, F. H., & Türksever, H. A.** (2021). Covid-19 Pandemisi Sürecinde Çalışan Hemşirelerin Anksiyete ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 3(1), 1-6.
- Beckwé, M., Deroost, N., Koster, E. H., De Lissnyder, E., & De Raedt, R.** (2014). Worrying and rumination are both associated with reduced cognitive control. *Psychological research*, 78(5), 651-660.
- Bekker, M. H. J.** (2000). Agoraphobia: Sex specific stress or sex specific stressors?. *Women, health and the mind*, 91-114.
- Belen, H.** (2022). Fear of COVID-19 and mental health: The role of mindfulness in during times of crisis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(1), 607-618.
- Berenbaum, H., Bredemeier, K., & Thompson, R. J.** (2008). Intolerance of uncertainty: Exploring its dimensionality and associations with need for

- cognitive closure, psychopathology, and personality. *Journal of anxiety disorders*, 22(1), 117-125.
- Bilgin, M.** (2009). Developing a Cognitive Flexibility Scale: Validity and reliability studies. *Social Behavior and Personality*, 37(3), 343-353.
- Bilir, N.** (2006). Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3), 1-6.
- Birimoğlu Okuyan, C., Güneş, E., & Yeşilyurt, E.** (2020). COVID-19 Pozitif Hastaya Hemşirelik Bakımı Veren Bir Hemşirenin Deneyimleri: Olgu Sunumu. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 705–708.
- Birrell, J., Meares, K., Wilkinson, A., & Freeston, M.** (2011). Toward a definition of intolerance of uncertainty: A review of factor analytical studies of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1198–1208.
- Blair, A. J., Lewis, V. J., & Booth, D. A.** (1990). Does emotional eating interfere with success in attempts at weight control? *Appetite*, 15, 151–157.
- Bora, E., Fornito, A., Pantelis, C., & Yücel, M.** (2012). Gray matter abnormalities in major depressive disorder: A meta-analysis of voxel based morphometry studies. *Journal of Affect Disorders*, 138(1-2), 9-18.
- Borkovec, T. D., & Inz, J.** (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behavior Research and Therapy*, 28(2), 153–158.
- Boswell, J. F., Thompson-Hollanda, J., Farchione, T.J., & Barlow, D. H.** (2013). Intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 69(6), 630-645.
- Bower, G. H.** (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36(2), 129–148.
- Braver, T. S.** (2012). The variable nature of cognitive control: a dual mechanisms framework. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(2), 106–113.
- Brockmeyer, T., Ingernerf, K., Walther, S., Wild, B., Hartmann, M., Herzog, W., Bents, H., & Friederich, H. C.** (2013). Training cognitive flexibility in patients with anorexia nervosa: A pilot randomized controlled trial of cognitive remediation therapy. *International Journal of Eating Disorders*, 47(1), 24-31.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H.** (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in Clinical Samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 79- 89.
- Brown, R. G., & Marsden, C. D.** (1988). Internal versus external cues and the control of attention in Parkinson's disease. *Brain*, 111(2). 323-345.
- Bruch, H.** (1961). Psychological aspects in overeating and obesity. *Psychosomatics*, 5, 269–274.
- Bruch, H.** (1964). Psychological aspects in overeating and obesity. *Psychosomatics*, 5, 269 – 274.
- Bruch, H.** (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H.** (1996). *Eating disorders*. New York: Basic Books.

- Bruch, H.** (1997). Obesity in childhood and personality development. *Obesity Research*, 5(2), 157-161.
- BSTİ,** (2022). https://www.bsti.org.uk/media/resources/files/BSTI_COVID19_Radiology_Guidance_version_2_16.03.20.pdf Erişim tarihi: 9 Ocak 2022
- Budak, F., & Korkmaz, Ş.** (2020). COVID-19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme: *Türkiye Örneği. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 62-79.
- Budner, N. Y.** (1962). Intolerance of ambiguity as a personality variable. *Journal of personality*, 30(1), 29-50.
- Buhr, K., & Dugas, M. J.** (2002). The intolerance of uncertainty scale Psychometric properties of the english version. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), 931-945.
- Buldan, Ö., & Kurban, N. K.** (2018). Kronik Hastalığı Olan Olguların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Hemşirelik Bakımı Algısı Arasındaki İlişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(4), 274-282.
- Bulik, C. M., & Kendler, K. S.** (2000). I Am What I (Don't) Eat: Establishing an Identity Independent of an Eating Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1755-1760.
- Butzer, B., & Kuiper, N. A.** (2006). Relationships between the frequency of social comparisons and self-concept clarity, intolerance of uncertainty, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences*, 41(1), 167-176.
- Camilleri G. M., Méjean, C., Kesse-Guyot, E., Andreeva, V. A., Bellisle, F., Heberg, S., & Peneau, S.** (2014), The Associations between Emotional Eating and Consumption of Energy-Dense Snack Foods Are Modified by Sex and Depressive Symptomatology, *The Journal of Nutrition*, 114(8), 1264-1273.
- Campbell, J. D., & Tesser, A.** (1983). Motivational interpretations of hindsight bias: An individual difference analysis. *Journal of Personality*, 51(4), 605-620.
- Cañas, J., Quesada, J., Antolí, A., & Fajardo, I.** (2003). Cognitive flexibility and adaptability to environmental changes in dynamic complex problem-solving tasks. *Ergonomics*, 46(5), 482-501.
- Canetti, L., Bachar, E., & Berry, E. M.** (2002). Food and emotion. *Behav Processes*, 60,157-64.
- Cansız, S.** (2019). Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Medya Bağımlılığı ve Duygusal Yeme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J.** (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*, 287, 112934.
- Carleton, R. N., Norton, M. A. P. J., & Asmundson, G. J. G.** (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 105-117.
- Carleton, R.N., Sharpe, D., & Asmundson, G. J. G.** (2007). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Requisites of the fundamental fears? *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2307-2316.

- Carr, A. T.** (1974). Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 81(5), 311–318.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A.** (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta Cognitive Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(3), 279-296.
- CBDDO.** (2022a). <https://corona.cbddo.gov.tr/> Erişim Tarihi: 10 Ocak 2022.
- CBDDO.** (2022b). <https://corona.cbddo.gov.tr/Home/DeathConfirmedRatio> Erişim Tarihi: 10 Ocak 2022.
- CDC.** (2022a). <https://www.cdc.gov/coronavirus/mers/about/symptoms> Erişim tarihi: 8 Ocak 2022.
- CDC.** (2022b). <https://www.cdc.gov/coronavirus/mers/about/index.html> Erişim tarihi: 8 Ocak 2022.
- CDC.** (2022c). <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/sars-cov-2-transmission.html> Erişim Tarihi: 20 Haziran 2021.
- CDC.** (2022d). <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/sars-cov-2-transmission.html> Erişim Tarihi: 20 Haziran 2021.
- CDC.** (2022e). <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6919e6.htm?fbclid=IwAR1rGtDXh1Hd9ltZKIVcGeM9o9IEhuFTPElzfkGq7h2SulBk6xY79eaaGG>. Erişim Tarihi: 10 Haziran 2021.
- CDC.** (2022f). <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptomstesting/symptoms.html> Erişim tarihi: 31 Ekim 2021.
- CDC.** (2022g). <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/lab/guidelines-clinical-specimens.html> Erişim Tarihi: 8 Ocak 2022.
- Cebeci, S. P., & Hilal, K. A. R. A.** (2021). Corona Virüslü hastalara bakım veren hemşirelerde depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 46-56.
- Chamberlain, S. R., Fineberg, N. A., Blackwell, A. D., Robbins, T. W., & Sahakian, B. J.** (2006). Motor inhibition and cognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *The American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1282–1284.
- Channon, S.** (1996). Executive dysfunction in depression: The Wisconsin Card Sorting Test. *Journal of Affective Disorders*, 39(2), 107–114.
- Channon, S., & Green, P. S. S.** (1999). Executive function in depression: the role of performance strategies in aiding depressed and non-depressed participants. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 66(2), 162–171.
- Chen, W., Lan, Y., Yuan, X., Deng, X., Li, Y., Cai, X., & Tang, X.** (2020). Detectable 2019-nCoV viral RNA in blood is a strong indicator for the further clinical severity. *Emerging microbes & infections*, 9(1), 469-473.
- Chesler, B. E.** (2012). Emotional Eating: A virtually untreated risk factor for outcome following bariatric surgery. *The Scientific World Journal*.
- Chew, N. W., Lee, G. K., Tan, B. Y., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J., & Sharma, V. K.** (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes

- and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 559-565.
- Choi, J.** (2020). Impact Of Stress Levels On Eating Behaviors Among College Stundets. *Nutrients* 12(5):1-10.
- Choi, K. R., Jeffers, K. S., & Logsdon, M. C.** (2020). Nursing and the novel coronavirus: Risks and responsibilities in a global outbreak. *Journal of advanced nursing*.
- Choi, E. P. H., Hui, B. P. H., & Wan, E. Y. F.** (2020). Depression and anxiety in Hong Kong during COVID-19. *International journal of environmental research and public health*, 17(10), 3740.
- CHS.** (2022). [https:// www.centerforhealthsecurity.org/resources/COVID-19/COVID-19-fact sheets/200228-Serology-testing-COVID.pdf](https://www.centerforhealthsecurity.org/resources/COVID-19/COVID-19-fact-sheets/200228-Serology-testing-COVID.pdf). Erişim tarihi: 28 Mart 2021.
- Ciarrochi, J., Said, T., & Deane, F. P.** (2005). When simplifying life is not so bad: the link between rigidity, stressful life events, and mental health in an undergraduate population. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33(2), 185–197.
- Cihan, F. C., & Durmaz, F. G.** (2021). Evaluation of COVID-19 phobia and the feeling of loneliness in the geriatric age group. *The International Journal Of Clinical Practice*, 75(6).
- Ciotti, M., Ciccozzi, M., Terrinoni, A., Jiang, W. C., Wang, C. B., & Bernardini, S.** (2020). The COVID-19 pandemic. *Critical reviews in clinical laboratory sciences*, 57(6), 365-388.
- Clark, D. A., & Beck, A. T.** (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(9), 418-24.
- Clemmensen, C., Petersen, M. B., & Sorensen, T. I. A.** (2020). Will the COVID-19 pandemic worsen the obesity epidemic? *Nature Reviews Endocrinology*, 16(9), 469-470.
- Cochrane, C. E., Brewerton, T. D., Wilson, D. B., & Hodges, E. L.** (1993). Alexithymia in the eating disorders. *Int J Eat Disord.* 14(2), 219-222.
- Colavita, F., Lapa, D., Carletti, F., Lalle, E., Bordi, L., Marsella, P., & Castilletti, C.** (2020). SARS-CoV-2 isolation from ocular secretions of a patient with COVID-19 in Italy with prolonged viral RNA detection. *Annals of internal medicine*, 173(3), 242-243.
- Cropley, M., & MacLeod, A. K.** (2003). Dysphoria, attributional reasoning and future event probability. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(4), 220–227.
- Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Simonich, H., Smyth, J., & Mitchell, J. E.** (2009). Daily mood patterns and bulimic behaviors in the natural environment. *Behaviour research and therapy*, 47(3), 181-188.
- Çelik, S. U., Çetinkaya, Ö., & Tüzüner, A.** (2020). Cerrahi ve COVID-19. *Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği.*, Ankara.
- Çiftçi, E., & Çoksüer, F.** (2020). Yeni koronavirüs infeksiyonu: COVID-19. *Flora Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Dergisi*, 25(1), 9-18.

- Çifçi, F., & Demir, A.** (2020). The Effect of Home-Based Exercise on Anxiety and Mental Well-Being Levels of Teachers and Pre-Service Teachers in COVID-19 Pandemic. *African Educational Research Journal*, 8, 20-28.
- D'Alcante, C. C., Diniz, J. B., Fossaluza, V., Batistuzzo, M. C., Lopes, A.C., Shavitt, R. G., & Hoexter, M. Q.** (2012). Neuropsychological predictors of response to randomized treatment in obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 39(2), 310–317.
- Deák, G. O.** (2003). *The development of cognitive flexibility and language abilities*, Advances in child development and behavior, Burlington: Academic Press.
- Dajani, D. R., & Uddin, L. Q.** (2015). Demystifying cognitive flexibility: Implications for clinical and developmental neuroscience. *Trends in Neurosciences*, 38(9), 571–578.
- Davis, R. N. ve Nolen-Hoeksema, S.** (2000). Söylentiler ve konuşmacılar arasında bilişsel esneklik. *Bilişsel Terapi ve Araştırma*, 24(6), 699–711.
- Dawson, D. L., & Golijani-Moghaddam, N.** (2020). COVID-19: Psychological flexibility, coping, mental health, and wellbeing in the UK during the pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 14, 126-134.
- De Lauzon, B., Romon, M., Deschamps, V., Lafay, L., Borys, J. M., Karlsson, J., Ducimetiere, P., & Charles, M. A.** (2004). The Three-Factor Eating Questionnaire- R18 Is Able To Distinguish Among Different Eating Patterns In A General Population. *The Journal Of Nutrition*, 134, 2372-2380.
- Delibaş, L.** (2021). COVID-19 fobisi ve endişe şiddeti; meslek yüksekokulu örneği. *Hastane Öncesi Dergisi*, 6(2), 201-212.
- Demeyer, I., De Lissnyder, E., Koster, E. H. W., & De Raedt, R.** (2012). Rumination mediates the relationship between impaired cognitive control for emotional information and depressive symptoms: a prospective study in remitted depressed adults. *Behaviour Research and Therapy*, 50(5), 292-297.
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S.** (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 241–253.
- De Raedt, R., & Koster, E. H. W.** (2010). Understanding vulnerability for depression from a cognitive neuroscience perspective: A reappraisal of attentional factors and a new conceptual model. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 10(1), 50–70.
- Derakshan, N., & Eysenck, M. W.** (2009). Anxiety, processing efficiency, and cognitive performance: New developments from attentional control theory. *European Psychologist*, 14(2), 168–176.
- Derakshan, N., Salt, M., & Koster, E. H. W.** (2009). Attentional control in dysphoria: an investigation using the antisaccade task. *Biological Psychology*, 80(2), 251-255.
- Desimone, R., & Duncan, J.** (1995). Neural mechanisms of selective visual attention. *Annual Review of Neuroscience*, 18(1), 193–222.

- Deveney, C. M., & Deldin, P. J.** (2006). A preliminary investigation of cognitive flexibility for emotional information in major depressive disorder and non-psychiatric controls. *Emotion*, 6(3), 429-437.
- Dinçer, R. S.** (2019). *Öğrencilerinde Yeme Bağımlılığı ve Duygusal Yeme Eğiliminin Değerlendirilmesi*. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Ditfurth, H.** (1991). *Korku ve Kaygı: Tartışma*. İstanbul: Metis Yayınları, 41-43.
- Di Renzo, L., Gualtieri, P., Cinelli, G., Bigioni, G., Soldati, L., Attina, A., Bianco, F. F., Caparello, G., Camodeca, V., Carrano, E., Ferraro, S., Giannattasio, S., Leggeri, C., Rampello, T., Lo Presti, L., Tarsitano, M. G., & De Lorenzo, A.** (2020). Psychological Aspects and Eating Habits during COVID-19 Home Confinement: Results of EHLC-COVID-19 Italian Online Survey. *Nutrients*, 12(7), 2152.
- Disner, S. G. S., Beevers, C. G. C., Haigh, E. A. P., & Beck, A. T.** (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(8), 467-77.
- Doremalen, N. V., Bushmaker, T., Morris, D. H., Holbrook, M. G., Gamble, A., & Williamson, B. N.** (2020). Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med*. 382(16), 1564-1567.
- Downes, J. J., Roberts, A. C., Sahakian, B. J., Evenden, J. L., Morris, R. G., & Robbins, T. W.** (1989). Impaired extra-dimensional shift performance in medicated and unmedicated Parkinson's disease: evidence for a specific attentional dysfunction. *Neuropsychologia*, 27(11-12), 1329-1343.
- Dreisbach, G., & Goschke, T.** (2004). How positive affect modulates cognitive control: Reduced perseveration at the cost of increased distractibility. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 30(2), 343–353.
- Drevets, W. C., Price, J. L., & Furey, M. L.** (2008). Brain structural and functional abnormalities in mood disorders: Implications for neurocircuitry models of depression. *Brain Structure and Function*, 213(1-2), 93-118.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R.** (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21(6), 593–606.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H.** (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215–226.
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R.** (2001). Intolerance of Uncertainty and Worry: Investigating Specificity in a Nonclinical Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 551–558.
- Dugas, M. J., Schwartz, A., & Francis, K.** (2004). Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(6), 835-842.
- Dugas, M. J., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K., & Phillips, N. A.** (2005). Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 57-70.

- Duman, N.** (2020). Üniversite Öğrencilerinde Covid-19 Korkusu ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük. *The Journal of Social Science*, 4(8), 426-437.
- Dural, G., & Sarıtaş, S. Ç.** (2019). Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Uyku Kalitesi ile Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişki. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 247-252.
- Duval, S., & Wicklund, R. A.** (1972). *A Theory of Objective Self Awareness*. Oxford: Academic Press.
- Duygulu, S. E. R. G. Ü. L., Açıl, S. B., Özdemir, E. K., & Erdat, Y.** (2020). COVID-19 salgını: Yönetici hemşirelerin rol ve sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(Özel Sayı), 34-46.
- Dülger, D., & Ekici, S.** (2020). Laboratory Diagnosis Methods of Today's Pandemic COVID-19. *Eurasian journal of health sciences*. 3, 111-115.
- Economy, A. M.** (2013). *Exploring the association between emotions and eating behavior*. Capstone Project, Winona State University.
- Egeli, A., Guc, B., Kalenderoğlu, A., Örum, M. H., Baltacı, E., Kapıcı, Y., Sayiner, H. S., & Çil, E.** (2021). Covid-19 Tanısıyla Hastanede Yatan Hastalarda Anksiyete ve Uyku Bozukluğu Belirtilerinin Sosyodemografik ve Klinik Faktörlerle İlişkisi. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 4(1), 77-86.
- Ellis, A.** (2001). *Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors: New directions for rational emotive behavior therapy*. Prometheus Books: New York.
- Engel, S. G., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Crow, S., Peterson, C. B., & Gordon, K. H.** (2013). The Role of Affect in the Maintenance of Anorexia Nervosa: Evidence From a Naturalistic Assessment of Momentary Behaviors and Emotion, *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 709-719.
- Enright, S. J., & Beech, A. R.** (1993). Reduced cognitive inhibition in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 32(1), 67-74.
- Erdoğan, A., & Hocaoglu, Ç.** (2020). Enfeksiyon hastalıklarının ve pandeminin psikiyatrik yönü: Bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 23, 72-80.
- Ersoy, S., Koç, Ş. Ö., & Ersoy, İ. H.** (2020). Covid-19'lu Hastalara Tedavi ve Bakım Veren Sağlık Çalışanlarının Görüşlerinin Belirlenmesi. *Electronic Turkish Studies*, 15(6).
- Ertaş, H. S.** (2006). *Yeme Bozuklukları: Anoreksiya, Bulimia ve Diğerleri*. Timaş Yayınları.
- Escobar, C., Salgado, R., Rodriguez, K., Vázquez, A. S. B., Angeles-Castellanos, M., & Buijs, R. M.** (2011). Scheduled meals and scheduled palatable snacks synchronize circadian rhythms: consequences for ingestive behavior. *Physiology & Behavior*, 104(4), 555-61.
- Eslinger, P. J., & Grattan, L. M.** (1993). Frontal lobe and frontal-striatal substrates for different forms of human cognitive flexibility. *Neuropsychologia*, 31(1), 17-28.
- Fahrenkamp, A., Darling, K., Ruzicka, E., & Sato, A.** (2019). Food Cravings and Eating: The Role of Experiential Avoidance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), 1181.

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R.** (2003). Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders: A “Transdiagnostic” Theory and Treatment”, *Behaviour Research And Therapy*, 41(5), 509-528.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J.** (2003). Eating disorders, *Lancet*, 361, 407-416.
- Faith, M., Allison, D. B., & Geliebter, A.** (1997). *Emotional eating and obesity*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Fang, F. C., Naccache, S. N., & Greninger, A. L.** (2020). The laboratory diagnosis of coronavirus disease 2019 frequently asked questions. *Clinical Infectious Diseases*. 71(11), 2996-3001.
- Feldman, M. B., & Meyer, I. H.** (2007). Eating Disorders in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Populations, *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 218-226.
- Fenger, M. M., Gade, A., Adams, K. H., Hansen, E. S., Bolwig, T. G., & Knudsen, G. M.** (2005). Cognitive deficits in obsessive-compulsive disorder on tests of frontal lobe functions. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(1), 39-44.
- Fergus, T. A.** (2013). A comparison of three self-report measures of intolerance of uncertainty: An examination of structure and incremental explanatory power in a community sample. *Psychological Assessment*, 25(4), 1322-1331.
- Foland-Ross, L. C., & Gotlib, I. H.** (2012). Cognitive and neural aspects of information processing in major depressive disorder: an integrative perspective. *Frontiers in Psychology*, 3, 489.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R.** (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802.
- Fresco, D. M., Rytwinski, N. K., & Craighead, L. W.** (2007). Explanatory flexibility and negative life events interact to predict depression symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(5), 595-608.
- Friedman, N. P., & Miyake, A.** (2017). Unity and diversity of executive functions: Individual differences as a window on cognitive structure. *Cortex*, 86, 186-204.
- Gabrys, R. L., Tabri, N., Anisman, H., & Matheson, K.** (2018). Cognitive control and flexibility in the context of stress and depressive symptoms: The cognitive control and flexibility questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 9, 2219.
- Gagnon, L. M., & Patten, S. B.** (2002). Major Depression and Its Association with Long-Term Medical Conditions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(2), 149-152.
- Ganley, R.** (1989). Emotion and eating in obesity: A review of literature. *International Journal of eating disorders*, 8, 343-361.
- Ganley, R. M.** (1989). Emotions and eating: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 343-361.
- Geliebter, A., & Aversa, A.** (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating behaviors*, 3(4), 341-347.
- Gencer, N.** (2020). Pandemi sürecinde bireylerin koronavirüs (Kovid-19) korkusu: Çorum örneği. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademisi Dergisi*, (4), 1153-1173.

- Gentes, E. L., & Ruscio, A. M. (2011).** A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 923–933.
- Gibson, E. L., & Green, M. W. (2002).** Nutritional influences on cognitive function: mechanisms of susceptibility. *Nutrition research reviews*, 15(1), 169-206.
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010).** Cognition and depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 285–312.
- Goyal, K., Chauhan, P., Chhikara, K., Gupta, P., & Singh, M. P. (2020).** Fear of COVID 2019: first suicidal case in India. *Asian J Psychiatry*.
- Görgen, E. (2018).** *Obez Bireylerde Duygusal Yeme Davranışının Beslenme Durumuna Etkisi*. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Grahek, I., Shenhav, A., Musslick, S., Krebs, R. M., & Koster, E. H. W. (2019).** Motivation and cognitive control in depression. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 102, 371-381.
- Grant, D. A., & Berg, E. (1948).** Weigl tipi bir kart sıralama probleminde pekiştirme derecesinin ve yeni yanıtlara geçiş kolaylığının davranışsal analizi. *Deneyisel Psikoloji Dergisi*, 38(4), 404–411.
- Greco, V., & Roger, D. (2001).** Coping with uncertainty: the construction and validation of a new measure. *Personality & Individual Differences*, 31(4), 519-534.
- Greco, V., & Roger, D. (2003).** Uncertainty, stress, and health. *Personality and Individual Differences*, 34(6), 1057–1068.
- Greeno, C. G., & Wing, R. R. (1994).** Stress-induced eating. *Psychological Bulletin*, 115, 444-64.
- Grenier, S., Barrette, A.-M., & Ladouceur, R. (2005).** Intolerance of Uncertainty and Intolerance of Ambiguity: Similarities and differences. *Personality and Individual Differences*, 39(3), 593–600.
- Grisham, J. R., & Williams, A. D. (2009).** Cognitive control of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 395–402.
- Gritsenko, V., Skugarevsky, O., Konstantinov, V., Khamenka, N., Marinova, T., Reznik, A., & Isralowitz, R. (2020).** COVID 19 Fear, Stress, Anxiety, and Substance Use Among Russian and Belarusian University Students. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-17.
- Grucza, R. A., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2007).** Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in a Community Sample. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 124-131.
- Guo L., Ren L., Yang S., Xiao M., Chang D., & Yang F. (2020).** Profiling Early Humoral Response to Diagnose Novel Coronavirus Disease (COVID-19). *Clinical Infectious Diseases*: 71(15), 778-785.
- Güvenç, F. (2019).** *Üniversite öğrencilerinde bilişsel esneklik ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile kişilik özellikleri arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi.

- Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yıldırım, A., & Uslu, S.** (2010). Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Anksiyete ve Depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(3), 209-216.
- Halbreich, U.** (2003). Anxiety Disorders in Women: a Developmental and Lifecycle Perspective. *Depression and Anxiety*, 17, 107-110.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., & Kaye, W. H.** (2000). Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior, *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1799-1805.
- Hallion, L. S., Ruscio, A. M., & Jha, A. P.** (2014). Fractionating the role of executive control in control over worry: A preliminary investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 54, 1–6.
- Hallion, L. S., Tolin, D. F., Assaf, M., Goethe, J., & Diefenbach, G. J.** (2017). Cognitive Control in Generalized Anxiety Disorder: Relation of Inhibition Impairments to Worry and Anxiety Severity. *Cognitive Therapy and Research*, 41(4), 610–618.
- Hallion, L.S., Tolin, D. F., & Diefenbach, G. J.** (2019). Enhanced cognitive control over task-irrelevant emotional distractors in generalized anxiety disorder versus obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 64, 71-78.
- He J-L., Luo L., Luo Z-D., Lyu J-X., Ng M-Y., & Shen X-P.** (2020). Diagnostic Performance Between CT and Initial Real-Time RT-PCR for Clinically Suspected 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Patients Outside Wuhan, China. *Respiratory Medicine*. 168: 105980.
- HEALTH.** (2022). <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/06/coronavirus-covid-19-guidelines-for-infection-prevention-and-control-in-residential-care-facilities.pdf> Erişim tarihi: 31 Ekim 2021.
- Heatherton, T. F., Herman, C. P., & Polivy, J.** (1991). Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. *Journal of personality and social psychology*, 60(1), 138-143
- Heatherton, T.F., & Baumeister, R.F.** (1991). Binge eating as escape from selfawareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
- Heiden, C. V., Muris, P., & Molen H. T. V.** (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(2), 100-109.
- Herman, C. P., & Mack, D.** (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*. 43(4), 647-60.
- Herman, C. P., & Polivy, J.** (1980). *Restrained Eating*. Philadelphia: Saunders.
- Hewitt, S. N., Egan, S., & Rees, C.** (2009). Preliminary investigation of intolerance of uncertainty treatment for anxiety disorders. *Clinical Psychologist*, 13(2), 52-58.
- Hiçdurmaz, D., & Üzar-Özçetin, Y. S.** (2020). COVID-19 pandemisinde ön safta çalışan hemşirelerin ruhsal sağlığının korunması ve ruhsal travmanın

önlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(Özel Sayı), 1-7.

- Hinney, A., & Volckmar, A. L.** (2013). Genetics of Eating Disorders, *Current Psychiatry Reports*, 15(12), 423-432.
- Hirsch, C. R., & Mathews, A.** (2012). A cognitive model of pathological worry. *Behaviour Research and Therapy*, 50(10), 636-646.
- Holaway, R. M., Heimberg, R. G., & Coles, M. E.** (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(2), 158–174.
- Holton, S., Wynter, K., Trueman, M., Bruce, S., Sweeney, S., Crowe, S., & Rasmussen, B.** (2020). Psychological well-being of Australian hospital clinical staff during the COVID-19 pandemic. *Australian Health Review*, 45(3), 297-305.
- Hong, R. Y., & Cheung, M. W. L.** (2014). The structure of cognitive vulnerabilities to depression and anxiety. *Clinical Psychological Science*, 3(6), 892–912.
- Hong, R. Y., & Lee, S. S. M.** (2015). Further clarifying prospective and inhibitory intolerance of uncertainty: Factorial and construct validity of test scores from the intolerance of uncertainty scale. *Psychological Assessment*, 27(2), 605–620.
- Hooley, J. M., Butcher J. N., Nock, M. K., & Mineka, S.** (2016). *Abnormal Psychology*, Pearson Education.
- Horesh, D., Lev-Ari, RK., & Hasson-Ohayon, I.** (2020). Risk Factors For Psychological Distress During The COVID-19 Pandemic In Israel: Loneliness, Age, Gender, And Health Status Play An Important Role. *Br J Health Psychol.*
- Hou, Z., Sui, Y., Song, X., & Yuan, Y.** (2016). Disrupted interhemispheric synchrony in default mode network underlying the impairment of cognitive flexibility in late-onset depression. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 230(8).
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C.** (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- İlktac, H. Y., Savcı, C., & Akıncı, A. C.** (2021). Nutritional Behavior During COVID-19 Pandemic: The Effect of Fear and Sleep Quality on Emotional Eating. *Research Square*.
- Inzlicht, M., Bartholow, B. D., & Hirsh, J. B.** (2015). Emotional foundations of cognitive control. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(3), 126 –132.
- Ionescu, T.** (2012). Exploring the nature of cognitive flexibility. *New Ideas in Psychology*, 30(2), 190–200.
- İCN.** (2022). https://www.icn.ch/system/files/202107/ICN%20Policy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention.pdf Erişim tarihi: 1 Kasım 2021.
- İnalkaç, S., & Arslantaş, H.** (2018). Duygusal yeme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(1), 70-82.
- İnce, F., & Evcil, F. Y.** (2020). COVID-19'un Türkiye'deki İlk Üç Haftası. *Sdu Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 11(2), 1–6.

- İSTABİP.** (2022). <https://www.istabip.org.tr/koronavirus/Haberler/5609/yeni-coronavirus-covid-19-kavramlar-ve-tanimlar-rehberi> Erişim tarihi: 01 Kasım 2021.
- İzci, F., Kulacaoğlu, F., & Bestepe, E.** (2021). COVID-19 pandemisi”nde toplum ve sağlık çalışanlarının ruh sağlığı ve koruyucu önlemler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(1), 126–134.
- Jaiswal, N. K., & Saxena, S. K.** (2020). *Medical Virology: From Pathogenesis to Disease Control. Classical Coronaviruses. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. Singapore: Springer.
- Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Raich, R.M., Alonso, P., Krug, I., & Jaurrieta, N.** (2007) Obsessive-compulsive and eating disorders: Comparison of clinical and personality features. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*; 61, 385-91.
- Jones, J. M., Bennett, S., Olmsted, M. P., Lawson, M. L., & Rodin, G.** (2001). Disordered Eating Attitudes and Behaviours in Teenaged Girls: A School- Based Study. *Canadian Medical Association Journal*, 165(5), 547-552.
- Jong-Meyer, R., Beck., B., & Riede, K.** (2009). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 547-551.
- Joormann, J.** (2006). Differential effects of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: Evidence from a negative priming task. *Cognitive Therapy and Research*, 30(2), 149–160.
- Joormann, J., Yoon, K. L., & Zetsche, U.** (2007). Cognitive inhibition in depression. *Applied & Preventive Psychology* 12(3), 128–139.
- Joormann, J., & D'Avanzato, C.** (2010). Emotion regulation in depression: Examining the role of cognitive processes. *Cognition & Emotion*, 24(6), 913–939.
- Joormann, J., & Vanderlind, M. W.** (2014). Emotion regulation in depression: The role of biased cognition and reduced cognitive control. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 402–421.
- Jovanovic, H.** (2008). *PET Evaluation Of Central Serotonergic Neuro-Transmission in Women*. Doktora Tezi. Stockholm: Karolinska Enstitüsü. Klinik Sinirbilim Anabilim Dalı.
- Jurado, M. B., & Rosselli, M.** (2007). The Elusive Nature of Executive Functions: A Review of our Current Understanding. *Neuropsychology Review*, 17(3), 213–233.
- Kalia, V., Knauff, K., & Hayatbini, N.** (2020) Cognitive flexibility and perceived threat from COVID-19 mediate the relationship between childhood maltreatment and state anxiety. *PLoS ONE*, 15(12).
- Kaplan, H. I., & Kaplan, H. S.** (1957). The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 125, 181-201.
- Karakaya, E.** (2020). COVID-19 Krizinin Ekonomi, Enerji ve Emisyonlara Etkileri: Mevcut Durum ve Olası Post-Corona Senaryoları. *İklim Değişikliği ve Ekon.* 1–14.

- Karataş, Z.** (2020). COVID-19 Pandemisinin Toplumsal Etkileri, Değişim ve Güçlenme. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(1): 3–15.
- Karataş, Z., & Tagay, Ö.** (2021). The relationships between resilience of the adults affected by the covid pandemic in Turkey and Covid-19 fear, meaning in life, life satisfaction, intolerance of uncertainty and hope. *Personality and Individual Differences*, 172, 110592.
- Karşı, Y.** (2013). *Metropolde ve Köylerde Yaşayan Kadınların Beden Algıları ve Yeme Tutumları Üzerinde Medya Etkisi*, Doktora Tezi, Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kasapoğlu, F.** (2020). COVID-19 salgını sürecinde kaygı ile maneviyat, psikolojik sağlık ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Turkish Studies*, 15(4), 599-614.
- Katra, H.** (2021). *Öğretmenlerin Kovid-19 Korkusunun Fiziksel Aktivite İlişkisi, Mental Sağlık ve Yeme Davranışlarına Etkisi: Çanakkale Örneği*. Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Bursa.
- Kehagia, A. A., Murray, G. K., & Robbins, T. W.** (2010). Learning and cognitive flexibility: frontostriatal function and monoaminergic modulation. *Current Opinion in Neurobiology*, 20(2), 199–204.
- Keren, G., & Gerritsen, L. E.** (1999). On the robustness and possible accounts of ambiguity aversion. *Acta Psychologica*, 103(1-2), 149-172.
- Kessler, R. C., & Wang P. S.** (2008). The descriptive epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States. *Annu Rev Public Health*, 29, 115-29.
- Khan, G., Sheek-Hussein, M., Al Suwaidi, A. R., Idris, K., & Abu-Zidan, F. M.** (2020). Novel coronavirus pandemic: A global health threat. *Turkish Journal of emergency medicine*, 20(2), 55.
- Kıraner, E., & Terzi, B.** (2020). Covid-19 Pandemi Sürecinde Yoğun Bakım Hemşireliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(EK-1), 83-88.
- Kıvanç, U., Gönültaş, O., & Akın, S.** (2020). Ergenlerin Aleksitimi Düzeylerinin Yordayıcıları Olarak Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Akılcı Olmayan İnançlar. *Humanistic Perspective*, 2(2), 191-211.
- Kirton, M. J.** (1981). A Reanalysis of Two Scales of Tolerance of Ambiguity. *Journal of Personality Assessment*, 45(4), 407–414.
- Kiyat, İ., Karaman, S., Ataşen, G. İ., & Kiyat, Z. E.** (2020). Yeni koronavirüs (COVID-19) ile mücadelede Hemşirelik. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*, 1(1), 81-90.
- Koerner, N., & Dugas, M. J.** (2007). An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: the role of intolerance of uncertainty. *Cognitive Therapy and Research*, 32(5), 619–638.
- Koesten, J., Schrod, P., & Ford, D. J.** (2009). Cognitive flexibility as a mediator of family communication environments and young adults' well-being. *Health Communication*, 24(1), 82-94.

- Konttinen, H., Mannisto, S., Lahteenkorva, S. S., Silventoinen, K., & Haukkala, A.** (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54, 473–479.
- Konttinen, H.** (2019). Emotional Eating And Obesity in Adults: The Role Of Depression, Sleep And Genes. *Proceedings of the Nutrition Society*, 79(3), 283-289.
- Koster, E. H. W., Hoorelbeke, K., Onraedt, T., Owens, M., & Derakshan.** (2017). Cognitive control interventions for depression: A systematic review of findings from training studies. *Clinical Psychology Review*, 53, 79-82.
- Köse, G.** (2017). *Üniversite Öğrencilerinin Yeme Farkındalığının Üzerine Bir Araştırma*. Doktora Tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kreuter, E. A., & Moltner, K. M.** (2014). *Treatment and management of maladaptive schemas*. Springer.
- Kroska, E. B., Roche, A. I., Adamowicz, J. L., & Stegall, M. S.** (2020). Psychological flexibility in the context of COVID-19 adversity: Associations with distress. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 28-33.
- Kuelz, A., Hohagen, F., & Voderholzer, U.** (2004). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Biological Psychology*, 65(3), 185–236.
- Kugu, N., Akyuz, G., Dogan, O., Ersan, E., & Izgic, F.** (2006). The Prevalence of Eating Disorders Among University Students and the Relationship with Some Individual Characteristics, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 129-135.
- Kuijer, R. G., & Boyce, J. A.** (2012). Emotional eating and its effect on eating behaviour after a natural disaster. *Appetite*, 58(3), 936-939.
- Kujawa, A., Green, H., Compas, B. E., Dickey, L., & Pegg, S.** (2020). Exposure to COVID- 19 Pandemic Stress: Associations With Depression And Anxiety In Emerging Adults In The United States. *Depression and Anxiety*, 37(12), 280-1288.
- Kulu, M., & Özsoy, F.** (2021). Sağlık Çalışanları Dışı Toplumsal Örneklemde COVID-19 Anksiyete ve Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri. *Kocaeli Medical Journal*, 10(1), 112–117.
- Küey, G. A.** (2008). Yeme Bozuklukları. *Adolesan Sağlığı II Sempozyumu*, 81-83.
- Laato, S., Islam, A. K. M., Islam, M. N., & Whelan, E.** (2020). Why do people share misinformation during the Covid-19 pandemic?. *arXiv preprint arXiv:2004.09600*.
- Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. J.** (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: a study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38(9), 933–941.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., & Li, R.** (2020). Factors Associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), 1–12.

- Lazarevich, I., Camacho, M. E. I., del Consuelo Velázquez-Alva, M., & Zepeda, M. Z.** (2016). Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. *Appetite*, 107, 639-644.
- Lyman, B.** (1982). The nutritional values and food group characteristics of foods preferred during various emotions. *The Journal of Psychology*, 121-127.
- Leblebicioğlu, H., & Aktaş, F. N.** (2020). COVID-19 Salgınıyla mücadele: yoğun bakım hemşireliği meslek ve kişisel etik perspektifi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24, 73–80.
- Lee, J. K., & Orsillo, S. M.** (2014). Investigating cognitive flexibility as a potential mechanism of mindfulness in Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), 208–216.
- Lee, S. A., Jobe, M. C., Mathis, A. A., & Gibbons, J. A.** (2020). Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 74(102268).
- Levkovich, I.** (2020). The impact of age on negative emotional reactions, compliance with health guidelines, and knowledge about the virus during the COVID-19 epidemic: a longitudinal study from Israel. *J Prim Care Community Health*. 11.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A.** (1993). Adolescent Psychopathology: I. Prevalence And Incidence Of Depression And Other DSM-III-R Disorders in High School Students. *Journal of abnormal psychology*, 102(1), 133–144.
- Li, R., Pei, S., Chen, B., Song, Y., Zhang, T., Yang, W., & Shaman, J.** (2020a). Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2). *Science*, 368, 489–493.
- Li, Z., Yi, Y., Luo, X., Xiong, N., Liu, Y., Li, S., & Sun, R.** (2020b). Development and clinical application of a rapid IgM-IgG combined antibody test for SARS-CoV2 infection diagnosis. *Journal of Medical Virology*. 92(9), 1518-24.
- Lian, J., Jin, X., Hao, S., Cai, H., Zhang, S., Zheng, L., & Yang, Y.** (2020). Analysis of epidemiological and clinical features in older patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) outside Wuhan. *Clinical infectious diseases*, 71(15), 740-747.
- Liao, A., Walker, R., Carmody, T. J., Cooper, C., Shaw, M. A., Grannemann, B. D., & Trivedi, M. H.** (2019). Anxiety and anhedonia in depression: Associations with neuroticism and cognitive control. *Journal of affective disorders*, 245, 1070-1078.
- Llera, S. J., & Newman, M. G.** (2017). Development and validation of two measures of emotional contrast avoidance: The contrast avoidance questionnaires. *Journal of Anxiety Disorders*, 49, 114-127.
- Looi, M. K.** (2020). Covid-19: Japan declares state of emergency as Tokyo cases soar, *BMJ*, 369, 1447.
- Lu, J., Gu, J., Li, K., Xu, C., Su, W., Lai, Z., & Yang, Z.** (2020). COVID-19 Outbreak Associated with Air Conditioning in Restaurant, Guangzhou, China, 2020. *Emerging Infectious Diseases*, 26(7), 16-28.

- Lyche, P., Jonassen, R., Stiles, T. C., Ulleberg, P., & Landrø, N. I.** (2010). Cognitive control functions in unipolar major depression with and without comorbid anxiety disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 1, 149.
- Lyman, B.** (1982). The nutritional values and food group characteristics of food preferred during various emotions. *Journal of Psychology*, 112, 121-7.
- Macht, M.** (1999). Characteristics of eating in anger, fear, sadness and joy. *Appetite*, 33(1), 129-139.
- Macht, M.** (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50, 1–11.
- Macht, M., & Dettmer, D.** (2006). Everyday mood and emotions after eating a chocolate bar or an apple. *Appetite*, 46(3), 332-336.
- Macht, M., & Mueller, J.** (2007). Increased negative emotional responses in Prop supertasters. *Physiology & Behavior*, 90(2-3), 466-472.
- Macht, M., & Simons, G.** (2011). *Emotional eating*. New York: Springer.
- Mackie, M. A., Van Dam, N. T., & Fan, J.** (2013). Cognitive control and attentional functions. *Brain and Cognition*, 82(3), 301-312.
- McKnight Investigators.** (2003). Risk Factors for the Onset of Eating Disorders in Adolescent Girls: Results of the Mcknight Longitudinal Risk Factor Study. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 248-254.
- MacLeod, C. M.** (1991). Half a century of research on the Stroop effect: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 109(2), 163–203.
- Mahkhoul-Norris, F., & Norris, H.** (1973). The Obsessive Compulsive Syndrome as a Neurotic Device for the Reduction of Self-uncertainty. *The British Journal of Psychiatry*, 122(3), 277–288.
- Maridor, M., Ruch, S., Bangerter, A., Emery, V., Maridor, M., Ruch, S., & Emery, V.** (2017). Skepticism toward emerging infectious diseases and influenza vaccination intentions in nurses. *Journal of Health Communication*, 22(5), 386–394.
- Markus, C. R., Panhuysen, G., Tuiten, A., Koppeschaar, H., Fekkes, D., & Peters, M. L.** (1998). Does carbohydrate-rich, protein-poor food prevent a deterioration of mood and cognitive performance of stress-prone subjects when subjected to a stressful task?. *Appetite*, 31(1), 49-65.
- Martin, M. M., & Anderson, C. M.** (1996). Communication traits: A cross-generalization investigation. *Communication Research Reports*, 13(1), 58–67.
- Martin, M. M., & Anderson, C. M.** (1998). The cognitive flexibility scale: Three validity studies. *Communication Reports*, 11(1), 1–9.
- Martinot, J. L., Allilaire, J. F., Mazoyer, B. M., Hantouche, E., Huret, J. D., Legaut-Demare, F., Deslauriers, A. G., Hardy, P., Pappata, S., Baron, J. C., & Syrota, A.** (1990). Obsessive-compulsive disorder: a clinical, neuropsychological and positron emission tomography study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82(3), 233–242.
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. J.** (2012). To Be Sure, To Be Sure: Intolerance of Uncertainty Mediates Symptoms of Various Anxiety Disorders and Depression. *Behavior Therapy*, 43(3), 533–545.

- Mehrabian, A.** (1980). Basic dimensions for a general psychological theory Implications for personality. *Social, Environmental, and Developmental Studies*.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M.** (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 85–90.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M.** (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1281-310.
- Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E., & Engelhard, I.** (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102258.
- Metzger, R. L., Miller, M. L., Cohen, M., Sofka, M., & Borkovec, T. D.** (1990). Worry changes decision making: The effect of negative thoughts on cognitive processing. *Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 78–88.
- Menzies, L., Achard, S., Chamberlain, S. R., Fineberg, N., Chen, C. H., del Campo, N., Sahakian, B. J., Robbins, T. W., & Bullmore, E.** (2007). Neurocognitive endophenotypes of obsessive–compulsive disorder. *Brain*, 130(P12), 3223-3236.
- Michael, T., Zetsche, U., & Margraf, J.** (2007). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry*, 6, 136–142.
- Millan, M. J., Agid, Y., Brüne, M., Bullmore, E. T., Carter, C. S., Clayton, N. S., Connor, R., Davis, S., Deakin, B., DeRubeis, R. J., Dubois, B., Geyer, M. A., Goodwin, G. M., Gorwood, P., Jay, T. M., Joels, M., Mansuy, I. M., Meyer-Lindenberg, A., Murphy, D., & Young, L. J.** (2012). Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: Characteristics, causes and the quest for improved therapy. *Nature Reviews*, 11, 141-168.
- Miller, E. K.** (2000). The prefrontal cortex and cognitive control. *Nature Reviews Neuroscience*, 1(1), 59–65.
- Miller, E. K., & Cohen, J. D.** (2001). An Integrative Theory of Prefrontal Cortex Function. *Annual Review of Neuroscience*, 24(1), 167–202.
- Minuchin, S., Rosman, B.L., & Baker, L.** (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitchell, J. H., Newall, C., Broeren, S., & Hudson, J. L.** (2013). The Role of Perfectionism in Cognitive Behaviour Therapy Outcomes for Clinically Anxious Children. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 547-554.
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D.** (2000). The Unity and Diversity of Executive Functions and Their Contributions to Complex “Frontal Lobe” Tasks: A Latent Variable Analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49–100.
- Miyake, A., & Friedman, N. P.** (2012). The nature and organization of individual differences in executive functions: Four general conclusions. *Current Directions in Psychological Science*, 21, 8-14.
- Mogg, K., & Bradley, B. P.** (1998). A cognitive-motivational analysis of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36(9), 809-848.

- Mohamdkhani, S. H.** (2011). *Practice Guideline of Meta-Cognition on Anxiety and Depression*. Tehran: Varaye Danesh.
- Moore, A., & Malinowski, P.** (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and Cognition*, 18(1), 176–186.
- Morriss, J., Christakou, A., & van Reekum, C. M.** (2016). Nothing is safe: Intolerance of uncertainty is associated with compromised fear extinction learning. *Biological Psychology*, 121, 187–193.
- Morrison, J.** (2014). *DSM-5 made easy*. New York: Guilford Press
- Morton, J. B., Ezekiel, F., & Wilk, H. A.** (2011). Cognitive Control: Easy to Identify But Hard to Define. *Topics in Cognitive Science*, 3(2), 212–216.
- Murphy, F. C., Sahakian, B. J., Rubinsztein, J. S. Michael, A., Rogers, R. D., & Robbins, E. S.** (1999). Paykel Emotional bias and inhibitory control processes in mania and depression. *Psychological Medicine*, 29(6), 1307-1321.
- Murphy, F. C., Michael, A., & Sahakian, B. J.** (2012). Emotion modulates cognitive flexibility in patients with major depression. *Psychological Medicine*, 42(7), 1373-1382.
- Murthy, S., Gomersall, C. D., & Fowler, R. A.** (2020). Care for critically ill patients with COVID-19. *Jama*, 323(15), 1499-1500.
- Nagl, M., Hilbert, A., De Zwaan, M., Braehler, E., & Kersting, A.** (2016), The German version of the dutch eating behavior questionnaire: psychometric properties, measurement in variance, and population-based Norms, 11, e0162510.
- Newman, M. G., & Llera, S. J.** (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 371-82.
- Nolen-Hoeksema, S.** (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S.** (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424.
- Norton, P. J., Sexton, K. A., Walker, J. R., & Ron Norton, G.** (2005). Hierarchical Model of Vulnerabilities for Anxiety: Replication and Extension with a Clinical Sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(1), 50–63.
- Norton, P. J., & Mehta, P. D.** (2007). Hierarchical Model of Vulnerabilities for Emotional Disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(4), 240–254.
- Nowakowski, M.E, McFarlane, T., & Cassin, S.** (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *J Eat Disord*, 1, 21.
- O'Brien, K. M., & Vincent, N. K.** (2003). Psychiatric Comorbidity in Anorexia and Bulimia Nervosa: Nature, Prevalence, and Causal Relationships, *Clinical Psychology Review*, 23(1), 57-74.
- Oğulluk, A. Z.** (2019), *Sosyodemografik özellikler ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık anksiyetesi üzerine etkisinin araştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı.

- Ohman A. (2008), *Fear and anxiety: overlaps and dissociations*. In Handbook of Emotions, 3rd edition.
- Oliver, G., & Wardle, J. (1999). Perceived effects of stress on food choice. *Physiology & Behavior*, 66, 511–515.
- Oliver, G., Wardle, J., & Gibson, E. L. (2000). Stress and food choice: a laboratory study. *Psychosomatic medicine*, 62(6), 853-865.
- OSHA. (2022). <https://www.osha.gov/laws-regs/federalregister/2021-06-21> Erişim tarihi: 1 Kasım 2021.
- Ouwens M. A., van Strien, T., & van der Staak, C.P. (2003). Tendency toward overeating and restraint as predictors of food consumption. *Appetite*, 291-298
- Overfield T. (2018). *Biological Variation in Health and Illness: Race, Age, and Sex*. 2nd ed. Boca Raton: CRC Press.
- Özcan, D. A., & Esen, B. K. (2016). Ergenlerin bilişsel esneklik düzeyleri ile öz yeterliklerinin incelenmesi. *International Journal Of Eurasia Social Sciences*, 7(24), 1-10.
- Özdelikara, A., Alkan, S. A., & Mumcu, N. (2018). Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, “sağlık anksiyetesi” ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Medical Journal of Bakirkoy*, 14(3), 275–282.
- Özdemir, G. S. (2015). *Duygusal Yemenin Depresyon, Anksiyete ve Stres Belirtileri ile Olan İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Sosyal Bilimler Enstitüsü. Psikoloji Anabilim Dalı. Klinik Psikoloji Bilim Dalı.
- Özgül O. Ö., & Saatçi, E. (2021). Çukurova Üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyete düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 25(3), 84–90.
- Özkılıçcı, G., & Uysal Cantürk, P. (2020). Bilişsel Esneklik ile Uzaktan Eğitim Memnuniyetinin İlişkisi: Negatif Duygulanımın Aracı Rolü. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 39(19), 1167-1181.
- Öztürk, Ö. (2013). *İntihar olasılığı ve aile işlevselliği arasındaki ilişkide bilişsel esneklik ve belirsizliğe tahammülsüzlük değişkenlerinin aracı rolü* Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi
- Pak, H., Süsen, Y., Nazlıgöl, M. C., & Griffiths, M. (2021). The Mediating Effects of Fear of COVID-19 and Depression on the Association Between Intolerance of Uncertainty and Emotional Eating During the COVID-19 Pandemic in Turkey. *International Journal of Mental Health and Addiction*.
- Palm, K. M., & Follette, V. M. (2011). The roles of cognitive flexibility and experiential avoidance in explaining psychological distress in survivors of interpersonal victimization. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(1), 79-86.
- Papandreou, C., Arija, V., Aretouli, E., Tsilidis, K. K., & Bulló, M. (2020). Comparing eating behaviours, and symptoms of depression and anxiety between Spain and Greece during the COVID-19 outbreak: Cross-sectional analysis of two different confinement strategies. *Eur Eat Disorders Rev*, 1–11.
- Parıldar, H., & Dikici, M. F. (2020). Pandemiler tarihi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 12, 1–8.

- Park, J., & Moghaddam, B.** (2017). Impact of anxiety on prefrontal cortex encoding of cognitive flexibility. *Neuroscience*, 345, 193–202.
- Parlapani, E., Holeva, V., Nikopoulou, V.A., Sereslis, K., Athanasiadou M, Godosidis, A. I., Stephanou, T., & Diakogiannis, T.** (2020). Intolerance of Uncertainty and Loneliness in Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry*, 19(11), 842.
- Patel, K. A., & Schlundt, D. G.** (2001). Impact of moods and social context on eating behavior. *Appetite*, 36(2), 111-118.
- Paulus, M. P.** (2015). Cognitive control in depression and anxiety: out of control? *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 1, 113–120.
- Penades, R., Catalan, R., Rubia, K., Andres, S., Salamero, M., & Gasto, C.** (2007). Impaired response inhibition in obsessive compulsive disorder. *European Psychiatry*, 22(6), 404–410.
- Péneau, S., Ménard, E., Méjean, C., Bellisle, F., & Hercberg, S.** (2013), Sex and dieting modify the association between emotional eating and weight status, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 97(6), 1307-1313.
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J. P., & Barbe, P.** (2003). Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obesity Research*, 11, 195–201.
- Polat, Ö., & Coşkun, F.** (2020). COVID-19 salgınında sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu ekipman kullanımları ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 4(2), 51–58.
- Polivy, J., & Herman, C. P.** (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- PSYCHIATRY.** (2022). <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> Erişim Tarihi: 10 Ocak 2022.
- Puhl, R. M., Lessard, L. M., Larson, N., Eisenberg, M. E., & Neumark-Stzainer, D.** (2020). Weight Stigma as a Predictor of Distress and Maladaptive Eating Behaviors During COVID-19: Longitudinal Findings From the EAT Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 54(10), 738-746.
- Purdon, C., & Clark, D. A.** (2001). Suppression of obsession-like thoughts in nonclinical individuals: impact on thought frequency, appraisal and mood state. *Behaviour Research and Therapy*, 39(10), 1163–1181.
- Qi, S., Zeng, Q., Luo, Y., Duan, H., Ding, C., Hu, W., & Li, H.** (2014). Impact of Working Memory Load on Cognitive Control in Trait Anxiety: *An ERP Study*. *PLoS ONE*, 9(11), e111791.
- Quigley, L., Wen, A., & Dobson, K. S.** (2020). Cognitive control over emotional information in current and remitted depression. *Behaviour Research and Therapy*, 103658.
- Rachman, S.** (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9), 793–802.
- Rahman, S.** (2021). Tıp fakültesi öğrencilerinin Covid-19 fobi durumlarının değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 35(1), 68-73.

- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L.** (1992). The Epidemiology and Clinical Features of Obsessive Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 743–758.
- Reiser, S. J., McMillan, K. A., Wright, K. D., & Asmundson, G. J. (2014) Adverse childhood experiences and health anxiety in adulthood. *Child abuse & neglect*, 38(3), 407–413.
- Rende, B.** (2000). Cognitive flexibility: Theory, assessment, and treatment. *Seminars in Speech and Language*, 21(2), 121–153.
- Robichaud, M.** (2013). Cognitive Behavior Therapy targeting intolerance of uncertainty: Application to a clinical case of generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(3), 251-263.
- Rodgers, R. F., Paxton, S. J., Massey, R., Campbell, K. J., Wertheim, E. H., Skouteris, H., & Gibbons, K.** (2013). Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: a prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 1-10.
- Rosa-Alcázar, Á., Olivares-Olivares, P. J., Martínez-Esparza, I. C., Parada-Navas, J. L., Rosa-Alcázar, A. I., & Olivares-Rodríguez, J.** (2019). Cognitive flexibility and response inhibition in patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(1), 20-28.
- Rosen, N. O., Ivanova, E., & Knäuper, B.** (2013). Differentiating intolerance of uncertainty from three related but distinct constructs. *Anxiety, Stress, & Coping*, 27(1), 55–73.
- Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., & Østensen, E.** (2000). The Comorbidity of Eating Disorders and Personality Disorders: A Metaanalytic Review of Studies Published Between 1983 and 1998, *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 5(2), 52-61.
- Sadler, J. R., Thapaliya, G., Jansen, E., Aghababian, A. H., Smith, K. R., & Carnell, S.** (2021). COVID-19 Stress and Food Intake: Protective and Risk Factors for Stress Related Palatable Food Intake in U.S. Adults. *Nutrients*, 13(3), 901.
- Salkovskis, P. M.** (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571–583.
- Salopek-žiha, D., Hlavati, M., Gvozdanovi, Z., & Gaši, M.** (2020). Differences in distress and coping with the covid-19 stressor in nurses and physicians. *Psychiatria Danubina*, 32(2), 287–293.
- Sandson, J., & Albert, M. L.** (1984). Varieties of perseveration. *Neuropsychologia*, 22(6), 715–732.
- Sansone, R. A., Schumacher, D., Wiederman, M. W., & Routsong-Weichers, L.** (2008). The Prevalence of Binge Eating Disorder and Borderline Personality Symptomatology Among Gastric Surgery Patients, *Eating Behaviors*, 9(2), 197-202.
- Saricali, M., Satıcı, S. A., Satıcı, B., Gocet-Tekin, E., & Griffiths, M. D.** (2020). Fear of COVID-19, mindfulness, humor, and hopelessness: A multiple mediation analysis, *International Journal of Mental Health and Addiction*.

- Sarter, M., Gehring, W. J., & Kozak, R.** (2006). More attention must be paid: The neurobiology of attentional effort. *Brain Research Reviews*, 51(2), 145–160.
- Schachter, S., Goldman, R., & Gordon, A.** (1968). Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. *Journal of personality and social psychology*, 10(2), 91.
- Schmeichel, B. J., & Tang, D. (2015). Individual differences in executive functioning and their relationship to emotional processes and responses. *Current Directions in Psychological Science*, 24(2), 93–98.
- Schneer, A.** (2002). Eating Disorders: A Disorder of in And Out, *Eating Disorders*, 10(2), 161-176.
- Schneider, K., Applehans, B., Whited, M., Oleski, J., & Pagoto, S.** (2010). Trait Anxiety, But Not Trait Anger, Predisposes Obese Individuals To Emotional Eating. *Appetite*, 55(3), 701-706.
- Schwartz, J., King, C. C., & Yen, M. Y.** (2020). Protecting Health Care Workers during the COVID-19 Coronavirus Outbreak –Lessons from Taiwan’s SARS response. *Clin Infect Dis*, 71(15), 858–860.
- Seiter, J. S., & Timothy, C.** (2020). Social-distancing fatigue during the COVID-19 pandemic: a mediation analysis of cognitive flexibility, fatigue, depression, and adherence to CDC guidelines. *Communication Research Reports*, 38(1), 68-78.
- Semiz, M., Kavakcı, Ö., Yağız, A., Yontar, G., & Kuğu, N.** (2013). Sivas İl Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(3), 149-157.
- Serin, Y., & Şanlıer, N.** (2018). Duygusal yeme, besin alımını etkileyen faktörler ve temel hemşirelik yaklaşımları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(2), 135-146.
- Sevinçer, G. M., & Konuk, N.** (2013). Emotional eating. *Journal of Mood Disorders*, 3(4), 171-178
- Shen, W., Long, L. M., Shih, C. H., & Ludy, M. J.** (2020). A Humanities-Based Explanation for the Effects of Emotional Eating and Perceived Stress on Food Choice Motives during the COVID-19 Pandemic. *Nutrients*, 12(9), 2712.
- Shen, Y., Li, C., Dong, H., Wang, Z., Martinez, L., & Sun, Z.** (2020). Community outbreak investigation of SARS-CoV-2 transmission among bus riders in eastern China. *JAMA internal medicine*. 180(12): 1665-1671.
- Silver, J. A., Hughes, J. D., Bornstein, R. A., & Beversdorf, D. Q.** (2004). Effect of anxiolytics on cognitive flexibility in problem solving. *Cognitive and behavioral neurology*, 17(2), 93-97.
- Singh, G. P., & Walia, N.** (2021). Coronaphobia in Contemporary Psychiatry: Current Status and Future Prospects. *Prim Care Companion CNS Disord*, 23(2).
- Skinner, E. E. (1996) A Guide to Constructs of Control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(71), 549- 570.
- Slamecka, N. J.** (1968). A methodological analysis of shift paradigms in human discrimination learning. *Psychological Bulletin*, 69(6), 423–438.
- Slochover, J., Kaplan, S. P., & Mann, L.** (1981). The effects of life stress and weight on mood and eating. *Appetite* 2(2), 115-125.

- Smolak, L., & Murnen, S. K.** (2002). A Meta-Analytic Examination of the Relationship Between Child Sexual Abuse and Eating Disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), 136-150.
- Snyder, H. R.** (2013). Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: A meta-analysis and review. *Psychological Bulletin*, 139(1), 81–132.
- Soltani, E., Shareh, H., Bahrainian, A., & Farmani, A.** (2013). The Mediating Role of Cognitive Flexibility in Correlation of coping Styles and Resilience with Depression. *Pajoohandeh Journal*, 18, 88-96.
- Soyuer, F., Ünal, D., & Öztürk, A.** (2006). Kronik Beyin Damar Hastalıklarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(3), 157- 162.
- Sönmez, A. Ö.** (2017). Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(3), 301-316.
- Stanley Budner, N. Y.** (1962). Intolerance of ambiguity as a personality variable1. *Journal of Personality*, 30(1), 29–50.
- Starcevic, V., & Berle, D.** (2006). Cognitive specificity of anxiety disorders: a review of selected key constructs. *Depression and Anxiety*, 23(2), 51–61
- Steinsbekk, S., Barker, E. D., Llewellyn, C., Fildes, A., & Wichstrøm, L.** (2018). Emotional feeding and emotional eating: reciprocal processes and the influence of negative affectivity. *Child development*, 89(4), 1234-1246.
- Steiner, J. E.** (1977). Facial expressions of the neonate infant indicating the hedonics of food-related chemical stimuli. *Taste and development: The genesis of sweet preference*, 173-188.
- Steketee, G., Frost, R. O., & Cohen, I.** (1998). Beliefs in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(6), 525–537.
- Stemme, A., Deco, G., & Busch, A.** (2007). The neuronal dynamics underlying cognitive flexibility in set shifting tasks. *Journal of Computational Neuroscience*, 23(3), 313–331.
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D.** (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health psychology*, 21(2), 131.
- Stice, E.** (2002). Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review, *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.
- Stice, E., Marti, C. N., & Durant, S.** (2011). Risk Factors for Onset of Eating Disorders: Evidence of Multiple Risk Pathways From an 8-Year Prospective Study, *Behaviour Research and Therapy*, 49(10), 622-627.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W.** (2000). Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Evidence of Shared Liability and Transmission of Partial Syndromes, *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 393-401.
- Stuss, D., Benson, D., Weir, W., Naeser, M., Lieberman, I., & Ferrill, D.** (1983). The involvement of orbitofrontal cerebrum in cognitive tasks. *Neuropsychologia*, 21(3), 235–248.

- Şenol Celik, S., Ozbas, A. A., Celik, B., Karahan, A., Bulut, H., Koc, G., & Ozleyen, C. O.** (2020). The COVID-19 Pandemic: Turkish Nurses Association/COVID-19 Pandemi Sureci: Turk Hemsireler Dernegi. *Journal of Education and Research in Nursing*, 17(3), 279-284.
- Taha, S., Matheson, K., Cronin, T., & Anisman, H.** (2014). Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety: The case of the 2009 H1N1 pandemic. *British Journal of Health Psychology*, 19(3), 592–605.
- Tan, B. Y., Chew, N. W., Lee, G. K., Jing, M., Goh, Y., Yeo, L. L., & Sharma, V. K.** (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Singapore. *Annals of internal medicine*, 173(4), 317-320.
- Tarhan, N.** (2020). e-Koronafoobi. NP İstanbul Beyin Hastanesi: <https://npistanbul.com/koronavirus/prof-dr-nevzat-tarhan-koronafoobi-hayatikisitliyor-adresinden-alindi>, Erişim Tarihi: 10 Mart 2022
- TCSB.** (2022a). <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66436/b.html> Erişim tarihi: 01. Mayıs 2021.
- TCSB.** (2022b). <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid-19rehberigenel-bilgilerepidemiyolojivetanipdf.pdf>. Erişim tarihi: 8 Nisan 2022.
- TCSB.** (2022c). <https://covid19.saglik.gov.tr/> Erişim tarihi: 10 Ocak 2022.
- TCSB.** (2022d). <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html> Erişim Tarihi: 10 Ocak 2022.
- TCSB.** (2022e). <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66337/genel-bilgiler-epidemioloji-ve-tani.html> Erişim tarihi: 2 Nisan 2022.
- TCSB.** (2022f). <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66300/covid-19-nedir-.html> Erişim tarihi: 20 Nisan 2022.
- TCSB.** (2022i). <https://www.saglik.gov.tr/TR,78148/ilk-koronavirus-asisi-saglik-bakani-fahrettin-kocaya-yapildi.html>, Erişim tarihi: 10 Nisan 2022.
- TCSB.** (2022j). <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-78296/asi-uygulanacak-grup-siralaması.html>. Erişim tarihi: 10 Nisan 2022.
- TCSB.** (2022k). https://covid19asi.saglik.gov.tr/?gclid=CjwKCAiAzOBhBIEiwAG1rIOpB8yeseAa5QSLUcpIqIKLv1pT40N-GW5-wEQaWzfyC-od2TTUxvAhoC16UQAvD_BwE, Erişim tarihi: 10 Nisan 2022.
- TCSB.** (2022). <https://www.saglik.gov.tr/TR,76860/2021-yilinin-tum-dunyada-saglik-calisanlari-yili-ilan-edilmesine-yonelik-bakan-kocanin-teklifi-dso-terafindan-kabul-edildi-11112020.html> Erişim tarihi: 3 Nisan 2022.
- TCSB.** (2022m). <https://kelkitdh.saglik.gov.tr/TR,455099/dunya-saglik-orgutu-dso-2020yi-hemsire-ve-ebe-yili-ilan-etti.html> Erişim tarihi: 3 Nisan 2022.
- TCSB.** (2022n). <https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40837/0/anksiyete-bozukluklari-klinik-protokolupdf.pdf> Erişim tarihi: 31 Mart 2022.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G.** (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 225–239.
- Toker, D. E., & Hocaoglu, Ç.** (2009). Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: Bir Gözden Geçirme, *Düşünen Adam*, 22(1-4), 36-42.

- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. B.** (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 233–242.
- Topeli, İ. A., & Uzun, Ö. D. & Tanrıöver, M.** (2021). *Covid-19 Pandemi Raporu*.
- Tozun, M., Unsal, A., Ayranci, U., & Arslan, G.** (2010). Prevalence of Disordered Eating and its Impact on Quality of Life Among a Group of College Students in a Province of West Turkey, *Salud Pública de México*, 52(3), 190-198.
- Tozzi, F., Sullivan, P. F., Fear, J. L., McKenzie, J., & Bulik, C. M.** (2003). Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 143-154.
- Trivedi, M. H., & Greer, T. L.** (2014). Cognitive dysfunction in unipolar depression: Implications for treatment. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 19–27.
- Troisi, A., Massaroni, P., & Cuzzolaro, M.** (2005). Early Separation Anxiety and Adult Attachment Style in Woman with Eating Disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(1) 89-97.
- Troy, A. S., Shallcross, A. J., & Mauss, I. B.** (2013). A Person-by-Situation Approach to Emotion Regulation. *Psychological Science*, 24(12), 2505–2514.
- Türkcan, T.** (2019). *Üniversite Öğrencilerinde Duygusal Yeme Davranışlarının Günlük Enerji ve Besin Öğeleri Alımı ve Dağılımına Etkisi*. Acıbadem Mehmet, Yüksek Lisans Tezi, Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- UNDP.** (2022). <https://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/coronavirus.html> Erişim tarihi: 11 Mayıs 2022.
- UNESCWA.** (2022). <https://www.unescwa.org/news/74-million-arab-region-risk-covid-19-due-lack-access-handwashing-facility> Erişim tarihi: 13 Mayıs 2021.
- Uzun, Ç.** (2016). *Klinik olmayan bir örneklemede aleksitimi, bağlanma stilleri ve obsesif kompulsif özellikler arasında ilişkinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W.** (2020). Study On The Public Psychological States And Its Related Factors During The Outbreak Of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) In Some Regions Of China. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1).
- Wang, W., Xu, Y., Gao, R., Lu, R., Han, K., Wu, G., & Tan, W.** (2020). Detection of SARS-CoV-2 in different types of clinical specimens. *Jama*, 323(18), 1843-1844.
- Wertheim, J. O., Chu, D. K., Peiris, J. S., Kosakovsky Pond, S. L., & Poon, L. L.** (2013). A case for the ancient origin of coronaviruses. *Journal of Virology*, 87(12), 7039-7045.
- WHO.** (2022a). <https://www.who.int/publications/i/item/10665-332299> Erişim tarihi: 8 Mayıs 2022.
- WHO.** (2022b). <https://covid19.who.int/> Erişim tarihi: 8 Mayıs 2022.
- WHO.** (2022c). https://www.who.int/health-topics/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-mers#tab=tab_2 Erişim tarihi: 8 Mayıs 2022.

- WHO.** (2022d). <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON229> Erişim tarihi: 9 Ocak 2022.
- WHO.** (2022e). https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10 Erişim tarihi: 4 Nisan 2022.
- WHO.** (2022f). <https://covid19.who.int/> Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2022.
- WHO.** (2022g). <https://www.who.int/emergencies/overview> Erişim tarihi: 1 Mayıs 2021.
- WHO.** (2022h). <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-202089> Erişim tarihi: 1 Mayıs 2022.
- WHO.** (2022i). <http://www.euro.who.int/en/healthtopics/healthemergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>. Erişim tarihi: 10 Mayıs 2022.
- WHO.** (2022j). <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf> Erişim tarihi: 26 Mayıs 2022.
- WHO.** (2022k). <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline> Erişim tarihi: 13 Mayıs 2021.
- Winston, A. P., Jamieson, C. P., Madira, W., Gatward, N. M., & Palmer, R. L.** (2000). Prevalence of Thiamin Deficiency in Anorexia Nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 28(4), 451-454.
- Woods, C. M., Vevea, J. L., Chambless, D. L., & Bayen, U. J.** (2002). Are Compulsive Checkers Impaired in Memory? A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(4), 353–366.
- Wölfel R., Corman V. M., Guggemos W., Seilmaier M., Zange S., & Müller M. A.** (2020). Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature*. 581(7809), 465-9.
- Vanderweele, T. J., Chen, Y., Long, K., Kim, S., & Trudel-fitzgerald, C.** (2020). Positive Epidemiology? *Epidemiology*, 31(2), 189–193.
- Van Strien, T.** (1995). In defense of psychosomatic theory: a critical analysis of Allison and Heshka's critical analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 299–304.
- Van Strien, T., Herman, P., & Verheijden, M.** (2009). Eating Style, Overeating, And Overweight in A Representative Dutch Sample. *Does External Eating Play A Role?* 52 (2), 380-387.
- Van Strien, T., Van Leeuwe, J., & Ouwens, M.** (2009). Possible Pathways Between Depression, Emotional And External Eating. A Structural Equation Model. *Appetite*, 53(2), 245-248.
- Vidović, V., Jureša, V., Begovac, I., Mahnik, M., & Tocilj, G.** (2005). “Perceived Family Cohesion, Adaptability and Communication in Eating Disorders”, European Eating Disorders Review: *The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 13(1), 19-28.

- Voitsidis, P., Gliatas, I., Bairachtari, V., Papadopoulou, K., Papageorgiou, G., Parlapani, E., Syngelakis, M., Holeva, V., & Diakogiannis, I.** (2020). Insomnia during the COVID-19 pandemic in a Greek population. *Psychiatry Research*, 113076.
- Vögele, C., Lutz, A. P. C., ve Gibson, E. L.** (2018). *Mood, emotions, and eating disorders*, The Oxford handbook of eating disorders.
- Xie, J., Tong, Z., Guan, X., Du, B., Qiu, H., & Slutsky, A. S.** (2020). Critical care crisis and some recommendations during the COVID - 19 epidemic in China. *Intensive Care Medicine*, 46: 837–840.
- Yang, J., Zheng, Y., & Gou, X.** (2020). Prevalence of comorbidities in the novel Wuhan coronavirus (COVID19) infection: a systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis.* 10, 1000-1016.
- Ye, Z., Zhang, Y., Wang, Y., Huang, Z., Song, B., & Chest, C. T.** (2020). Manifestations of New Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Pictorial Review. *European Radiology.* 1-9.
- Yelpaze, İ., & Yakar, L.** (2019). Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Doyumu ve Bilişsel Esnekliklerinin İncelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 9(54), 913-935.
- Yılbaş, B.** (2021). COVID-19 Tanısı ile Tedavi Gören Bireylerin İyileşme Dönemi Sonrasında Psikiyatrik Tanı Açısından Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 24(2).
- Yıldız, B.** (2018). *Yeme Tutumunun Cinsiyet Değişkenine Göre Duygusal ve Bilişsel Şemalarla Olan İlişkisinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yook, K., Kim, K.-H., Suh, S. Y., & Lee, K. S.** (2010). Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 623–628.
- Yücel, B., Akdemir, A., Gürdal Küey, A., Maner, F., & Vardar, E.** (2013). *Yeme Bozuklukları ve Obezite-Tanı ve Tedavi Kitabı*. Ankara: TPD Yayınları.
- Yürük Bal, E., & Çelik, H.** (2020). COVID-19 Salgını ile mücadelede hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 12(2), 300–3004.
- Zakzanis, K. K., Leach, L., & Kaplan, E.** (1998). On the nature and pattern of neurocognitive function in major depressive disorder. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology* 11(3), 111–119.
- Zerwas, S., Larsen, J. T., Petersen, L., Thornton, L. M., Mortensen, P. B., & Bulik, C. M.** (2015). The Incidence of Eating Disorders in a Danish Register Study: Associations with Suicide Risk and Mortality, *Journal of Psychiatric Research*, 65, 16-22.
- Zhang, Z. L., Hou, Y. L., Li, D. T., & Li, F. Z.** (2020). Laboratory findings of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Scandinavian journal of clinical and laboratory investigation.* 80(6), 441-447.
- Zhang, Y.** (2020). The Epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19). *China CDC Weekly*, 2, 1–10.

- Zhao, S., Lin, Q., Ran, J., Musa, S. S., Yang, G., Wang, W., Lou, Y., Gao, D., Yang, L., He, D., & Wang, M. H.** (2020). Preliminary estimation of the basic reproduction number of novel coronavirus (2019-nCoV) in China, from 2019 to 2020: A data-driven analysis in the early phase of the outbreak. *International Journal of Infectious Diseases*, 92, 214-217.
- Zhou, Y., Yang, Y., Huang, J., Jiang, S., & Du, L.** (2019) Advances in MERS-CoV vaccines and therapeutics based on the receptor-binding domain. *Viruses*, 11(1), 1–18.



EKLER



EK A: Etik Kurul Onay Formu



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Tarih: 26.11.2020

Sayı: 191

Konu: Etik Kurulu İzni

Sayın Yasemin Aslantaş,

Yapmış olduğunuz başvuru Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş Dr. Öğr.Üy. Deniz Şarlak'ın danışmanlığında planladığınız **"Yetişkin Bireylerde Covid-19 Korkusu ve Sağlık Anksiyetesinin Duygusal Yeme Davranışı Üzerine Etkisi"** başlıklı araştırmanız kurulumuzun 26.11.2020 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Melek Güneş Yavuzer
Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek: Etik Kurulu Kararı

Örnektepe Mah. İmrahor Cad. No: 82 Beyoğlu – İSTANBUL
Tel: 0 212 924 2444 /2704 Faks: 0 212 343 0878
e-mail: etikkurul@halic.edu.tr www.halic.edu.tr



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Yayın Tarihi : 10.12.2015
Revizyon Tarihi : 16.09.2020
Revizyon No : 02
Sayfa No : 1/1

Tarih: 26.11.2020	Karar No: 191				
Toplantı Sayısı:	Yasemin Aslantaş'ın Dr. Öğr.Üy. Deniz Şarlak'ın danışmanlığında planladığı "Yetişkin Bireylerde Covid-19 Korkusu ve Sağlık Anksiyetesinin Duygusal Yeme Davranışı Üzerine Etkisi" konulu çalışması incelendi, yapılan inceleme sonucunda çalışmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.				
Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Toplantıya Katılma	İmza
Prof. Dr. Melek Güneş YAVUZER (Başkan)	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Prof. Dr. Burcu IRMAK YAZICIOĞLU	Moleküler Biyoloji ve Genetik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Doç. Dr. Hatice İlhan Odabaş	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Nevra Alkanlı	Biyofizik	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Burcu Türk	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Gülcan Kendirkıran	Hemşirelik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Seda Saka	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Çiğdem Yıldırım Maviş	Gıda Mühendisliği	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Maral Törenli Çakıroğlu	Hukuk	Haliç Üniversitesi İşletme Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
ETKU:10					

EK B: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (BGOF)

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (BGOF)

SAYIN KATILIMCI,

Lütfen formları doldurmadan önce aşağıdaki açıklamayı okuyunuz.

Bu araştırma Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programında, Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞARLAK danışmanlığında, Yasemin ASLANTAŞ tarafından yürütülen bir çalışmadır.

Çalışmanın Adı: Yetişkin Bireylerde Covid-19 Korkusu ve Sağlık Anksiyetesinin Duygusal Yeme Davranışı Üzerine Etkisi

Çalışmanın Türü: Klinik psikoloji yüksek lisans tez çalışmasıdır.

Çalışmanın Amacı: Çalışmanın amacı yetişkin bireylerde COVID-19 korkusunun ve sağlık anksiyetesinin duygusal yeme davranışı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılacaktır.

Çalışmanın Uygulanması: Çalışmada veri toplama aracı olarak; COVID-19 fobisini ölçümlemek için “Koronavirüs 19 Fobisi (C19P-S) Ölçeği”, sağlık anksiyete düzeylerini ölçmek için “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği”, duygular ile yeme alışkanlıklarının ilişkisini ölçmek için “Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği” araştırmacı tarafından hazırlanan katılımcıların tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik “Kişisel Bilgi Formu” ve koronavirüs ile ilgili değişkenlere yönelik “Koronavirüs Bilgi Formu” kullanılacaktır. Şu an ülkemizde devam eden pandemi sürecinin varlığından dolayı araştırmada kullanılacak ölçekler çevrimiçi anket yöntemi ile uygulanacaktır.

Rahatsızlıklar ve Riskler: Bu araştırmaya katılmanın, normal hayatta karşılaşılanlardan fazla bir riski yoktur. Anıların hatırlanması sırasında katılımcının kendini kötü hissedebileceği durumlar ortaya çıkabilir. Bu durumda katılımcı kendini kötü hissettiği herhangi bir anda anketi çözmeyi sonlandırabilir.

Bilime Katkısı: Bu araştırma akademik bir çalışmaya veri sağlayacaktır. Katılımcılar açısından da maddi bir kazanç söz konusudur.

Süre: Anketleri doldurma süresi yaklaşık 15-20 dakika sürecektir.

Katılımcı Sayısı: Bu çalışmaya katılacak olan kişi sayısı 600 kişi olarak belirlenmiştir.

Gizlilik Bildirimi: Araştırmayı yapan kişi dışında hiç kimse kişisel bilgilerinizi bilmeyecektir. Çalışmanın yayınlanması halinde kişisel bilgilerinizi açığa çıkaracak hiçbir bilgi yazılmayacaktır.

Gönüllük: Bu araştırmaya katılmak zorunlu değildir. İstendiği zaman katılım sonlandırılabilir. Araştırma ile ilgili sorunuz olursa veya herhangi bir nedenden dolayı bizimle iletişime geçmek isterseniz ysmnyldz414141@gmail.com hesabından ulaşabilirsiniz.

Katılımcının Beyanı

Yukarıda okuduğum çalışma ile ilgili bilgiler bana sözlü olarak iletildi. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcının (Dolduracağınız formda isminiz gizlilik açısından alınmayacak):

Adı-Soyadı:

İmza:

Uygulayıcının:

Adı-Soyadı: Yasemin ASLANTAŞ

İmza:

EK C: Sosyo-Demografik Bilgi Formu

1. Yaşınız
2. Cinsiyetiniz ☐ Kadın ☐ Erkek
3. Medeni durumunuz ☐ Evli ☐ Bekâr
4. Boyunuz – Kilonuz–
5. Eğitim düzeyiniz
 - ☐ İlköğretim
 - ☐ Lise
 - ☐ Üniversite
 - ☐ Yüksek Lisans
 - ☐ Doktora
6. Çalışma durumunuz
 - ☐ Aktif olarak işe gidiyorum
 - ☐ Esnek çalışıyorum
 - ☐ Evden çalışıyorum
 - ☐ Pandemi sürecinden işten ayrıldım
 - ☐ Çalışmıyorum.
7. Yaşamınızı sürdürdüğünüz yer
 - ☐ Şehir
 - ☐ İlçe
 - ☐ Mahalle
8. Nerede ve nasıl yaşıyorsunuz
 - ☐ Yalnız yaşıyorum
 - ☐ Anne ve babamla yaşıyorum
 - ☐ Eşimle yaşıyorum
 - ☐ Eşimle ve çocuk/ çocuklarımla yaşıyorum
 - ☐ Arkadaş/arkadaşlarımla yaşıyorum
 - ☐ Diğer
9. Çocuk sayınız
 - ☐ Çocuğum yok
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4 ve daha fazla
10. Kendinizi kilolu olarak görüyor musunuz?
 - ☐ Hayır
 - ☐ Evet
11. Pandemi sürecinde evde yemek yeme davranışınızın arttığını düşünüyor musunuz?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
12. Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız bulunmakta mıdır?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır

EK D: Koronavirüs Bilgi Formu

1. Herhangi bir kronik hastalığınız bulunmakta mıdır?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
2. Pandemi sürecinde Koronavirüse yakalandınız mı?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
3. Ailenizde risk altında olan bireyler var mı?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
4. Koronavirüs ile ilgili bilgilendirme şekliniz nedir?
 - ☐ 30 dakikadan az
 - ☐ 30 dk – 1 saat
 - ☐ 1-2 saat
 - ☐ 2 saatten fazla
5. Koronavirüs günlük yaşamınızı etkiledi mi?
 - ☐ Hiç Etkilemedi
 - ☐ Biraz Etkiledi
 - ☐ Oldukça Etkiledi
 - ☐ Çok Fazla Etkiledi
6. Pandemi sürecinde en çok hangi duyguyu hissediyorsunuz?
 - ☐ Bilmiyorum
 - ☐ Panik
 - ☐ Korku
 - ☐ Endişe
7. Pandemi sürecinde herhangi bir olumsuz düşünceye sahip oldunuz mu?
 - ☐ Herhangi bir olumsuz bir düşüncem yok
 - ☐ Kendime, çocuğuma ya da anne babama virüs bulaşırsa ne yaparım
 - ☐ Salgından kurutulamayacağımız sanırım dünyanın sonu geliyor
 - ☐ Karantina altında sevdiklerimden ayrı ölmek beni korkutuyor
8. Pandemi sürecinde kendinize yeni bir davranış alışkanlığı geliştirdiniz mi?
 - ☐ Davranışlarımda bir değişiklik yok
 - ☐ Sürekli elleri yıkamak, evi ya da eşyaları dezenfekte etmek
 - ☐ Sürekli koronavirüs ile ilgili haberlerini takip etmek
 - ☐ Salgından dolayı uyuyamamak
 - ☐ Devamlı eve tüketim ürünleri satın almak

EK E: Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği (C19P-S)

YÖNERGE: Aşağıda, insanların koronavirüs salgınında yaşayabilecekleri problemlerle ilgili bazı cümleler yazılmıştır. Her cümleyi dikkatle, ama üzerinde çok da takılmadan okuyunuz.

Cümledeki duruma, **B U G Ü N D A H İ L G E C E N H A F T A**, içinde ne kadar katıldığınızı en iyi anlatan kelimenin altındaki yuvarlağa tıklayınız. Lütfen hiçbir cümleyi boş bırakmadan hepsini değerlendiriniz.

Lütfen her madde için sadece size en iyi uyan tek seçenek belirtiniz.

Örneğin, Bugün dahil geçen hafta içinde, “koronavirüs beni kaygılandırıyor” ifadesine katılmıyorsanız, 2 numaralı yuvarlağı seçmelisiniz. Seçiminizi yuvarlağın içini karalayarak ya da herhangi bir şekilde işaretleyerek belirtebilirsiniz.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Genelde Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Korona virüs kapma korkusu beni çok kaygılandırıyor.	①	②	③	④	⑤
2	Korona virüs sebebiyle karnıma ağrılar giriyor.	①	②	③	④	⑤
3	Öksüren insanları görünce koronavirüs şüphesiyle aşırı kaygılanıyorum.	①	②	③	④	⑤
4	Korona virüs nedeniyle yiyecek maddelerinin tükenmesinden kaygılanıyorum.	①	②	③	④	⑤
5	Ailemden birinin korona virüse yakalanma olasılığından aşırı derecede korkuyorum.	①	②	③	④	⑤
6	Korona virüs sebebiyle göğsüm ağrıyor.	①	②	③	④	⑤
7	Hapşırarak insanlardan korona virüs şüphesiyle kaçarcasına uzaklaşıyorum.	①	②	③	④	⑤
8	Korona virüs nedeniyle temizlik maddelerinin tükenmesinden endişeliyim.	①	②	③	④	⑤
9	Korona virüsten ölüm haberleri beni müthiş derecede kaygılandırıyor.	①	②	③	④	⑤
10	Korona virüs sebebiyle elim ayağım titriyor.	①	②	③	④	⑤
11	Korona virüs sebebiyle, ellerimi temizlemek için aşırı zaman harcadığımı farkındayım.	①	②	③	④	⑤
12	Korona virüs korkusuyla gıda stokluyorum.	①	②	③	④	⑤
13	Korona virüsle ilgili belirsizlikler beni ciddi manada kaygılandırıyor.	①	②	③	④	⑤
14	Korona virüs korkusu nedeniyle uyku problemi yaşıyorum.	①	②	③	④	⑤
15	Korona virüse yakalanmak korkusundan sosyal ilişkilerim ciddi anlamda sekteye uğruyor.	①	②	③	④	⑤
16	Korona virüsten sonra, evdeki ihtiyaç malzemelerini kontrol etmezsem içim rahat etmiyor.	①	②	③	④	⑤
17	Korona virüsün yayılma hızı beni aşırı derecede panikletiyor.	①	②	③	④	⑤
18	Korona virüs beni o kadar gerginleştiriyor ki, normalde yaptığım şeyleri bile yapamıyorum.	①	②	③	④	⑤
19	Başkalarından korona virüs kapma korkusundan kendimi alamıyorum.	①	②	③	④	⑤
20	Korona virüse karşı insanların duyarsız davranmaları sebebiyle çevremdekilerle hiddetle tartışıyorum (ya da tartışmak istiyorum).	①	②	③	④	⑤

EK F: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)

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

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

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

- 3.a) Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir.
- b) Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.
- c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
- d) Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.

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

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

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

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

- 8.a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese tamamen rahatlarım.
- b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
- c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
- d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.

- 9.a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
- b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
- c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
- d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.
- 10.a) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.
- b) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
- c) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.
- d) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

- 11.a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
- b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.

- c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
- d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.

- 12.a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem.
- b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
- c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
- d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

- 13. a) Ne olduğu fark edilemeyen bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.
- b) Ne olduğu fark edilemeyen bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
- c) Ne olduğu fark edilemeyen bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte çoğunlukla zorlanırım.
- d) Ne olduğu fark edilemeyen bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte her zaman zorlanırım.

- 14.a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.
- b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
- c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.
- d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

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

- 15.a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.
- b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.
- c) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk almazdım.
- d) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.

- 16. a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.
- b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.

- c)Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.
- d)Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.
- 17.a)Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.
- b)Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.
- c)Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.
- d)Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.
- 18.a)Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
- b)Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.
- c)Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
- d)Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

EK G: Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği (TDYÖ)

Aşağıda yaşamınızla ilgili bazı ifadeler bulunmaktadır. Herhangi teşhisi konmuş Bulimiya Nervoza, Anoreksiya Nervoza veya Tikanırcasına Yeme Bozukluğu'nuz yok ise size uygunluk derecesine göre (asla, nadiren, bazen, sıklıkla, neredeyse her zaman) seçeneklerinden bir tanesini işaretleyiniz. Bu veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.

		Asla	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse Her Zaman
1.	Zor zamanlarda, sağlıksız davranışlara daha eğilimli oluyorum	1	2	3	4	5
2.	Kendimi baskı altında hissedersen daha çok yerim	1	2	3	4	5
3.	Stresli olduğum zamanlarda daha çok yerim	1	2	3	4	5
4.	Kendimi çaresiz hissedersen yemek yemek isterim	1	2	3	4	5
5.	İş tempom yoğunlaşırsa daha çok yerim	1	2	3	4	5
6.	Yemeği abarttığımda suçlu hissedirim	1	2	3	4	5
7.	Yiyecekleri, ödül ve zevk kaynağı olarak kullanırım	1	2	3	4	5
8.	Aç olmadığımda yerim.	1	2	3	4	5
9.	Bir şeyler beklediğim gibi gitmezse yemek yemek isterim	1	2	3	4	5
10.	Bir şeylerden rahatsız olduğumda daha fazla yemek isterim	1	2	3	4	5
11.	Bir konuda depresif ya da üzgünsem yemek yemek isterim	1	2	3	4	5
12.	Bir konuda endişeli ya da kaygılı hissediyorsam yemek yemek isterim	1	2	3	4	5
13.	Canımın sıkın olduğu zamanlarda yemek yemek isterim	1	2	3	4	5
14.	Yalnız hissettiğimde yemek yemek isterim	1	2	3	4	5
15.	Biri beni üzdüğünde yemek yemek isterim	1	2	3	4	5
16.	Bana acı veren bir deneyimimi hatırlatan benzer durumlarda yemek yemek isterim	1	2	3	4	5
17.	Korktuğum zaman yemek yemek isterim	1	2	3	4	5
18.	Sinirlerimin bozuk olduğu zamanlarda yemek yemek isterim	1	2	3	4	5
19.	Yaptığım bir şeyden dolayı kötü ya da suçlu hissedersen yemek yemek isterim	1	2	3	4	5
20.	Kendimi incinmiş hissedersen yemek yemek isterim	1	2	3	4	5
21.	Heyecanlı olduğum zamanlarda yemek yemek isterim	1	2	3	4	5
22.	Sorunlarımla baş edebilmek için yemek yerim	1	2	3	4	5
23.	Yememin kontrolümün dışında olduğunu hissediyorum	1	2	3	4	5
24.	Lezzetli bir şey görüp kokusunu alırsam onu yemek isterim	1	2	3	4	5
25.	Başkalarını yemek yerken görürsem ben de yemek yemek isterim	1	2	3	4	5
26.	Diyet söz konusu olduğunda irademe hakimim	1	2	3	4	5
27.	Kilo kontrolünde diyetle istikrarı sağlayamıyorum.	1	2	3	4	5
28.	Lezzetli yiyeceklerle karşı koyabilirim	1	2	3	4	5
29.	Yemek için ısrar edilirse hayır diyebilirim	1	2	3	4	5
30.	Yiyecekler duygularımla baş etmede bana yardım ediyor	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad : Yasemin ASLANTAŞ

ÖĞRENİM DURUMU

Lisans : 2017, Haliç Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji

Yüksek Lisans : 2022, Haliç Üniversitesi, Psikoloji, Program, Klinik Psikoloji

MESLEKİ DENEYİM

Kocaeli Büyükşehir Belediyesi Gençlik ve Spor Hizmetleri – Psikolog, 2017-...