

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

**COVID-19 SALGIN SÜRECİNDE DUYGUSAL YEME İLE  
METAKOGNİSYONLAR, ANKSİYETE VE OBSESİF  
İNANÇLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Aysel İŞLER**

**Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji**

**Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji**

**Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Anıl GÜNDÜZ**

**İSTANBUL – 2021**

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

**COVID-19 SALGIN SÜRECİNDE DUYGUSAL YEME İLE  
METAKOGNİSYONLAR, ANKSİYETE VE OBSESİF  
İNANÇLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Aysel İŞLER**

**Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji**

**Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji**

“Bu tez \_\_\_/\_\_\_/2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

<b>JÜRİ ÜYESİ</b>	<b>KANAATI</b>	<b>İMZA</b>

## **BEYAN**

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

**Aysel İŞLER**

**23.08.2021**

## ÖNSÖZ

Uzman unvanını alabilmek için son aşama olan tez yazma sürecinde, tez konumun belirlenmesinden, soruların hazırlanması ve yapılan analizlerin değerlendirilmesine kadar tüm aşamalarda titizlikle çalışan ve bana rehberlik yapan danışmanım Uzm. Dr. Anıl GÜNDÜZ'e teşekkürü borç bilirim. Master derslerimizde bizlere farklı bakmayı, alışagelmış kalıplardan çıkmayı öğreten ve öğütleyen Prof. Dr. Mehmet Zihni SUNGUR'a ve insana değdiğimiz mesleğimizde etik davranmayı öğreten Dr. Burcu SEVİM'e teşekkürlerimi sunarım.

Hayatım boyunca aldığım kararlarda, attığım adımlarda, zorlu dönemeçlerde benden destek, sevgi ve saygılarını eksik etmeyen anneme ve babama, varlıklarının, hayatımın bambaşka renklere kavuşmasına sebep olduğu kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi ve sevgilerimi sunarım.

Yüksek lisans sürecimde, stresin çok yoğun olduğu sosyal hizmet merkezinde kendi yoğun tempolarında işlerini sürdürürken yardıma ihtiyacım olduğunda hiçbir zaman beni geri çevirmeyen Meryem ŞEN ve Murat GÜNER'e, akademik desteğini benden esirgemeyen Murat ERUSTA'ya, kendisinden çok şey öğrendiğim, çalıştığımız ortamı daha huzurlu ve güzel bir yere çeviren, dost ve abla bildiğim Eda KIRAN'a sevgi ve saygılarımı sunarım.

Her sıkıntıda kapılarının bana sonuna kadar açık olduğunu bildiğim dostlarım Şeyma TAMER ve Meryemelif ARGUN'a, tezimin son okumasını yapan değerli arkadaşlarım ve aynı zamanda meslektaşlarım olan Fatoş KARTAL ve Betül POLAT'a, alanda beraber çalışmaktan keyif aldığım Betül Hacer ÖZATEŞ'e, tez yazma süreçlerimizi eş zamanlı yürüttüğümüz, çıkmaza girdiğim her an kendi işini bir kenara koyup bana yardımcı olmaya çalışan Ayşenur YÜKSEL'e teşekkür ve sevgilerimi sunarım.

**Aysel İŞLER**

**23.08.2021**

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
<b>KISALTMALAR</b> .....	i
<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	ii
<b>ÖZET</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vi
<b>GİRİŞ</b> .....	1
<b>BÖLÜM 1: KURAMSAL ÇERÇEVE</b> .....	4
1.1. Duygusal Yeme .....	4
1.1.1. Duygusal Yeme Kavramı .....	4
1.1.2. Duygusal Yeme ile İlgili Teoriler .....	5
1.1.2.1. Psikosomatik Teori.....	5
1.1.2.2. Dışsal Teori .....	5
1.1.2.3. Kısıtlama Teorisi .....	6
1.1.2.4. Kaçış Teorisi .....	6
1.1.2.5. Benlik Kaynaklarının Tükenmesi Modeli .....	7
1.1.3. Duygusal Yeme İle İlgili Çalışmalar .....	7
1.2. Metakognitif Teori ile ilgili kavramlar.....	8
1.2.1. Metakognisyon kavramı .....	8
1.2.2. Bilişsel Modlar .....	9
1.2.3. Metakognitif inançlar .....	10
1.2.4. Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu (BDKS) .....	10
1.2.5. Kendini Düzenleyen Yürütücü İşlev Modeli (S-REF).....	11
1.3. Depresyon.....	11
1.3.1. Tanımı ve Tanı Ölçütleri .....	11
1.3.2. Depresyonun Etiyolojisi .....	13
1.3.2.1. Biyolojik Yaklaşım .....	13
1.3.2.2. Psikanalitik Yaklaşım.....	13
1.3.2.3. Kognitif Yaklaşım .....	14
1.3.2.4. Metakognitif Yaklaşım.....	15

1.4. Anksiyete.....	15
1.4.1. Anksiyete Kavramı.....	15
1.4.2. DSM'in Farklı Basımlarında Yer Aldığı Şekliyle Anksiyete .....	16
1.4.3. Anksiyete Hakkında Farklı Yaklaşımlar .....	17
1.4.3.1. Biyolojik Açıklama .....	17
1.4.3.2. Bilişsel Açıklama .....	17
1.4.3.3. Metakognitif Açıklama .....	18
1.5. Obsesif İnançlar.....	19
1.5.1. İlgili Tanımlar .....	19
1.5.2. DSM-5'e göre OKB tanı kriterleri .....	20
1.5.3. Metakognitif Teori Perspektifinden OKB.....	21
1.6. Salgın Dönemleri.....	21
1.6.1. Ebola Virüs Salgını (2014-2016) .....	22
1.6.2. Domuz Gribi (H1N1) .....	22
1.6.3. Covid-19 Pandemisi .....	24
<b>BÖLÜM 2: YÖNTEM .....</b>	<b>26</b>
2.1. Araştırmanın Amacı .....	26
2.2. Evren ve Örneklem.....	26
2.3. Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri .....	26
2.4. Veri Toplama Araçları .....	28
2.4.1. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği .....	28
2.4.2. Covid-19 ile Takıntı Ölçeği.....	28
2.4.3. Duygusal İştah Anketi.....	29
2.4.4. Beck Depresyon Envanteri (BDE) .....	29
2.4.5. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	30
2.4.6. Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu-1 .....	30
2.5. Sayıtlar/Varsayımlar .....	31
2.6. Sınırlılıklar .....	31
2.7. Verilerin Analizi.....	32

<b>BÖLÜM 3: ARAŞTIRMANIN BULGULARI .....</b>	<b>33</b>
3.1. Normallik Analizi.....	33
3.2. Katılımcılara Ait Genel Betimsel İstatistikler .....	34
3.2.1. Araştırma Grubunun Temel Özelliklerine Yönelik Elde Edilen İstatistikler .....	34
3.2.2. Araştırma Grubunun Çalışma Durumu ve Gelir Düzeyine Yönelik Elde Edilen İstatistikler .....	36
3.2.3. Araştırma Grubunun Çocuk Sahiplik Durumuna Yönelik Elde Edilen İstatistikleri ...	37
3.2.4. Araştırma Grubunun Covid-19 Sürecine Yönelik Durumları .....	39
3.2.5. Covid-19 İle Mücadele Durumuna Yönelik Elde Edilenler .....	41
3.2.6. Covid-19 Nedeniyle Vefat Eden Yakınının Olup Olmadığına Yönelik Dağılımlar .....	43
3.2.7. Covid-19 İle Mücade Etme Yöntemleri .....	43
3.2.8. Covid-19 Salgınında Katılımcıların Kurallara Uyma Durumları.....	44
3.2.9. Araştırma Grubunun Kilo Durumları .....	45
3.2.10. Araştırma Grubunun Ruhsal Durumları .....	47
3.2.11. Covid-19 Salgın Sürecinde Katılımcıların Yaşamlarında Farklılığın Yaşanma Durumları .....	49
3.2.12. Araştırma Grubunun Sigara ve Alkol Kullanma Durumları .....	50
3.2.13. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği İçerisinde Yer Alan İfadelere Yönelik Elde Edilen İstatistikler .....	51
3.3. Araştırmada Elde Alınan Değişkenlere Yönelik Elde Edilen Betimsel İstatistikler .....	52
3.4. Araştırma Kapsamındaki Hipotezlerin Sınanması .....	55
3.4.1. Duygusal İştahı Etkileyen Faktörlerin Tespit Edilmesi .....	65
<b>BÖLÜM 4: TARTIŞMA.....</b>	<b>70</b>
4.1. Araştırma Grubunu Tanıtıcı Bilgilere Yönelik Sonuçların Değerlendirilmesi .....	70
4.2. Araştırma Grubunu Covid-19 Salgın Sürecindeki Durumlarına Yönelik Sonuçların Değerlendirilmesi .....	71
4.3. Ölçek İfadelerine Verilen Cevaplardan Elde Edilen Sonuçların Değerlendirilmesi .....	73
4.4. Hipotez Test Sonuçları .....	74

<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>78</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>79</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>93</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>111</b>

## KISALTMALAR

<b>BAÖ</b>	: Beck Anksiyete Ölçeği
<b>BDE</b>	: Beck Depresyon Envanteri
<b>BDKS</b>	: Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu
<b>BKİ</b>	: Beden Kitle İndeksi
<b>CTÖ</b>	: Covid-19 ile Takıntı Ölçeği
<b>DİA</b>	: Duygusal İştah Anketi
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>EVH</b>	: Ebola Virüs Salgını
<b>H1N1</b>	: Domuz Gribi
<b>KAÖ</b>	: Koronavirüs Anksiyete Ölçeği
<b>MERS-CoV</b>	: Orta Doğu Solunum Sendromu Koronavirüs
<b>MKİ</b>	: Metakognitif İnançlar
<b>OKB</b>	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>SARS-CoV</b>	: Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüs
<b>S-REF</b>	: Kendini Düzenleyen Yürütücü İşlev Modeli

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Normallik Test Sonuçları .....	33
<b>Tablo 2.</b> Katılımcılara Ait Demografik Özellikler .....	34
<b>Tablo 3.</b> Katılımcıların Çalışma Durumu ve Aylık Gelir Düzeylerine Yönelik Elde Edilen Sonuçlar.....	36
<b>Tablo 4.</b> Katılımcıların Çocuk Sahiplik Durumlarına Yönelik Sonuçları .....	38
<b>Tablo 5.</b> Katılımcıların Covid-19 Sürecine Yönelik Durumlarıyla İlgili Elde Edilen İstatistikleri .....	39
<b>Tablo 6.</b> Covid-19 İle Mücadele Durumuna Yönelik Elde Edilen İstatistikler .....	42
<b>Tablo 7.</b> Covid-19 Nedeniyle Vefat Eden Kişi/Kişilerin Olup Olmadığına Yönelik Elde Edilen İstatistikler .....	43
<b>Tablo 8.</b> Covid-19 Salgın Sürecinde Endişe ve Kaygı İle Baş Etmede Başvurulan Yöntemler ...	44
<b>Tablo 9.</b> Araştırma Grubunun Kurallara Uyuma Durumlarına Yönelik Elde Edilen İstatistikler...	45
<b>Tablo 10.</b> Araştırma Grubunun Kilo Durumlarına Yönelik Elde Edilen İstatistikler .....	46
<b>Tablo 11.</b> Araştırma Grubunun Ruhsal Durumlarına Yönelik Elde Edilen İstatistikleri .....	48
<b>Tablo 12.</b> Covid-19 Salgın Sürecinde Araştırma Grubunun Yaşamında Yaşanan Farklılığa Yönelik Elde Edilen İstatistikler .....	49
<b>Tablo 13.</b> Katılımcıların Covid-19 Salgın Sürecinde Alkol ve Sigara Kullanma Durumlarına Yönelik Elde Edilen İstatistikleri .....	50
<b>Tablo 14.</b> Koronavirüs Anksiyete Ölçek İfadelerine Verilen Cevaplardan Elde Edilen Betimsel İstatistikler .....	51
<b>Tablo 15.</b> Covid-19 İle Takıntı Ölçeğinde Yer Alan İfadelere Verilen Cevaplardan Elde Edilen Betimsel İstatistikler.....	52
<b>Tablo 16.</b> Tüm Değişkenlerin Betimsel İstatistikleri.....	53
<b>Tablo 17.</b> Covid-19 İle Takıntı Ölçeğine Göre Değerlendirmeler .....	54

<b>Tablo 18.</b> Koronavirüs Anksiyete Ölçeğine Göre Değerlendirmeler .....	54
<b>Tablo 19.</b> Beck Depresyon Ölçeğine Göre Değerlendirmeler.....	55
<b>Tablo 20.</b> Beck Anksiyete Ölçeğine Göre Değerlendirmeler.....	55
<b>Tablo 21.</b> Duygusal İştah Anketinden Alınan Toplam Puanlar İle Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Koronavirüs Anksiyete Ölçekği, Covid-19 İle Takıntı Ölçeği, Yaş, Boy, Kilo, Bilişsel Dikkat Sendromu Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi Sonuçları ....	56
<b>Tablo 22.</b> Beden Kitle İndeksi İle Araştırmada Ele Alınan Temel Değişkenler Arasındaki Karşılaştırmaya Yönelik Yapılan Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları .....	58
<b>Tablo 23.</b> Beden Kitle İndeksine Göre Yapılan Çoklu Karşılaştırma Test Sonuçları .....	60
<b>Tablo 24.</b> Son 1 Yılda Kiloda Değişimin Olup Olmaması İle Araştırmada Ele Alınan Temel Değişkenler Arasındaki Karşılaştırmaya Yönelik Yapılan Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	61
<b>Tablo 25.</b> Son 1 Yılda Kiloda Değişiklik Olmaması ve Covid-19 Döneminde Kilo Alma İle Araştırmada Ele Alınan Temel Değişkenler Arasındaki Karşılaştırmaya Yönelik Yapılan Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	63
<b>Tablo 26.</b> Covid-19 Salgın Sürecinde Haneye Giren Toplam Gelirde Azalma Olup Olmadığı İle Araştırmada Ele Alınan Temel Değişkenler Arasındaki Karşılaştırmaya Yönelik Yapılan Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	64
<b>Tablo 27.</b> Duygusal Yemeyi Etkileyen Faktörlerin Tespitine Yönelik Yapılan Lineer Çoklu Regresyon Analizi Tablosu .....	65
<b>Tablo 28.</b> Olumlu Duygu ve Durumlarda Yemeyi Etkileyen Faktörlerin Tespitine Yönelik Yapılan Lineer Çoklu Regresyon Analizi Tablosu .....	66
<b>Tablo 29.</b> Olumsuz Duygu ve Durumlarda Yemeyi Etkileyen Faktörlerin Tespitine Yönelik Yapılan Lineer Çoklu Regresyon Analizi Tablosu .....	67
<b>Tablo 30.</b> BKİ Grupları Arasında Covid-19 Sürecinde Beslenme Davranışlarındaki Değişiklik Oranlarının Karşılaştırıldığı Ki Kare Testi Tablosu.....	68

<b>Tablo 31.</b> BKİ Grupları Arasında Covid-19 Sürecinde Sokağa Çıkma Yasağının Uygulandığı Günlerde Beslenme Davranışlarındaki Değişiklik Oranlarının Karşılaştırıldığı Ki Kare Testi Tablosu .....	69
---	----

## ÖZET

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

<b>Tezin Başlığı:</b> Covid-19 Salgın Sürecinde Duygusal Yeme ile Metakognisyonlar, Anksiyete ve Obsesif İnançlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	
<b>Tezin Yazarı:</b> Aysel İŞLER	<b>Danışman:</b> Dr. Öğr. Üyesi Anıl GÜNDÜZ
<b>Kabul Tarihi:</b> 23/08/2021	<b>Sayfa Sayısı:</b> vi (ön kısım) +92 (tez) +18 (ek)
<b>Anabilimdalı:</b> Psikoloji	<b>Bilimdalı:</b> Klinik Psikoloji
<p>Bu çalışmanın temel amacı, Covid-19 salgını sürecinde değişen yaşam düzeninden etkilendiği düşünülen bireylerin duygusal yeme davranışları ile metakognisyonları, obsesif inançları, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışmanın örnekleme, Türkiye'nin farklı şehirlerinde yaşayan 18-65 yaş arası 513 kadın ve 118 erkek olmak üzere toplam 631 kişiden oluşmaktadır. Çalışmada yer alan sosyodemografik veri formu, Duygusal İştah Anketi, Covid-19 ile Takıntı Ölçeği, Koronavirüs Anksiyete Ölçeği, Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu-1 Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği, online olarak cevaplanmış, SPSS 26 paket programı ile analiz edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için korelasyon analizi ve ki-kare testi, grup ortalamalarının istatistiksel farklılığını test etmek için Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis H Testleri, farklılık kaynağının tespiti için Tukey HSD Testi, değişkenlerin duygusal iştahın açıklanmasına katkısını belirlemek için çoklu lineer regresyon analizi uygulanmıştır.</p> <p>Çalışmanın sonucunda, Covid-19 virüsüne yönelik anksiyete düzeyi ile kişilerin duygusal durumlarda yeme davranışları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca, olumlu ve olumsuz duygu ve durumlarda yeme davranışları ile BDKS arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunurken, metakognitif inançlar ile sadece olumlu duygu ve durumlarda yeme davranışı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diğer yandan, olumlu ve olumsuz duygu ve durumlarda yeme davranışları ile kişilerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ve Covid-19'a yönelik obsesif inançlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.</p>	
<b>Anahtar Kelimeler:</b> Covid-19, Duygusal Yeme, Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu, Depresyon, Anksiyete, Obsesyon	

## ABSTRACT

Istanbul Kent University Graduate Education Institute Abstract of Master's Thesis

**Title of the Thesis:** Examination of the Relationship Between Emotional Eating, and Metacognitions, Anxiety, and Obsessive Beliefs during the Covid-19 Outbreak

**Author:** Aysel İŞLER

**Supervisor:** Dr. Lecturer Anıl GÜNDÜZ

**Date:** 23/08/2021

**Nu. of pages:** vi (pre text) + 92 (main body) + 18 (App.)

**Department:** Psychology

**Subfield:** Clinical Psychology

The main purpose of this study is to examine the relationship between emotional eating behaviors and metacognitions, obsessive beliefs, depression, and anxiety levels of individuals who are thought to be affected by the changing lifestyle during the Covid-19 epidemic. The sample of the study consists of a total of 631 people, 513 women and 118 men, between the ages of 18-65 living in different cities of Turkey. The sociodemographic data form, Emotional Appetite Questionnaire, Obsession with Covid-19 Scale, Coronavirus Anxiety Scale, Cognitive Attentional Syndrome-1, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory included in the study were answered online and analyzed with SPSS 26 package program. In this study, correlation analysis and chi-square test were used to examine the relationships between the variables. Mann Whitney U and Kruskal-Wallis H Tests were used to test the statistical difference of the group means, and Tukey HSD Test was applied to determine the source of the difference. Multiple linear regression analysis was used to determine the contribution of the variables to the explanation of emotional appetite.

As a result of the study, a positive and significant relationship was found between the level of anxiety towards the Covid-19 virus and the eating behaviors of people in emotional situations. In addition, there was a positive and significant relationship between eating behaviors in positive and negative emotions and situations and BDKS, while a positive significant relationship was found between metacognitive beliefs and eating behavior only in positive emotions and situations. On the other hand, no significant relationship was found between eating behaviors in positive and negative emotions and situations, depression and anxiety levels of individuals, and obsessive beliefs about Covid-19.

**Key Words:** Self-compassion, Rumination, Ruminative Thinking Style, Psychological Symptoms

## GİRİŞ

2019 yılının Aralık ayında Çin'in Wuhan eyaletinde insanlarda ateş, öksürük ve nefes darlığı belirtilerine yaygın olarak rastlanmıştır. Yapılan araştırmalar sonucunda, MERS-CoV ve SARS-CoV'un da aralarında bulunduğu virüs ailesinden olduğu anlaşılan yeni bir tip koronavirüs, SAR-CoV-2, bulunmuş, bu virüse Covid-19 adı verilmiştir. Salgın ilk olarak bu bölgedeki hayvan pazarında tespit edilmiş ve buradan diğer dünya ülkelerine hızla yayılmıştır. Hastalığın Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) açıkladığı belirtileri arasında ateş, öksürük ve nefes darlığı ve ağır vakalarda zatürre, solunum yetmezliği, böbrek yetmezliği bulunmaktadır ([www.covid19.saglik.gov.tr](http://www.covid19.saglik.gov.tr), 2021). Dünya genelinde 163.312.429 kişinin hastalığa yakalandığı, 3.386.825 kişinin hayatını kaybettiği açıklanmıştır ([www.covid19.who.int](http://www.covid19.who.int), 2021). Türkiye'de ise şimdiye kadar açıklanan vaka sayısı 5.139.485, ölüm sayısı ise 45.186'dır ([www.covid19.who.int](http://www.covid19.who.int), 2021). Vakaların yüzde 80'i hastalığı hafif belirtilerle geçirirken, özellikle 65 yaşüstü bireyler ile kronik bir hastalığı (kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet, kronik solunum yolu hastalığı, kanser gibi) olan kişilerin risk grubunda olduğu açıklanmıştır. Covid-19'un yakın geçmişteki salgın hastalıklara kıyasla daha geniş bir alanda etkili olması nedeniyle her ülkede hastalığı kontrol altına alabilmek ve yayılma hızını azaltabilmek adına değişen dönemlerde farklı önlemler alınmıştır. Türkiye'de de 10 Mart 2020 tarihinde ilk vakanın açıklanmasının ardından maske kullanımı zorunlu kılınmış, yüzyüze eğitime ara verilmiş, kamu ve özel sektörde uzaktan çalışma düzenine geçilmiş ve sokağa çıkma yasakları uygulanmıştır. Bu kısıtlamalar, vaka sayılarının azalması ile birlikte gevşetirse de artan vaka sayısı sebebiyle yeniden uygulanmıştır.

Yüksek beden kitle indeksinin, kalp ve damar hastalıkları, diyabet, kas-iskelet sistemi hastalıkları ile bazı kanser türleri için büyük risk faktörü olduğunu belirten DSÖ'nün açıkladığı verilere göre 2016'da 1,9 milyardan fazla yetişkinin fazla kilolu ( $BKİ \geq 25$ ) olduğu, bu kişilerin 650 milyondan fazlasının ise obez ( $BKİ \geq 30$ ) olduğu, obezite prevalansının dünya çapında 1975 ile 2016 arasında neredeyse üç katına çıktığı tespit edilmiştir ([www.who.int](http://www.who.int), 2020). Obezite ve fazla kilonun temel nedeni olarak tüketilen kalori ile harcanan kalori arasındaki enerji dengesizliğinin gösterilmesi ([www.who.int](http://www.who.int), 2020), sağlıklı kilo dengesinin bozulmasına

yol açan kalori alımı hakkında yapılan araştırmaların sayısını artırmıştır. Covid-19 hastalığı sebebiyle sokağa çıkma yasaklarının uygulanması, uzaktan eğitim ve evden çalışma düzenine geçilmesi ile birlikte kişilerin azalan beden hareketliliği, artan uyku problemleri, stres gibi faktörlerin kişilerin yiyeceklerle ilişkisini değiştirdiği öngörülmektedir. Kişilerin olumsuz duygularını regüle edebilme amacıyla yeme davranışlarını artırma ihtimalleri (Gold ve Chrousos, 2002: 256) ile obezite olasılığının artacağı dşnlmş; obezitenin beraberinde getireceği kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet gibi rahatsızlıkların (Gillum, 1987: 421) ise Covid-19 hastalığında risk faktörü olması (Shah ve diğerleri, 2021: 831), ilaç ve aşı geliştirme çabalarına rağmen mutasyona uğrayan virüsün etkisini ne zaman yitireceğine dair belirsizliğini koruması gibi durumlar göz önünde bulundurularak çalışmanın temeli oluşturulmuştur.

Sonuç olarak yapılan alanyazın araştırmasında, Covid-19 pandemi dönemi içerisinde bireylerin gündelik yaşam düzenlerinin değişmesine bağlı olarak toplumda daha farklı sağlık problemlerine yol açabilecek yeme davranışları ile depresyon, anksiyete, salgına yönelik obsesif inançlar ve metakognisyonlar üzerinde değişikliklere yol açmıştır. Bu ilgili değişkenler arasındaki ilişkinin incelendiği herhangi bir araştırma ise bulunmamıştır. Buradan yola çıkılarak araştırmanın amacı belirlenmiştir.

## **Tanımlar**

**Covid-19:** İlk olarak Çin'in Wuhan Eyaleti'nde 2019 yılının sonlarında ortaya çıkan solunum yolu belirtileri (ateş, öksürük, nefes darlığı) gösteren kişilerde yapılan tetkikler sonucunda 13 Ocak 2020'de tanımlanan, SAR-CoV-2 virüsünün neden olduğu bir hastalıktır.

**Duygusal İştah:** Olumsuz duygular ile baş etmek amacıyla yemek yeme isteği olarak tanımlanmaktadır.

**Metakognisyon (stbiliş);** Kişinin kendi bilişsel süreçlerinin farkında olması, düzenlemesi, değerlendirme ve denetlemesini yapması hususunda aktive olan st düzey bir bilişsel sistemdir.

**Depresyon:** Uzun süren keder ve çökkün duygu hali, isteksizlik ve zevk alamama, bilişsel ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi semptomları içeren duygudurum bozukluğudur.

Anksiyete: Kötü bir durumun gerçekleşeceğine dair yoğun ve devamlılık sergileyen bir korku, kaygı, gerginlik halidir.

Takıntı: İrade dışı gelen, kişiyi huzursuz eden, gönderilmek istenmesine rağmen inatçı bir biçimde varlığını sürdürmeye devam eden düşünce, imaj ve dürtülerdir.

# **BÖLÜM 1: KURAMSAL ÇERÇEVE**

## **1.1. Duygusal Yeme**

### **1.1.1. Duygusal Yeme Kavramı**

Yemek yeme davranışı, birincil hedefi olan fiziksel açlığı tatmin etmenin yanı sıra stres ve duyguları yönetmek için de sergilenmeye başlanmıştır. Bu durumun yemeğe erişimin kolaylaşması ve artan bolluk ile ilgili olduğu belirtilmektedir (Svaldi ve diğerleri, 2012: 109). Duygusal yeme, genellikle, depresif duygudurum, öfke, kaygı gibi olumsuz duygulardan kaçma veya bu tür duyguları regüle etme amacıyla yemek yeme anlamına gelmektedir (Heatherton ve Baumeister, 1991: 88; Thayer, 2003: 8). Duygular ile yemek yeme davranışının yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Fiziksel ve ruhsal rahatsızlıklar esnasında veya kederli olaylar yaşantılandığında iştahın azalması, mutluluk verici olayların ziyafetlerle kutlanması, kıtlık ihtimalinin korku yaratması gibi durumlar bunu göstermektedir (Bruch, 1964: 269).

Macht ve Simons (2000: 69-70), duygusal yeme davranışı için 2 varsayımda bulunmuşlardır, bunlardan ilki olumsuz duyguların yemek yeme isteğini artırdığı, olumsuz duygulanım ile kişilerin yoğun bir iştah artışı ile yemek yemeye yöneldikleri görüşüdür. Diğeri ise, yemek yeme sonrası negatif duyguların azaldığı görüşüdür. Ayrıca olumlu duygular ve duygusal açıdan nötr durumlarla kıyaslandığında kişilerin olumsuz duygularda yeme isteklerinin arttığı belirtilmiştir (Macht ve Simons).

Benzer şekilde, tıknircasına yeme bozukluğu olan kişilerle yapılan bir çalışmada da, duyguların, kişilerin kendi yeme süreçlerini değerlendirmelerinde de etkili olduğu, olumsuz duygudurumun bu kişilerin algılarını etkilediği görülmüştür. Ayrıca, kişilerin farklı zamanlarda aynı miktarda yiyecek alımı yaptıkları halde, daha olumsuz duygudurumda iken yeme süreçlerini tıknircasına yeme epizodu olarak değerlendirirken, diğer zamanlarda aynı porsiyon oranındaki yiyecek tüketimini, fazla yeme olarak değerlendirdikleri gözlenmiştir (Telch ve Agras, 1996: 277).

Çocukluk ve ergenlik dönemindeki duygusal yemek yeme, sonraki yıllarda aşırı yeme, yeme bozuklukları, depresif belirtiler ve sorunlu davranışlar geliştirme oranının daha yüksek olmasıyla ilişkilendirilmiştir (Braet ve van Stier, 1997: 870; Braet ve diğerleri, 2008: 740).

## **1.1.2. Duygusal Yeme ile İlgili Teoriler**

### **1.1.2.1. Psikosomatik Teori**

Duygular ile yeme davranışı arasında bir ilişki olduğunu öne süren teorilerin başında gelen Psikosomatik Teori'ye göre; obez kişilerin açlık dürtüsü yerine, duydukları kaygının kaynağını ele almadan doğrudan ve hızlı bir şekilde kaygı duygusunu azaltmaya yönelik yeme davranışları sergiledikleri belirtilmiş, yiyecek alımı sonrası rahatsızlık veren duyguların yoğunluğunun azalması ile olumsuz duygulanımlarında yeme davranışını pekiştirdikleri ifade edilmiştir (Kaplan ve Kaplan, 1957: 25).

Psikosomatik Teori'nin savunucularından Bruch (1962: 52), teoriyi geliştirerek aşırı yeme, obezite ve anoreksiya nervoza gibi yeme bozukluklarına farklı bir açıklama getirmiştir. Bruch'a göre (1962:52), çocukluklarında ihtiyaçlarına, çevreden verilen cevapların uygun olmaması sonucu oluşan kafa karışıklığı ile bazı kişiler, yaşamlarının ileriki dönemlerinde açlık ve tokluklarını tanımlamakta zorluk yaşayabilmektedir. Bu kişilerin yiyecek için duydukları ihtiyacı rahatsızlık verici duygulardan ve hislerden ayırt edemedikleri, açlıklarını yorumlayabilecek farkındalıkları gelişmediği için, yemeye başlamak ve yemeyi sonlandırmak için dışarıdan gelen sinyallere ihtiyaç duydukları belirtilmektedir (Bruch, 1962: 52). Diğer yandan, obez bireylerin, hem anksiyete hem de açlığa yanıt olarak yeme yanıtının verildiğini öğrenmeleri sebebiyle açlığı anksiyeteden ayırt edemedikleri varsayılmıştır (Canetti, Bachar ve Berry, 2002: 159).

### **1.1.2.2.Dışsal Teori**

Bireylerin yeme davranışlarını açıklamak üzere yaptıkları çalışmada Schachter, Goldman ve Gordon (1968: 93) anksiyetenin, normal kilolu deneklerde mide kasılmalarını engelleyerek ve kan dolaşımına şeker salgılayarak, yeme davranışını azaltmasına rağmen, iç fizyolojik durumlarına göre yemek yemeyen obezler üzerinde çok az etkisinin olacağı varsayımında bulunmuşlardır. Schachter, obez bireylerin mide kasılmalarını açlık olarak yorumlama oranlarının normal BKİ'ye sahip kişilere oranla daha düşük olduğunu, obez bireylerin yemek yemeye başlamalarında içsel uyaranlardan ziyade yiyeceklerin görüntü, koku, tatları ve diğer

insanların yeme aktiviteleri gibi dışsal uyaranların etkili olduğunu öne sürmüşlerdir (1968: 753).

### **1.1.2.3. Kısıtlama Teorisi**

Yeme davranışı örüntüsündeki farklılıkları açıklayabilmek için kişileri, obez bireyler ve normal kiloya sahip bireyler şeklinde iki gruba ayırarak yapılan açıklamaların yeterli bulunmaması üzerine Herman ve Mack (1975: 657) istenilen kiloyu korumak veya kilo vermek amacıyla yiyecek alımlarını kısıtlayan normal kilolu kişilerin de dışsal uyaranlardan etkilendiklerini öne sürmüşlerdir. Herman ve Polivy (1975: 671) gıda alımlarını kısıtlayan normal kilolu kişileri kısıtlama düzeylerini düşük ve yüksek olarak gruplandırdıkları bir çalışmada, yüksek düzeyde kısıtlamalı beslenen kişilerin kaygı duyguları arttığında veya diyetlerini bozmalarından sonra yeme miktarlarını artırdıklarını gözlemlemişlerdir. Diyet yapan kişilerin diyetlerini sürdürebilmeyi başarma durumları incelendiğinde, duygusal faktörlere yanıt olarak aşırı yeme davranışı sergileyen kişilerin uzun vadede diyetlerinde başarısız olma olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Keller ve Hartmann, 2016: 219).

### **1.1.2.4. Kaçış Teorisi**

Olumsuz duygulara veya strese yanıt olarak yemek yeme eğilimi atipik bir stres tepkisidir, çünkü fizyolojik stres tepkileri, beslenmenin neden olduğu tokluk ile ilişkili iç duyumları taklit eder, bununla ilişkili olarak beklenen stres tepkisi yemek yememektir (Gold ve Chrousos, 2002: 256). Ancak kişiler, stres durumlarında her zaman tokluk hallerinde davrandıkları gibi hareket etmezler.

Fizyolojik ihtiyaçlardan bağımsız olarak sergilenen yeme davranışını açıklamak için öne sürülen teorilerden bir diğeri de Kaçış Teorisidir. Bu teoriye göre kişiler, kendiliklerine dair farkındalıklarının getirdiği negatif ve rahatsız edici duygulardan kaçmak için aşırı yeme davranışında bulunabilir, böylelikle kişilerin dikkatleri egolarını tehdit eden bilgilerden şimdiki zamana ve çevrelerindeki uyaranların belirgin özelliklerine çevrilmektedir (Heatherton ve Baumeister, 1991: 88). Herman ve Polivy'nin Maskeleye Teorisinde ise benlik saygısına

yönelik bir tehdidin getirdiği stresin, aşırı yeme ile diyetin bozulması sonucu gelen stres ile yer değiştirdiği varsayılmıştır (Polivy, Herman ve McFarlane, 1994: 505).

#### **1.1.2.5. Benlik Kaynaklarının Tükenmesi Modeli**

Kendiliğin kontrolünün, güç veya enerjiye benzer sınırlı bir kaynağa dayandığı, bu sebeple bir irade eyleminde bulunulduğunda sonraki irade eylemi için daha az enerjinin kaldığı bu teorinin temelindeki düşünceyi oluşturmaktadır (Baumeister ve diğerleri, 1998: 1252). Bu teoriye göre aynı kaynak, düşünceleri düzenlemek, duyguları kontrol etmek, dürtüleri inhibe etmek, fiziksel dayanıklılığı sürdürmek ve hayal kırıklığı veya başarısızlık karşısında devam edebilmek gibi birçok farklı görev için kullanılmaktadır (Schmeichel, Vohs ve Baumeister, 2003: 33). Diyet yapan kişilerin duygularını bastırdıktan sonra dondurma tüketimini artırmaları ve duyguları ifade etmede serbest bırakıldıklarında yeme davranışlarında artış olmaması durumlarının, kişilerin öz düzenleme kaynaklarını kullanıp kullanmamalarına göre değiştiği öne sürülmüştür. Diğer bir deyişle, besin alımını kısıtlayan kişiler diyetlerini koruyabilmek için sınırlı olan kaynaklarının büyük bir kısmını kullandıkları için lezzetli bir yiyecek ile karşılaştıklarında diyetlerini koruyamamışlardır (Vohs ve Heatherton, 2000: 252-253).

#### **1.1.3. Duygusal Yeme İle İlgili Çalışmalar**

32 bulimik vakanın incelendiği bir çalışmada, katılımcıların tümü tıknırcasına 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 ve Beumont, 1982: 630). Ekolojik anlık değerlendirme ile günlük duygudurum ve bulimia nervoza arasındaki ilişkiye bakılan bir çalışmada negatif duyguların yoğun olduğu günlerde bulimik davranışların gerçekleşme olasılığının daha fazla olduğu bulunmuştur (Crosby ve diğerleri, 2009: 186).

Steinsbeek ve arkadaşlarının 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 (Steinsbekk ve diğerleri, 2018: 1243; Rogers ve diğerleri, 2013: 8).

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 (Kuijjer ve Boyce, 2012: 938).

## **1.2. Metakognitif Teori ile ilgili kavramlar**

### **1.2.1. Metakognisyon kavramı**

Brown (1977:4), metakognisyon terimini açıklarken gelişimsel psikoloji alanında “meta” ile başlayan kavramların kullanılmasında en çok payı olduğunu düşündüğü Flavell’in (1976:232) metakognisyonu genellikle bilişsel nesnelere ve bu nesnelere ilgili süreçlerin aktif olarak izlenmesi ve düzenlenmesi olarak yaptığı tanıma yer vermiştir.

Düşünme hakkında düşünmeyi ifade eden metakognisyon, insanların bildikleri ve bu bilgileri belirli görevler için nasıl kullandıkları hakkındaki kendini düzenleyen düşünceye odaklanır (Jakobs ve Paris, 1987:255).

Metakognisyon terimini açıklarken sıkça kullanılan izleme (self monitoring/cognitive monitoring) kavramını Flavell (a) metakognitif bilgi, (b) metakognitif deneyimler, (c) hedefler (veya görevler) ve (d) eylemler (veya stratejiler) olmak üzere dört fenomen ve bunların birbirleriyle etkileşimi olarak açıklamıştır. Flavell, (a) metakognitif bilgiye bir çocuğun, birçok arkadaşının hecelemede başarı gösterirken kendisinin aritmetikte daha iyi olduğuna dair edinmiş olduğu inancı, (b) metakognitif deneyime, bir kişinin yanında konuşulan bir şeyi anlamadığına dair gelen ani hissi örnek verirken (c) hedefler (veya görevler) fenomenini

bilişsel bir girişimin hedefleri, (d) eylemler (veya stratejiler) fenomenini ise bu bilişsel hedefleri başarmak için kullanılan bilişlere veya diğer davranışlar olarak açıklamıştır (1979:906-907).

Kitchener, bireylerin problem çözüm süreçlerini izleme yeteneklerini 3 seviyeli kognitif bir modelle açıklamıştır. Buna göre her seviye bir sonraki seviye için bir temel sağlar, ancak ona dahil edilmez. Diğer bir deyişle birinci seviye diğer iki seviyeden bağımsız olarak çalışabilirken, tersi geçerli değildir. Ezberleme, algılama, dil öğrenme gibi bilişsel süreçler modelin ilk seviyesi olan kognitif seviyesi olarak kabul edilir. İkinci seviye metakognitif seviyesidir ve ilk seviyedeki bilişsel görevler veya hedeflerle meşgul olduğunda bilişsel ilerlemeyi izlemek için çağrılan süreçler olarak açıklanır. Son seviye olan epistemik kognisyon, problemlerin epistemik doğasını ve alternatif çözümlerin doğruluk değerini izlemek için başvurduğu süreçler olarak tanımlanır (1983:225).

Düşünmeyi, birçok müzisyen ve enstrümandan oluşan büyük bir orkestraya, metakognisyonu ise kabul edilebilir bir uvertürü oluşturmak için gerekli olan nota ve orkestra şefine benzeten Metakognitif Terapi'nin geliştiricisi Wells, metakognisyonu bilişsel ürünleri ve farkındalık süreçlerini izleyen, kontrol eden ve değerlendiren kognisyonlar olarak tanımlamaktadır (2011:1).

### **1.2.2. Bilişsel Modlar**

Nesne modu; düşünce ve inançlar, genellikle zihinde gerçekleşen iç olaylar olarak kabul edilmez, bunun yerine dış gerçekliğin birebir aynısı olarak deneyimlenir. Zihnin ürünleri olan düşünce ve inançlar, dünya gerçekliği ile kaynaştırıldığında, onların gerçek benlikten ve dünyadan bağımsız iç temsiller ve yapılar olarak değerlendirilmesi zorlaşır. Wells, düşüncelerin ve inançların kendilik veya dünyanın doğrudan deneyimlenmesinden ayırt edilmediği bu deneyimleme türü için nesne modu terimini kullanmıştır.

Meta mod ise düşüncelerin bilinçli bir şekilde kendilik ve dünyadan ayrı olarak deneyimlendiği, bireyin düşüncelerle mesafe koyarak ilişkilendiği, bu ilişkilendirme sırasında onları çok yönlü bilinçli bir deneyimin parçası olarak kabul ettiği moddur (2011:8).

### **1.2.3. Metakognitif inançlar**

Metakognitif teoriye göre psikolojik sorunların gelişimi ve sürdürülmesinde etkin olan önemli faktörlerden biri pozitif ve negatif olmak üzere ikiye ayrılan metakognitif inançlardır. Pozitif inançlar, endişelenmenin, rumine etmenin, tehdit aramanın ve düşünceleri kontrol etmenin yararları olduğuna dair inançlardır. Örneğin “gelecek hakkında endişelenmek, olabileceklere karşı her zaman hazırlıklı olacağım anlamına gelir.” Negatif inançlar ise, düşüncelerin kontrol edilemezliği, önemi veya tehlikeli sonuçlarıyla ilgilidir. “X hakkında düşünmek aklımı kaybetmeme neden olur; Endişelerim üzerinde hiçbir kontrole sahip değilim” olumsuz inançlara örnektir (Fisher ve Wells, 2009:10).

### **1.2.4. Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu (BDKS)**

Metakognitif teori perspektifiyle bakıldığında tüm psikolojik bozuklukların temel özelliği BDKS’dir. Ruminasyon ve endişe şeklinde süreklilik gösteren düşünceler, tehlike kaynaklarına dikkati odaklama ve geri tepen işlevsiz başa çıkma stratejileri BDKS’yi oluşturur. Ruminasyon, geçmişteki olayların neden gerçekleştiği, ne anlama geldikleri üzerine yapılan analizler olup, olumsuz duygu ve düşünceleri yoğunlaştırarak devam ettirmekte ve çözüme katkı sağlamayan düşünce süreçleridir. Endişe, gelecekte olası tehditleri tespit edip bunlardan kaçınmayı amaçlayan ağırlıklı olarak sözlü düşünce zinciri şeklindeki düşünce sürecidir. (Fisher ve Wells, 2009:9). BDKS’yi oluşturan bir diğer faktör tehdit üzerine odaklanmış dikkat stratejisi olup düşünceler, bedensel duyular ve duygular gibi içsel durumlara veya dış uyaranlar tehdit olarak etiketlenerek bu tehlikelere yönelik dikkatin artması olarak açıklanmıştır. Tehlike arama, süreklilik gösteren bir tehlike hissini devam ettirecek şekilde bilgileri önyargılı işlenmesine sebep olarak uyarılmışlığı ve korkuyu sürdürmektedir. BDKS’nin bir diğer önemli yönü de korkulan durumlardan kaçınma, güvenlik arayışı, düşünceleri kontrol etmeye çalışma, alkol veya madde kullanımı, kendini cezalandırma gibi işlevsiz başa çıkma davranışlarıdır (Wells, 2013:188).

### **1.2.5. Kendini Düzenleyen Yürütücü İşlev Modeli (S-REF)**

Bu modele göre duygusal bozuklukla ilgili disfonksiyonel işlemler kendi aralarında etkileşimi olan üç düzeyli bilişsel bir yapıya dayanmaktadır. Bu yapının ilk düzeyi otomatik ve refleksif işleme düzeyi olup düşüncelerin kişinin kontrolü dışında zihninde belirdiği düzey olarak tanımlanabilir. Diğer bir düzey, davranış ve düşüncelerin bilinçli işlendiği anlam ve önem atfedildiği düzeydir. Modelin son düzeyi ise metakognitif inançların ve bilgilerin bulunduğu ve bilinçli işleme olarak bahsedilen kısmı yöneten düzeydir. İkinci düzeydeki anlık bilgi işlemleri, üçüncü düzeydeki depolanmış bilgi ve inançlara erişim sağlanarak yapılmaktadır. Son düzeydeki bilgi ve inançlar uyarıların kişisel önemine dair yapılan değerlendirmeleri şekillendirir ve başa çıkma tepkileri için genel bir plan hazırlar. Normal şartlar altında S-REF aktivitesi kısa sürmektedir. Örneğin açlık sinyalleri farkındalığa ulaştığında, tokluk durumuna dönmek için daha önce depolanmış bilgiye ulaşılarak en uygun strateji seçilir. Psikolojik bozukluklarda, kendini düzenleme işlemlerinde yaşanan sıkıntılar sebebiyle S-REF modeli kalıcı hale gelebilmektedir. Dikkat, bilgi tarama, hafızadan geri çağırma, değerlendirme ve davranış gibi faktörleri yönlendiren üçüncü düzeydeki bilgi ve inançlar metakognitif özelliklidir. Bu metakognitif bilgilerin bir kısmı bilinçli farkındalığın dışında işleyen örtük bir süreç olabilmekle birlikte, kognisyonlar hakkında belirgin inançlar da olabilmektedir. Örneğin “Endişelenmek başa çıkmama yardım eder”, “düşüncem üzerinde hiçbir kontrolüm yok” gibi (Wells ve Matthews, 1996:882; Wells, 2002:18).

## **1.3. Depresyon**

### **1.3.1. Tanımı ve Tanı Ölçütleri**

Çökkünlük kelimesi ile de ifade edilen depresyon, derin üzüntülü, bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinimsel ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durağanlaşmanın görüldüğü, bunlara değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşüncelerinin eşlik ettiği bir sendromdur (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 262).

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre küresel düzeyde, 300 milyondan fazla insanın (dünya nüfusunun yaklaşık % 4,4'ü), depresyondan muzdarip olduğu tahmin edilmekte olup kadınlarda (% 5,1) erkeklerden (% 3,6) daha yaygındır. Depresyon her yaşta ve her kesimden

insanı etkilese de, yoksulluk, işsizlik, sevilen birinin ölümü veya bir ilişkinin bitmesi gibi yaşam olayları, fiziksel hastalık ve alkol ve uyuşturucu kullanımından kaynaklanan sorunlar depresyon riskini artırmaktadır (WHO, 2017: 8).

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nın beşinci baskısına (DSM-5) göre depresyon bozuklukları bölümünde yer alan yeğin (majör) depresyon bozukluğu tanısının koyulabilmesi için aynı iki haftalık dönem boyunca aşağıda sayılan belirtilerden en az beşinin bireyde gözlemlenmesi ve kişinin önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması gerekmektedir. Bu belirtilerden en az birisinin (1) çökkün duygu durum ya da (2) ilgi yitimi veya zevk alamama olması gerekmektedir. Bu belirtiler şu şekildedir:

- 1- Çökkün duygu durum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir.
- 2- Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur.
- 3- Kilo vermeye çalışırken çok kilo verme ya da kilo alma (örn, bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik), ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.
- 4- Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
- 5- Neredeyse her gün, ajitasyon veya yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
- 6- Neredeyse her gün, bitkinlik veya içsel gücün kalmaması.
- 7- Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk olarak duymak değil).
- 8- Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama.
- 9- Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürme üzerine özel bir eylem tasarlama (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 92-93).

### **1.3.2. Depresyonun Etiyolojisi**

#### **1.3.2.1. Biyolojik Yaklaşım**

Yapılan araştırmalar sonucu depresyonun gelişiminde genetik ve çevrenin birlikte etki ettiği bilinmekle beraber, kalıtımın karmaşık bir yapıya sahip majör depresyon hastalığının oluşumundaki rolünün ikiz çalışmalarına dayanılarak yaklaşık %37 oranında olduğu tahmin edilmektedir (Sullivan ve diğeri, 2000: 1552).

1950'lerde tüberküloz tedavisi uygulanırken, merkezi sinir sisteminde monoamin oksidaz inhibitörlerinin ve 1960'larda geliştirilen antihistaminik ilaçların depresif belirtilere iyi geldiklerinin fark edilmesi üzerine monoamin nörotransmitter eksikliğinin, depresyonun biyolojik etiolojisindeki rolü olduğunu öne süren monoamin hipotezi ortaya çıkmış, daha sonra bu hipotez yetersiz görülerek nörotransmitter eksikliği, stres ya da kalıtsal reseptör anormallikleri de biyolojik etioloji açıklamalarına dahil edilmiştir (Albayrak ve Ceylan, 2004: 27).

#### **1.3.2.2. Psikanalitik Yaklaşım**

Freud'un depresyon ile yas dönemini karşılaştırarak yaptığı değerlendirmeler, depresyonun psikanalitik perspektiften açıklandığı metinler arasında önemli ve öncü bir yer tutmaktadır. Devam eden mutsuzluk hali, enerjisizlik, anhedoni ve vejetatif bozukluklar gibi belirtilerin hem depresyonda hem de yas döneminde görüldüğünü belirten Freud, ikisi arasındaki temel farkı açıklarken yas dönemindeki kişilerin mutsuzluk halinin dış dünyada önem attıkları bir varlığın yitimi sebebiyle sürdüğünü ancak depresyonda yitirilmiş veya zarar görmüş olanın kendiliğın bir parçası olduğunu söylemektedir (McWilliams ve Kalem, 2010: 278).

Psikanalitik yaklaşıma göre; gerçekleşmiş bir duruma veya düşüncedeki bir değişime bağlı olarak bireyde, sevdiği kişiyi veya nesneyi kaybettiği duygusunun gelişmesi ya da gerçekten de yitirmesi durumunda kişinin introjekte ettiği ikili duygular (sevgi ve nefret) güçlenmeye başlamaktadır. Ego, süper egonun dikte etmesi ile ikili duygulardan bilinçdışı olan nefret duygusunu dışa vurmak yerine kişinin kendisine yönelmektedir. Bu durum, değersizlik

ve suçluluk duygularının güçlenmesine, özsaygının azalmasına, hayatın anlamının yitirilmesine yol açmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 285).

### **1.3.2.3.Kognitif Yaklaşım**

Beck, depresyonu açıklarken duygu, davranış ve biyokimyanın önemini belirtmekle beraber depresif duygudurumun temel sebebi olarak hastaların bilişlerine işaret ederek depresif kognisyonların değiştirilmesi durumunda buna bağlı olarak kişilerin ruh hali, davranış ve biyokimyalarının da değişeceğinden bahsetmektedir (Newman ve Beck, 1990: 248).

Beck'in kognitif üçlü modeline göre depresyondaki rahatsızlıklar, bireyi kendine, dünyaya ve geleceğe belirli bir şekilde bakmaya zorlayan üç ana kognitif modelin aktivasyonu olarak görülmektedir. Üçlünün ilk bileşeni, deneyimleri olumsuz bir şekilde yorumlamadır. Kişiler, çevreleriyle olan etkileşimlerini süregiden bir şekilde yenilgi, yoksunluk veya aşağılama olarak yorumlar, hayatlarını engeller ya da travmatik yaşantılarla dolu olarak görürler. Modelin ikinci bileşeni, kişinin kendisini olumsuz bir şekilde görme eğilimidir. Kişiler, kendilerini yetersiz, değersiz olarak görürler, hoş olmayan deneyimlerini fiziksel, zihinsel veya ahlaki kusurlarına bağlama eğilimindedirler. Üçüncü bileşen, gelecek hakkında olumsuz değerlendirmeler yapmaktır. Kişiler, ileriye baktıklarında, aralıksız bir zorluk, hayal kırıklığı ve yoksunluk hayatı görürler ve acılarının sonsuza dek devam edeceğini düşünürler (Beck ve Alford, 2009: 226).

Psikolojik rahatsızlıkları kognitif modelle açıklayan Beck, şema (temel inançlar) kavramını modelin diğer bir önemli bileşeni olarak açıklamaktadır. Kişiler, bir durumla karşılaştıklarında çok sayıda uyarandan belirli olanları seçer, seçtikleri uyarınları bilişsel bir modelde birleştirdikten sonra içerisinde buldukları durumu anlamlandırır (Rush ve Beck, 1978: 203). Şemalar, bir kişinin tüm iç veya dış uyarınları taramasına, kodlamasına ve değerlendirmesine, sonrasında nasıl hareket edeceğine karar vermesine izin vermektedir. Bir kişi belirli bir durumla karşılaştığında, o uyarınlara ilgili bir şemanın etkinleştirildiği, etkinleşen şemanın türüne göre bilginin yanlış işlendiği varsayılmaktadır (Beck, 1967; Kelly, 1955; Beck, 2005: 954). Farklı insanlar, benzer veya özdeş durumlara farklı tepkiler verebilirken, bazı kişilerin görünüşte benzer olmayan olaylara aynı türden yanıt vermesini açıklarken şema kavramından yararlanılmaktadır (Kovacs ve Beck, 1978: 526).

Depresyon gibi duygusal bozuklukların sürdürülmesinde önemli rolü olan başka bir bileşen de bilişsel hatalardır. Kişilerin, iç ve dış uyaranları genelleştirerek, silerek ve/veya çarpıtarak temel inançları destekleme işlevi gören alışılmış düşünme biçimlerine bilişsel hatalar denilmektedir. Bilişsel hatalara aşırı genelleme, hep ya da hiç şeklinde düşünme, felaketleştirme, falcılık ve akıl okuma örnek olarak verilebilir (Yurica ve DiTomasso, 2005: 118).

#### **1.3.2.4. Metakognitif Yaklaşım**

Wells'in geliştirdiği metakognitif teoriye göre depresyon modelini oluşturan 4 temel bileşen vardır. Bunlardan ilki ruminasyonun, depresif duyguların ve problemlerin üstesinden gelebilmenin bir yolu olduğuna dair olumlu metakognitif inançlardır. İkinci bileşen, ruminasyonun, kontrol edilemeyeceğine, depresif deneyimlerin tehlikeli olduğuna ve kendiliğin kırılganlığına ilişkin negatif metakognitif inançlardır. Bir diğer önemli madde rumine etmeye dair meta farkındalığın azalması, modelin son bileşeni ise daha önce bahsedilen ve metakognitif teoriye göre psikopatolojiyi devam ettirdiği öne sürülen BDKS'dir. Teoriye göre kendilik, gelecek ve dünya hakkında olumsuz bir düşünce veya yorgunluk, motivasyon eksikliği, üzünlük gibi semptomlar tetikleyici olarak sayılmaktadır. Tetikleyiciler, kişileri içlerinde buldukları durumun anlamı ve nedenleri hakkında sürekli düşünme halinin faydalı olduğuna dair pozitif metakognitif inançları aktif hale getirmektedir. Faydalı olduğuna inanılan sürekli düşünme hali depresif semptomları ağırlaşmasına ve negatif metakognitif inançların aktive olmasına sebep olmaktadır. Negatif inançlarla birlikte, ruminasyona yönelik farkındalığın azalması, işlevsiz başa çıkma mekanizmalarının devam ettirilmesi ve depresif belirtiler konusunda tetikte olma gibi durumlar depresyonu devam ettirmektedir (Wells, 2011: 200-201).

### **1.4. Anksiyete**

#### **1.4.1. Anksiyete Kavramı**

Türkçe'de eş anlamlısı olarak bunaltı kelimesinin de kullanıldığı anksiyete, kişinin kötü bir şey olacaktıymış gibi hissettiği, korkuya benzeyen nedeni belirsiz bir sıkıntı, endişe duygusu

olup çok hafif gerginlik duygusu ile panik derecesi arasında farklı yoğunluklarda olabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 57). Tehlike için erken uyarı işaretlerinin hızlı tespiti, hayatta kalmak için önemli bir faktördür. Anksiyete, hoş gitmeyen ve rahatsız edici bir durum olmakla birlikte, olası tehdit ve tehlike potansiyellerinin tespitini kolaylaştırmaktadır. Bununla birlikte bazı kişilerde tehlike tespit süreci hassaslaşarak, çevreden gelen uyanları olduğundan daha zarar verici olarak yorumlamalarına sebep olabilmektedir. Bu gibi durumlarda anksiyete işlevini yitirmiş olmaktadır (Eysenck, 2013: 5).

Anksiyete durumunda sadece duygular etkilenmemekte, kalp atışının hızlanması, kan basıncının yükselmesi, kas tonusu ve terlemenin artması, nefes daralması, baş dönmesi, mide bulantısı gibi fiziksel belirtiler de ortaya çıkabilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 117).

Dünya Sağlık Örgütü, 2015 yılında toplanan verilere göre dünya genelinde anksiyete bozukluğuna sahip kişi sayısının yaklaşık 264 milyon yani dünya nüfusunun %3,6'sı olduğunu açıklamıştır. Anksiyete bozukluklarının kadınlarda görülme yaygınlığı (%4,6) erkeklerden (%2,6) daha fazladır (WHO, 2017: 10).

#### **1.4.2. DSM'in Farklı Basımlarında Yer Aldığı Şekliyle Anksiyete**

1952 yılından itibaren yayımlanmaya başlayan Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nın (DSM) ileriki basımlarında diğer bozukluklarda olduğu gibi anksiyete de değişiklikler yapılmıştır. Crocq, tarihsel gelişimini incelediği yazısında anksiyetenin, DSM-I'de günümüzde, artık tanımsal sınıflandırmalarda kullanılmayan psikonevrotik bozukluklarla aynı anlamda kullanıldığını, bastırılmış dürtülerin anksiyeteye yol açtığını ve çeşitli semptomlar aracılığıyla dışavurulabildiğini aktarmaktadır. DSM-II'de ayrı bir kategoride yer verilen Nevrozlar'ın en önemli özelliğinin anksiyete olduğu, anksiyetenin doğrudan hissedilebildiği, ifade edilebildiği veya konversiyon, yer değiştirme ve diğer psikolojik mekanizmalarla bilinçdışı ve otomatik olarak kontrol edilebildiği anlatılmaktadır. Sonraki yıllarda yayımlanan DSM'lerde anksiyete kelimesi bir tanı grubunun ismi olarak kullanılmaya başlanmıştır (2015: 323). 2013 yılında basılan DSM-5'te Anksiyete Bozuklukları kategorisinin altında yer alan başlıklar şu şekildedir; Ayrılma Kaygısı Bozukluğu,

Mutizm, Özgül Fobi, Sosyal Fobi, Panik Bozukluğu, Agorafobi, Yaygın Kaygı Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu ve diğer durumlara bağlı kaygı bozuklukları (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 113-127). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar ile Örselenme ve Tetikleyici Etkenle İlişkili Bozukluklar, daha önceki DSM’lerde Anksiyete Bozuklukları kategorisinin altında yer alırken son basımda iki ayrı başlıkta anlatılmaktadır.

### **1.4.3. Anksiyete Hakkında Farklı Yaklaşımlar**

#### **1.4.3.1. Biyolojik Açıklama**

Walter Cannon’ın 1932 yılında öne sürdüğü savaş ya da kaç tepkisi teorisi, anksiyeteye fizyolojik açıdan yapılan ilk değerlendirmeler arasında yer almakta ve günümüzde hala önemini korumaktadır. Buna göre, "savaş ya da kaç" terimi, vücudun çevredeki tehdit edici uyarılara, duygusal ve bilişsel değerlendirmeler sonrası sempatik sinir sisteminin aktive edilmesi sonucu verdiği artan kalp atımı ve solunum hızı, terleme gibi fizyolojik tepkileri ifade etmektedir (Kunimatsu ve Marsee, 2012: 249; Taylor ve diğerleri, 2000: 411). Sonrasında tehlike anında ortaya konan bu tepkilere, Jeffrey A. Gray tarafından ilk olarak kullanılan donakalma tepkisi de eklenmiştir. Buna göre donakalma, hayvanlarda da örnekleri görüldüğü üzere herhangi bir kaygı anında tehlike kaynağına dair “dur, izle, dinle” tepkisini barındırmaktadır (Bracha ve diğerleri, 2004: 448).

#### **1.4.3.2. Bilişsel Açıklama**

Eysenck’e göre en önemli işlevlerinden biri, gelecek hakkında düşünme ve plan geliştirme olan kognitif sistemin gelecek hakkında tahmin yürütme kapasitesi, anksiyete ile yakından ilişkilidir (2013: 5). Anksiyete bozukluklarının kognitif modelinde, kişileri önyargılı bir şekilde bilgi işlemeye sevk eden, tüm dikkati tehdit unsurlarına yönelten, belirsiz uyarıların felaket habercisi olarak yorumlayan bilişsel şema veya inançlar, modelin temel unsurları olarak kabul edilmektedir (Kuru ve diğerleri, 2018: 2).

Olması ihtimali olanlar hakkında aşırı derecede endişelenme, anksiyete ve depresyona neden olan veya devam ettiren, işlevselliğe ket vuran bilişsel kalıplardan biri sayılmaktadır.

Kişiler, bu tür işlevsiz düşünce ve inançları tamamen doğru oldukları şeklinde algılayabilmekte bu sebeple de kendileri ve dünya hakkındaki görüşleri abartılı, yanlış veya tutarsız olabilmektedir (Nelson, 2014: 48).

Anksiyete bozukluklarında, bilişsel şema ve inançlar kadar, şemaların yönettiği, yanlış bilgi işleme olduğunda ortaya çıkan, bilişsel çarpıtmalar diye adlandırılan kognitif yapılar da önem taşımaktadır. Duygusal ve motivasyonel sistemleri etkileyen otomatik düşünceler veya olumsuz, geçici, zihinsel olaylar olarak kendini gösteren bilişsel çarpıtmalardan en sık rastlananlar şu şekildedir; felaketlenme (falcılık), zihinsel filtre, akıl okuma, ya hep ya hiç düşünme, aşırı genelleme, keyfi çıkarsama (Morrison ve diğerleri, 2015: 289).

Anksiyeteye bilişsel perspektif ile yapılan açıklamalardan bir diğeri de belirsizliğe tahammülsüzlük modelidir. Belirsizliğe tahammülsüzlük, günlük yaşam durumlarında belirsizliğe verilen bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkileri temsil eden nispeten geniş bir yapı olarak tanımlanmaktadır (Freeston ve diğerleri, 1994: 792). Butler ve Mathews'e göre anksiyetesi daha yüksek insanların belirsiz durumları tehdit olarak yorumlama olasılıkları daha fazlayken, aynı grup kişiler tehdit edici olayların muhtemel zararlarını daha yüksek olarak değerlendirmektedirler (1983: 59).

Krohner, anksiyete durumlarında “tetikte olma” ve “kaçınma” olmak üzere iki ana başa çıkma mekanizması kullanıldığını öne sürdüğü başa çıkma kuramında tetikte olan kişiler için hoş gitmeyen bir olaya ilişkin şaşkınlığa düşme olasılığı gibi belirsiz durumların merkezi bir tehdit oluşturduğunu, bu öznel belirsizlik deneyiminin de artan tetikte olma haliyle ilişkili olduğunu varsaymaktadır (Krohne, 1989: 239).

#### **1.4.3.3. Metakognitif Açıklama**

Fisher ve Wells'e göre, olumsuz düşüncelere veya duygulara endişe ile yanıt verilmesi ile ilgili problem, bir dizi tehdit oluşturması, tehlike hissini artırması, anksiyeteye yol açması ve mevcut anksiyete tepkisini sürdürmesidir (2009: 9). Önceki bölümlerde de bahsedildiği üzere Metakognitif Teori'de psikopatolojiyi devam ettiren BDKS, ruminasyon ve endişe, tehdit izleme ve öz düzenlemeyi bozan uyumsuz başa çıkma stratejilerinden oluşur (Matthews ve Wells, 2016: 266). Örneğin, sağlık anksiyetesi olan kişi, vücudunda herhangi bir hastalık

belirtisi olup olmadığını kontrol eder. Sosyal anksiyetesi olan kişi başkalarının kendisini nasıl gördüklerine dair düşüncelerini izler. Bu gibi durumlarda, tehdit izleme, olumsuz bilgilere erişimi artırır ve tehdit duygusunu korur. Buna ek olarak sosyal anksiyetesi olan kişiler, olası hataları engellemek veya olumlu bir izlenim yaratmak için endişenin yararlı olduğuna ve iyi sonuçlar için gerekli olduğuna inanmaktadırlar. Ancak bu tür endişeler genellikle kontrol edilemez olarak değerlendirilmekte ve bu inançların her biri düşünsel aktivitenin sürekliliğine ve anksiyetenin yüksek düzeyde kalmasına katkıda bulunmaktadır. (Fisher ve Wells, 2009: 9,15).

BDKS, düşünme, hafıza ve dikkat hakkındaki bilgilere yönelik temel metakognitif inançlar tarafından düzenlenir. Belirli bozukluklarda farklı metakognitif inançların daha ağırlıklı olduğu düşünülmektedir. Örneğin, yaygın anksiyete bozukluğunda, metakognitif model, endişenin kontrol edilemezliği ile fiziksel ve psikososyal işlevselliğe yönelik endişenin tehlikeliliğine özel bir önem vermektedir. Bu inançların yanı sıra yab tanısı alan kişiler, endişelenmenin tehdidi önceden tahmin etmek ve başa çıkma stratejilerini planlamak için avantajlı olduğuna dair de ayrıca inanmaktadırlar (Fisher ve Wells, 2009: 10).

## **1.5. Obsesif İnançlar**

### **1.5.1. İlgili Tanımlar**

Obsesyon (saplantı), istenmeden gelen, huzursuz edici, çaba sarf edildiği halde zihinden kovulamayan, egodistonik, ısrarlı bir şekilde tekrarlanan düşünce, dürtü veya imajlar anlamına gelmekte olup bireyin mantığına, görüşlerine ve değerlerine aykırıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 364).

Kompulsiyon (zorlantı) ise kişinin bir obsesyona yanıt olarak vermeye zorunlu hissettiği çoğunlukla istemsiz olarak tekrarlayan davranışlar ve zihinsel eylemler olup başkaları tarafından gözlemlenebilen açık bir eylem veya gözlenemeyen gizli zihinsel bir eylem olabilmektedir (Veale ve Roberts, 2014: 1).

Obsesyon ve kompulsiyonların varlığı, kişide obsesif kompulsif bozukluğu olduğu anlamına gelmemekle birlikte, kişilerin obsesyonları hakkında ne düşündükleri önem taşımaktadır (Salkovskis ve Kirk, 1989).

Obsesyonlar, yaş veya cinsiyet farklılığı olmaksızın yaygın bir deneyimdir ve insanların büyük bir çoğunluğu biçim ve içerik olarak benzer obsesyonlar yaşadıklarını bildirmektedir. Klinik tanı alan ve almayan kişilerin obsesyonları karşılaştırıldığında, tanı kriterlerini karşılayan hastaların obsesyonlarının daha uzun süreli, daha yoğun, sık ve dirençli oldukları, daha fazla rahatsızlık hissine sebep olarak nötralize etme dürtüsü yarattıkları öne sürülmektedir (Rachman ve de Silva, 1978: 248-249).

### 1.5.2. DSM-5'e göre OKB tanı kriterleri

DSM-IV'te Anksiyete Bozukluklarının altında yer alan obsesif kompulsif bozukluk DSM-5'te Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar isimli ana başlığın altında yer almaktadır. Bunun sebebi olarak OKB ve OK spektrum bozukluklarının hem davranışsal hem de fenomenolojik olarak diğer anksiyete bozukluklarından farklı olduğu öne sürülmektedir (Van Ameringen ve diğerleri, 2014: 1):

A. Obsesyonların, kompulsiyonların ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Obsesyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.
2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırılmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce eylemle yüksüzleştirme girişimlerinde bulunur.

Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin obsesyonuna tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar ya da zihinsel eylemler.
2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

B. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar kişinin zamanını alır ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Obsesyon-kompulsiyon belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 129-130).

Obsesif kompulsif bozukluğun yaşam boyu görülme sıklığı %1-2 olarak tespit edilmiştir (Kessler ve diğerleri, 2005: 597). Yapılan araştırmalara göre, erkek hastaların kadınlara göre bekar olma olasılığının daha yüksek olduğu, erkek hastalarda, semptomların erken başlangıçlı ve bozukluğun kronik seyirli olduğu, daha fazla sosyal sorun ve cinsel, dini, saldırganlık semptomları sergilendiği, tik ve madde kullanım bozuklukları ile daha fazla komorbidite bulunduğu, kadın hastalarda ise daha fazla kontaminasyon/temizlik semptomları görüldüğü ve yeme ve dürtü kontrol bozuklukları ile daha fazla komorbidite sergilendiği bulunmuştur (Mathis ve diğerleri, 2011: 390).

### **1.5.3. Metakognitif Teori Perspektifinden OKB**

Metakognitif teori, OKB'yi açıklarken düşüncelerin önemi, anlamı ve gücü hakkındaki inançlar ile düşünceleri kontrol etme ve ritüelleri gerçekleştirme ihtiyacı hakkındaki inançları vurgular (Myers ve Wells, 2005: 807). Wells'e göre obsesif düşünceler, düşüncenin anlamı ile ilgili metakognitif inançları aktive eder. Aynı zamanda kişiler, obsesif düşüncelerle ilişkilendirilen tehlikeyi en aza indirmek için kullanılabilecek davranışsal tepkiler hakkında araçsal inançlara erişirler (2000: 196). OKB'si olan kişiler, dışsal olaylardan ziyade içsel süreçlere öncelik verme eğiliminde oldukları için bir eylemi gerçekleştirdiklerine dair duyuşsal verileri olsa bile eylemi gerçekleştirmemelerinin doğuracağı sonuçlarla ilgili fantezilere dikkatlerini yoğunlaştırırlar. Fantezilere ve şüphelere odaklanmaya yönelik bu eğilim, eylemler ve olaylar için hafızaya olan güveni azaltmaktadır (Wells, 2000: 180).

### **1.6. Salgın Dönemleri**

Bu bölümde yakın tarihte en yüksek ölüm oranlarına ulaşan Ebola Virüs Salgını, Domuz Gribi Salgını ile halen dünyayı etkisi altında bulandıran Covid-19 pandemisi hakkında bilgi verilecektir.

### **1.6.1. Ebola Virüs Salgını (2014-2016)**

İlk kez 1976 yılında Orta Afrika’da ortaya çıkan, 2014-2016 yılları arasında Batı Afrika’da geniş kitlelere ulaşan, ateş, yorgunluk, kas, ağrı, baş ağrısı ve boğaz ağrısı gibi başlıca semptomlara kusma, ishal, kızarıklık, bozulmuş böbrek ve karaciğer fonksiyonu semptomları ve bazı durumlarda iç kanama gibi durumların eşlik ettiği Ebola Virüs Salgını sebebiyle Dünya Sağlık Örgütü’nün yayınladığı verilere göre salgın boyunca 28.616 kişi enfekte olurken 11.310 kişi hayatını kaybetmiştir (“Ebola data and statistics”, 2016). Bir sağlık merkezinde EVH tedavisi gördükten sonra taburcu olan kişiler arasında yapılan çeşitli araştırmaların sonuçlarına göre;

Sierra Leone’de Kenema bölgesinde 81 kişi arasında yürütülen bir çalışmada, taburcu olunduktan 4 ay sonrasına kadar tespit edilen depresyon oranı %35 iken anksiyete oranı %21 bulunmuştur (Nanyonga ve diğerleri, 2016: 125).

2013 yılından itibaren EVH’nin hızla yayılmaya başladığı Gine, Liberya ve Sierra Leone ülkelerinde yaşayıp EVH’yi yenen 1495 kişi arasında yapılan enlemesine kesitsel çalışmanın bulgularına göre Sierra Leone katılımcılarının %22’si, Liberya katılımcılarının %20,2’si, Gine katılımcılarının ise %13’ü geçici depresif belirtiler gösterirken, belirtilen ülkelere ait majör depresyon bozukluğu tanısı alan kişi oranları sırasıyla % 7,1, % 6,8 ve % 3,6 bulunmuştur. Aynı çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alma oranları Sierra Leone’de %10,7, Liberya’da %9,9 ve Gine’de %4,2 bulunmuş, katılımcılarda depresyon ve anksiyetenin birlikte görülme oranları sırasıyla %7,3, %5,6 ve %3 olarak belirtilmiştir (Secor ve diğerleri, 2020: 3).

Dong Ji ve arkadaşlarının yayınlamış olduğu bir çalışmada EVH’den iyileşen hastaların SCL-90-R verildiğinde obsesif-kompulsif, kaygı, düşmanlık, fobik kaygı ve paranoid düşünceden oluşan 5 boyuta ait skorlarının çok yüksek olduğu bulunurken, somatizasyon ve depresyon skorlarının da yüksek olduğu bulunmuştur (2017: 12786).

### **1.6.2. Domuz Gribi (H1N1)**

Tarihte ilk kez 1918 yılında ortaya çıktığı bilinen, sonraki yıllarda insanlar ve domuzlar üzerinde farklı şiddetlerde mevsimsel salgınlara sebep olan Domuz Gribi olarak da anılan H1N1 virüsünün yeni alt tipi İnfluenza A (H1N1), 2009 yılının Mart ayında Meksika’nın çeşitli

bölgelerinde tespit edilmiş, sonrasında Amerika ve tüm dünyaya yayılmıştır (Nelson ve diğerleri, 2008: 1).

Ateş, kuru öksürük, baş ağrısı, kas veya eklem ağrıları, titreme, yorgunluk ve burun akıntısı temel semptomlar olmak üzere, pediatrik yaş grubundaki hastaların ishal ve kusma şikayetleri olduğu tespit edilmiştir (Jain ve Goldman, 2009: 792). Dünya genelinde yaklaşık olarak 0.7–1.4 milyar insanın enfekte olduğu (Kelly ve diğerleri, 2011) ve en az 150 bin kişi (151,700–575,400 aralığında) hayatını H1N1 virüsüne bağlı olarak kaybettiği (Dawood ve diğerleri, 2012: 690) tahmin edilmektedir.

2010 yılında Türkiye’de 1045 kişi arasında yapılan bir araştırmada H1N1’e bağlı kaygının (duruma bağlı anksiyete), toplu taşıma araçlarını kullanmama, alışveriş yapmama gibi kaçınma davranışları ile herhangi bir bilimsel dayanağı olmayan açık pencere veya kapının yanında oturmaktan kaçınma, oda sıcaklığını her zamankinden daha yüksek tutma gibi etkisiz koruyucu davranışlar ile ilgili olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, endişenin insanları kendilerini korumaya teşvik etmek yerine insanlarda çaresizlik ve kaygı duygularını pekiştirerek, kaçınma tepkilerine ve kültüre bağlı hastalıktan kaçınma uygulamalarına güvenmelerine yol açar (Gaygısız ve diğerleri, 2012: 19).

H1N1 virüs salgın hastalığı sürecinde Hong Kong’da üç farklı zamanda yapılan telefon anketleri ile ulaşılan 999 kişiden elde edilen verilere göre vaka sayılarının artması ile salgının günlük yaşam üzerindeki etkisi daha fazla hissedilirken, kalabalık yerlerde bulunmaktan kaçınmanın hastalığı önleyici etkisine inanılmasına rağmen süreç içerisinde kaçınma davranışının azaldığı bulunmuştur (Lau ve diğerleri, 2010: 87).

Luyt ve diğerlerinin 2012 yılında yapmış olduğu bir araştırmada, H1N1 virüs hastalığı sonrası akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS) geliştiren 342 kişi ile yoğun bakım ünitesinden taburcu olmalarından bir sene sonra yapılan görüşmelerde, ekstrakorporeal yaşam destek sistemine bağlanan 12 kişi ile ECLS’ye bağlanmayan 25 kişi arasında yapılan karşılaştırmalarda sırasıyla %50 ve %56 oranlarında ağır anksiyete semptomları, her iki grupta da %28 oranında ağır depresif belirtiler ve %41 ve %44 oranlarında TSSB geliştirme riski bulunmuştur (587).

### 1.6.3. Covid-19 Pandemisi

Çin'in Vuhan şehrinde, 31 Aralık 2019 tarihinde etiyojisi açıklanamayan pnömoni vakaları raporlanmıştır. Farklı hayvan türleri satan bir toptan balık ve canlı hayvan pazarında çalışan kişilerde ateş, nefes darlığı ve radyolojik olarak bilateral akciğer pnömonik infiltrasyonu ile uyumlu bulgular tespit edilmiştir. 7 Ocak 2020 tarihinde etken, insanlarda önceki zamanlarda tespit edilmemiş yeni bir coronavirüs (2019- nCoV) olarak tanımlanmıştır. 13 Ocak 2020 tarihinde ilk importe vaka Tayland'dan bildirilmiştir. 30 Ocak 2020 tarihinde DSÖ, yeni coronavirüsü, "uluslararası boyutta halk sağlığı acil durumu" olarak ilan etmiştir. Salgının yayılım hızının ve ulaştığı insan sayısının artmasıyla 11 Mart 2020 tarihinde, Covid-19 hastalığı küresel salgın (pandemi) olarak ilan edilmiş, ülkemizde ilk vaka 11 Mart 2020 tarihinde tespit edilmiştir ([www.covid19.saglik.gov.tr](http://www.covid19.saglik.gov.tr), 2021).

2019 yılından bu yana dünya genelinde 3 milyondan fazla kişinin ölümüne sebep olan pandemi ile mücadele etmede her ülke farklı önlemler almış, tamamlanmış ve tamamlanmak üzere olan aşı geliştirme çalışmalarına hızla devam edilmiştir. Kişilerin yakınlarını kaybetmeleri, kendilerinin ve tanıdıklarının Covid-19 pozitif olmaları gibi durumların yanı sıra sokağa çıkma yasakları, ülke sınırlarının kapatılması, yurt içi ve dışı seyahat engellerinin uygulanmaya başlanması, okullarda uzaktan eğitime geçilmesi, bazı sektörlerin salgın yayılım hızını artırması sebebiyle açılmamasına bağlı olarak işsizliğin artması gibi gündelik yaşamdaki pek çok değişiklik ile virüse dair belirsizliğin korunması toplumda görülen psikolojik rahatsızlıkların arttığı yönünde varsayımda bulunulmuştur.

Covid-19 salgınının Çin'de peak yaptığı dönemde 5,033 kişiye internet üzerinden ulaşılarak anksiyete ve depresyon prevalansını incelemeyi hedefleyen bir çalışmada anksiyete veya depresyon veya her ikisinin yaygınlığı % 20.4, anksiyete ve/veya depresyonun varlığı, günlük Covid-19 ile ilgili haberlere harcanan zamanla önemli ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur. Kişilerde depresyon ve anksiyete oluşumunda en büyük etkisi olan psikososyal faktörlerin kendilerinin ve sevdiklerinin enfekte olmalarına dair, gelir, iş, veya eğitimlerini kaybetmeye dair ve ev karantinasının günlük yaşamlarında büyük rahatsızlıklara sebep olacağına dair endişeler olduğu belirlenmiştir (Li ve diğerleri, 2020: 249-250).

Türkiye’de pandemi döneminde, psikolojik rezilyans ve depresyon arasındaki ilişkiye bakılan bir çalışmada 518 kişiye internet aracılığıyla ulaşılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre depresyon puanlarının ve psikolojik dayanıklılık puanlarının cinsiyete göre anlamlı ölçüde değiştiği, kadınların ortalama depresyon puanlarının erkeklere göre daha yüksek bulunurken erkek katılımcıların ortalama psikolojik dayanıklılık puanlarının kadın katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca üniversite öğrencilerinin depresyon puanları kamu çalışanlarının puanlarına kıyasla daha yüksek bulunmuştur (Karaşar ve Canlı, 2020: 277) .

Covid-19 sebebiyle uygulanan karantinanın duygusal ve aşırı yeme davranışları üzerindeki etkisinin ölçülmesi amacıyla İtalya’da 365 kişi arasında yapılan bir çalışmada, karantina uygulamasının yapıldığı ve yapılmadığı iki dönemde insanların fiziksel (VKİ), psikolojik (Aleksitimi), duygusal (anksiyete, stres ve depresyon) ve sosyal (gelir, iş yükü) ölçümleri karşılaştırılmıştır. Elde edilen veriler, duygusal yeme artışının daha yüksek depresyon, anksiyete, kişisel ilişkilerin kalitesi ve yaşam kalitesi ile, aşırı yemek yeme artışının ise daha yüksek stres ile tahmin edildiğini göstermiştir. Bu sonuçlara ek olarak, yüksek aleksitimi puanlarının artan duygusal yeme ile ilişkili olduğu ve daha yüksek BKİ puanlarının hem artan duygusal yeme hem de aşırı yeme ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Son olarak, karantinanın uygulandığı dönemden karantina uygulamasının kaldırıldığı ve daha esnek önlemlerin alındığı döneme geçildiğinde aşırı yeme ve duygusal yemenin azaldığı görülmüştür (Cecchetto ve diğerleri, 2021: 1).

## **BÖLÜM 2: YÖNTEM**

### **2.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, Covid-19 salgını sürecinde bireylerin metakognisyonları, obsesif inançları, depresyon, anksiyete düzeyleri ve duygusal yeme davranışları arasındaki ilişkiyi tespit etmektir. Araştırmanın bir diğer amacı ise, bireylerin BKİ'si, kilolarında son bir yılda değişiklik olma durumu, cinsiyetleri, bir psikiyatrik tanısının olup olmadığı, psikiyatrik ilaç kullanma durumları ve Covid-19 salgın sürecinde toplam gelirlerinde azalma olup olmadığına göre duygusal yeme davranışları, metakognisyonları, depresyon, anksiyete düzeyleri ve obsesif inançları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını incelemektir. Son olarak, bireylerin bir psikiyatrik tanısının olup olmadığı, psikiyatrik ilaç kullanma durumları ve Covid-19 salgın sürecinde toplam gelirlerinde azalma olup olmadığı, BKİ arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını tespit etmek araştırmanın diğer bir amacıdır.

### **2.2. Evren ve Örneklem**

Çalışma, her ülkenin Covid-19 pandemisine yönelik farklı uygulamaları olduğu göz önünde bulundurularak Türkiye ile sınırlı tutulmuştur. Farklı şehirlerde yaşayan, 18-65 yaş arası 513 kadın ve 118 erkek olmak üzere toplam 631 kişinin, 2020 yılının Mayıs ayında, ülke genelinde uygulanan kısıtlamalar devam ederken çevrimiçi doldurduğu anketlerden elde edilen veriler değerlendirmeye alınmıştır.

### **2.3. Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri**

Çalışmanın amacı doğrultusunda aşağıdaki hipotezler test edilecektir:

H1: Duygusal iştah ile katılımcıların yaşları, boyları, kiloları, depresif belirtiler, genel anksiyete seviyesi, bilişsel dikkat kilitlenmesi sendromu, Covid-19'a yönelik anksiyete ve takıntılı düşünceler arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H2: BKİ ile duygusal iştah, depresif belirtiler, genel anksiyete seviyesi, bilişsel dikkat kilitlenmesi sendromu, Covid-19'a yönelik anksiyete ve takıntılı düşünceler arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H3: Son 1 yılda kiloda değişiklik olma durumu ile duygusal iştah, depresif belirtiler, genel anksiyete seviyesi, bilişsel dikkat kilitlenmesi sendromu, Covid-19'a yönelik anksiyete ve takıntılı dūřunceler arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H4: Cinsiyet ile duygusal iştah, depresif belirtiler, genel anksiyete seviyesi, bilişsel dikkat kilitlenmesi sendromu, Covid-19'a yönelik anksiyete ve takıntılı dūřunceler arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H5: Covid-19 salgın sürecinde haneye giren toplam gelirden azalma olup olmadığı ile duygusal iştah, depresif belirtiler, genel anksiyete seviyesi, bilişsel dikkat kilitlenmesi sendromu, Covid-19'a yönelik anksiyete ve takıntılı dūřunceler arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H6: Depresif belirtiler, genel anksiyete seviyesi, bilişsel dikkat kilitlenmesi sendromu, Covid-19'a yönelik anksiyete ve takıntılı dūřunceler, duygusal yeme davranışlarını yordamaktadır.

H7: BKİ grupları arasında Covid-19 sürecindeki yeme davranışları ile pandemi öncesi yeme davranışları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H8: BKİ grupları arasında Covid-19 sürecinde sokağa çıkma yasağının uygulandığı günlerdeki yeme davranışları ile yasağın uygulanmadığı günlerdeki yeme davranışları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

## **2.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veri toplanması noktasında anket tekniğine başvurulmuştur. Anketler katılımcılara online olacak şekilde ulaştırılmıştır. Anket içerisinde katılımcıların kişisel bilgilerini ortaya koyan soruların yanında Covid-19 ile ilgili sorular da yer almaktadır. Bunun yanında anket formu içerisinde Koronavirüs Anksiyete Ölçeği, Covid-19 Takıntı Ölçeği, Duygusal İştah Anketi, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Bilişsel Dikkat Sendormu Ölçeği yer almaktadır.

### **2.4.1. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği**

Anket formu içerisinde yer alan bir ölçektir. Ölçek Lee (2020) tarafından geliştirilmiştir. Türkçeye çevirisinin Evren'in (2020) yaptığı ölçek içerisinde toplam 5 ifade yer alır. Bu ifadeler 0 ila 4 arasında değişen puanlamayı oluşturarak toplam puandan elde edilenin 9 ve üzerinde olması durumunda koronavirüsle ilgili olarak işlevsiz anksiyetenin olduğu kabul edilir. Beşli likert ölçeğin tercih edildiği ölçek içerisinde yer alan ifadeler için katılımcıların son 2 haftalık durumu düşünerek cevap vermesi beklenir. Ölçeğin yapılan güvenilirlik çalışmasında Cronbach's Alpha katsayısı 0,90 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise bu oran 0,87 olarak tespit edilmiştir.

### **2.4.2. Covid-19 ile Takıntı Ölçeği**

Anket formu içerisinde yer alan bir diğer ölçek ise Covid-19 ile Takıntı Ölçeği'dir (OCS; Obsession with Covid-19 Scale). Ölçek, Lee (2020) tarafından geliştirilmiş Türkçeye kazandırılması ise Evren (2020) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek Hiç (0), Nadir, bir veya iki günden az (1), Birkaç gün (2), 7 günden fazla (3) ve Son 2 haftada neredeyse her gün (4) olacak şekilde 5'li likert olarak şekillendirilmiştir. Ölçek içerisinde toplam 4 ifade yer almakta olup bu ifadeler için katılımcıların son 2 haftalık periyodu göz önüne bulundurması beklenmektedir. Ölçek, Covid-19 ile işlevselliği bozulmuş kişilerin durumlarının ayrıntılı bir şekilde incelenmesine olanak sağlamaktadır. Ölçeğin cevaplanması sonucunda elde edilen toplam puanın 7 ve üzerinde olması durumunda ilgili kişide koronavirüsle ilgili işlevsiz

düşünmenin olduğu yorumu yapılır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkinler üzerinde geliştirilen ölçeğin yapılan güvenilirlik sonucunda Cronbach's Alpha katsayısı 0,83 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise bu oran, 0,76 olarak tespit edilmiştir.

### **2.4.3. Duygusal İştah Anketi**

İlk olarak Geliebter ve Aversa (2003) tarafından “İştah Anketi” olarak geliştirilmiş sonrasında ise Nolan, Halperin ve Geliebter (2010) tarafından ‘Duygusal İştah Anketi’ olarak adlandırılmıştır. Duygusal iştah anketi daha çok hangi duygularda (olumlu/olumsuz 14 madde) ve durumlarda (olumlu/ olumsuz 8 madde) duygusal yemek yemenin oluşabileceğini değerlendirmektedir. Anketin Türkçeye uyarlaması Demirel ve arkadaşları (2014) tarafından yapılmıştır. Toplam 22 ifadenin yer aldığı ölçek, 1-9 arasında değişen likertli bir yapıya sahiptir. Bu kısımda 1-4 arasındaki puanlama daha az, 5 ve 6-9 arasındaki puanlama ise daha fazla seçeneğine verilenlere göre toplanmıştır. Ölçek içerisinde yer alan ifadeler verilen cevaplarda katılımcıların “uygun değil” seçeneği ile “cevabı bilmiyorum” tarzındaki cevaplar ise puanlamaya dahil olmamaktadır. DİA olumsuz toplam puanı olumsuz duygu ve durumların puan toplamları ile; DİA olumlu toplam puanı ise olumlu duygu ve durumların puan toplamı ile hesaplanmaktadır (Demirel ve diğerleri, 2014). Ölçeğin yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach's Alpha katsayısı olumsuz duygular boyutunda 0,78; olumlu duygular boyutunda ise 0,75; olumsuz durumlar için 0,65 ve olumlu durumlar için 0,57 olarak tespit edilmiştir (Geliebter ve Aversa, 2003: 343). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ise ölçeğin bütününde Cronbach's Alpha katsayısı 0,73 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ölçeğin bütünü için güvenilirlik 0,85 olarak tespit edilmiştir.

### **2.4.4. Beck Depresyon Envanteri (BDE)**

Katılımcıların son 1 hafta içerisinde kendilerini nasıl hissettiklerini ortaya koyan toplam 21 ifadenin yer aldığı ölçektir. Ölçek, Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiş, Hisli (1989) tarafından ise Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek içerisinde yer alan ifadeler 0-3 arasında olacak şekilde 4'lü likert olarak yapılandırılmıştır. Ölçek içerisinde ortaya konan depresyon

belirtileri; depresif duygu durum, kötümserlik, başarısızlık doyumunu, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma durumu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, intihar düşünceleri, ağlama nöbetleri, sinirlilik, başkalarına ilgi kaybı, kararsızlık, bedensel imgenin çarpıtılması, çalışabilirliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk bitkinlik, iştah azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar ve cinsel dürtü kaybıdır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ila 63 arasındadır. Bu doğrultuda; 0-9= Depresif olmayan duygudurumun , 10-16= Hafif depresyonun, 17-29= Orta düzeyde depresyonun ve son olarak 30-63= şiddetli depresyonun olduğu kabul edilmiştir. BDE'nin güvenilirlik katsayısı 0.80 olarak kaydedilmiştir (Hisli, 1988: 3). Bizim çalışmamızda bu oran 0,91 olarak tespit edilmiştir.

#### **2.4.5. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)**

Katılımcıların kaygılı veya endişeli oldukları durumlara yönelik bugün dahil son 1 hafta içerisinde kendilerini rahatsız eden durumları ortaya koyan ifadeleri kapsar. Ölçek, Beck, Epstein, Brown ve Steer tarafından 1988'de geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması ise Ulusoy (1993) tarafından yapılmıştır. Toplam 21 ifadenin yer aldığı ölçek maddeleri 0 (hiç) ve 3 (Ciddi düzeyde-dayanmakta çok zorlandım) arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan minimum 0, maksimum ise 63'tür. Julian 'nın çalışmasında alınan puanın "<10" olması durumunda normal düzeyde anksiyete varlığı; "10-18" arasında olması durumunda hafif düzeyde anksiyete; "19-29" arasında olması durumunda orta düzeyde anksiyete, "30-63" arasında olması durumunda ise ciddi düzeyde anksiyete varlığı dile getirilmiştir. Ölçeğin yapılan güvenilirlik analizinde elde edilen değer 0,92 olarak aktarılmıştır. Türkçe uyarlamasının 0,93 olduğu ölçeğin güvenilirliği bizim çalışmamızda 0,91 olarak tespit edilmiştir.

#### **2.4.6. Bilişsel Dikkat Kilitlemesi Sendromu-1**

Wells'in (2008) geliştirdiği ve Gündüz ve arkadaşlarının geliştirdiği BDSÖ içerisinde 4 kısım yer alır (2019: 355). Bunlar sırasıyla "Son 1 hafta boyunca ne kadar süre kendinizi problemleriniz üzerine düşünüp dururken ya da probleminiz hakkında endişelenirken

buldunuz?”, “Son 1 hafta boyunca ne kadar süre dikkatinizi tehdit edici bulduğunuz şeyler (örneğin; belirtiler, düşünceler, tehlike) üzerine odakladınız?”, “Son 1 hafta boyunca negatif duygularınızla ya da düşüncelerinizle baş etmek için aşağıdakileri ne sıklıkla yaptınız?” ve “İnsanların sahip olduğu bazı inançlar” şeklindedir. Ölçekte yer alan bu kısımlardan 1, 2 ve 3. Kısımlar 0-8 arasında olacak şekilde 9’lu likert olarak şekillendirilmiştir. Dördüncü kısımda yer alan ifadelere verilen cevaplar ise 0-100 arasında puanlanmıştır. Üçüncü kısımda toplam 6 ifade; dördüncü kısımda ise 8 ifade yer alır. Ölçek içerisinde toplam 16 madde ve iki boyut yer alır. Bu ifadelerden ilk sekizi bilişsel dikkat boyutunu; son sekizi ise Metakognitif İnançlar boyutunu kapsar. Ölçeğin güvenilirlik düzeyini ortaya koyan Cronbach’s Alpha katsayısı 0,77 olarak tespit edilmiş iken bu oran bizim çalışmamızda 0,83 olarak tespit edilmiştir.

## **2.5. Sayıtlar/Varsayımlar**

Araştırmada kullanılan Kişisel Bilgi Formu ve Duygusal İştah Anketi, Covid-19 İle Takıntı Ölçeği, KAÖ, BAÖ, BDE, Bilişsel Dikkat Sendromunun hedeflenen durumu saptamak için uygun ölçme araçları olduğu varsayılmıştır.

Araştırmaya katılanların kendilerine yöneltilen sorulara içtenlikle ve doğru cevap vermişlerdir.

Son olarak, çalışma için seçilen örneklemin evreni temsil yeterliğine sahip olduğu varsayılmıştır.

## **2.6. Sınırlılıklar**

Araştırma, değerlendirme yöntemi olarak kullanılan anket soruları ile sınırlandırılmıştır. Araştırma, Sosyodemografik Veri Formu ve Duygusal İştah Anketi, Covid-19 İle Takıntı Ölçeği, Koronavirüs Anksiyete Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu-1 ölçekleri ile sınırlıdır.

Son olarak, araştırmaya katılmak için 18-65 yaş aralığında olunması birer sınırlılık olarak ifade edilebilir.

## 2.7. Verilerin Analizi

Araştırmada anket uygulaması sonucu elde edilen verilerin analizinde aşağıdaki yöntemlere başvurulmuştur:

Cronbach's Alpha: Anket içerisinde yer alan ölçek ifadelerinin güvenilirliklerinin tespiti amacıyla kullanılmıştır.

Frekans Dağılımları: Katılımcıları tanımlayıcı bilgilerin ortaya konması amacıyla başvurulmuştur.

Tanımlayıcı İstatistikler: Anket içerisinde yer alan ölçeklerden alınan toplam puanların ortaya konması amacıyla başvurulmuştur.

Korelasyon Analizleri: Araştırmada ele alınan temel değişkenler arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla başvurulmuştur. Bu kısımda verilerin normal bir dağılım göstermemesinden tr Spearman's Rho katsayısına yer verilmiştir.

Ki-Kare Testi: Araştırmada kategorik değişkenler arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla başvurulmuştur.

Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis H Testleri: İki grubun ortalamalarının istatistiksel olarak farklılığını test etmek amacıyla Mann Whitney U testi, ikiden fazla grubun ortalamalarının istatistiksel olarak farklılığını test etmek amacıyla da Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır

Tukey HSD Testi: Farklılığın kaynağının tespit edilmesi amacıyla tercih edilmiştir.

Çoklu Lineer Regresyon Analizi: Değişkenlerin, duygusal iştahın açıklanmasında katkısını belirlemek için kullanılmıştır.

Normallik analizi: Araştırmada elde edilen verilerin normal bir dağılım gösterip göstermediğinin tespitinde normallik analizine başvurulmuştur. Bu kısımda verilerin normal dağılımında Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk değerlerinde p anlamlılık düzeyinin 0,05'ten büyük olup olmadığına bakılmıştır.

## BÖLÜM 3: ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Çalışmanın bu kısmında anket uygulaması sonucu elde edilen verilere ilişkin bulgular yer almaktadır. İlk olarak normallik testinin yer aldığı bu kısımda katılımcıların tanımlayan bilgiler ile COVID19 salgınıyla ilgili sorulara verilen cevaplar yer almaktadır. Bölüm sonunda, çalışmanın amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezlerin test sonuçları yer almaktadır.

### 3.1. Normallik Analizi

Araştırmada, anket yöntemi sonucu elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediğinin tespiti amacıyla Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk değerleri ortaya konmuştur. Araştırmada söz konusu değerlerin 0,05'ten büyük olması durumunda verilerin normal bir dağılım gösterdiği kabul edilmiştir. Buna göre elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

**Tablo 1. Normallik Test Sonuçları**

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	İstatistiki Değer	sd	p	İstatistiki Değer	sd	p
CTÖ Toplam Puan	,148	627	,000	,904	627	,000
KAÖ Toplam Puan	,292	627	,000	,605	627	,000
DİA Toplam Puan	,065	627	,000	,970	627	,000
DİA-Olumsuz Toplam Puan	,055	627	,000	,979	627	,000
DİA-Olumlu Toplam Puan	,112	627	,000	,943	627	,000
BAÖ Toplam Puan	,129	627	,000	,899	627	,000
BDE Toplam Puan	,107	627	,000	,915	627	,000
BDKS-1 Toplam Puan	,045	627	,005	,990	627	,000
Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu	,062	627	,000	,975	627	,000
Üstbilişsel İnançlar	,099	627	,000	,960	627	,000

**CTÖ:** Covid-19 ile Takıntı Ölçeği; **KAÖ:** Koronavirüs Anksiyete Ölçeği; **DİA:** Duygusal İştah Anketi; **BAÖ:** Beck Anksiyete Ölçeği; **BDE:** Beck Depresyon Envanteri; **BDKS:** Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu; **sd:** Serbestlik derecesi; **p:** Anlamlılık değeri; \*: Normallik analizi ile Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk değerleri,  $p>0.05$  için

Tablo 1’den de görüleceği üzere, anket uygulaması sonucunda elde edilen veriler normal bir dağılım göstermemektedir. Bu bağlamda araştırmada parametrik olmayan test yöntemleri tercih edilmiştir.

### 3.2. Katılımcılara Ait Genel Betimsel İstatistikler

Çalışmanın bu kısmında, araştırma grubunu tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir.

#### 3.2.1. Araştırma Grubunun Temel Özelliklerine Yönelik Elde Edilen İstatistikler

Burada öncelikle yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, boy, kilo, yaşanılan yer ve Covid-19 sürecinde kimlerle yaşandığına yönelik bulgular yer almaktadır.

**Tablo 2. Katılımcılara Ait Demografik Özellikler**

	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>
<b>Yaş</b>	29,75	8,614	18	63
<b>Boy</b>	165,96	7,853	146 cm	192 cm
<b>Kilo</b>	64,97	13,29	41 cm	100 cm
<b>Cinsiyet</b>		<b>N</b>	<b>%</b>	
	Kadın	513	81,3	
	Erkek	118	18,7	
<b>Öğrenim Düzeyi</b>		<b>N</b>	<b>%</b>	
	Okur-yazar	2	,3	
	İlkokul	12	1,9	
	Lise	84	13,3	
	Ön lisans/Lisans	372	59,0	
	Lisansüstü/Doktora	161	25,5	

<b>Medeni Durum</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Bekar	303	48,0
Kız/erkek arkadaşım var	70	11,1
Birlikte yaşıyor	2	,3
Evli	241	38,2
Ayrı	3	,5
Boşanmış	10	1,6
Dul	2	,3
<b>Yaşanılan Yer</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Kırsal-köy	3	,5
Kasaba	4	,6
İlçe	75	11,9
İl	100	15,8
Büyükşehir	449	71,2
<b>COVID 19 süresince kimlerle yaşıyorsunuz?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Yalnız	53	8,4
Eş/partner ile	58	9,2
Eş ve çocuk(lar) ile yaşıyorum	166	26,3
Çocuklar ile yaşıyorum	7	1,1
Kök aile ile (anne, baba, kardeşlerden oluşan aile)	292	46,3
Geniş aile olarak	32	5,1
Arkadaş/akraba ile yaşıyorum	23	3,6

**Ort:** Ortalama; **SS:** Standart sapma; **N:** Kişi sayısı

Tablo 2’de yer alan araştırma grubunu tanıttıcı özelliklere ilişkin elde edilen sonuçlara bakıldığında yaşlarının ortalama 29,75 olduğu, boyunun 1,65 cm; kilosunun 64,97 olduğu ve cinsiyetinin ise çoğunluklu olarak kadın olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yaşadıkları yere ilişkin elde edilen sonuçlarda çoğunluğunun büyükşehirde (449 kişi) yaşadığı ve öğrenim düzeyinin ise ön lisans/lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Medeni duruma yönelik sonuçlarda ise büyük çoğunluğunun bekar ve evli olduğu görülmektedir.

Katılımcıların Covid-19 sürecinde kiminle yaşadığına yönelik dağılımlarda büyük çoğunluğunun kök ailesi ile ve eş ve çocukları ile yaşadığı ortaya çıkmıştır. Bu kısımda 53 kişi yalnız yaşadığını 58 kişi ise eş/partneri ile yaşadığını dile getirmiştir.

### 3.2.2. Araştırma Grubunun Çalışma Durumu ve Gelir Düzeyine Yönelik Elde Edilen İstatistikler

Çalışmanın bu kısmında ise, araştırma grubunun çalışıp çalışmadıkları, toplam gelirleri, Covid-19 sürecinde aylık gelir düzeylerinde azalma olup olmadığı, Covid-19 sürecinde çalışıp çalışmadıkları ve izinli olma sebeplerine yönelik elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

**Tablo 3. Katılımcıların Çalışma Durumu ve Aylık Gelir Düzeylerine Yönelik Elde Edilen Sonuçlar**

<b>Şuanki Çalışma Durumunuz?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tam zamanlı (ücretli)	217	34,4
Yarı zamanlı (ücretli)	35	5,5
Emekli	4	,6
Gönüllü çalışan	10	1,6
Öğrenci-Stajyer	128	20,3
Çalışmıyorum	229	36,3
Uzun süreli iş göremezlik veya hastalık sebebiyle çalışmıyorum	2	,3
Geçici hastalık izninde	6	1,0
<b>Evinizin toplam geliri ne kadar?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1.500 TL ve altı	25	4,0
1.501-3.000 TL	127	20,1
3.001-6.000 TL	205	32,5
6.001-9.000 TL	124	19,7
9.000 TL üstü	150	23,8
<b>Covid-19 sürecinde evinize giren toplam gelirden azalma oldu mu?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Evet	278	44,1
Hayır	353	55,9
<b>Covid-19 süresinde çalışma durumunuz?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Evde çalışıyorum	121	19,2
Hem evde hem işte çalışıyorum	47	7,4
Tam zamanlı olarak işte çalışıyorum	75	11,9
Risk grubunda olduğum için izinliyim	20	3,2
Covid-19 sürecinde işten çıkarıldım	3	,5
Covid-19 öncesinde çalışmıyordum	365	57,8

<b>İzinli Olma Sebebiniz?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hamileyim	1	,2
Süt izindeyim	3	,5
Engelliyim	2	,3
Kronik solunum yolu hastasıyım	2	,3
Diyabet hastasıyım	2	,3
Kalp damar hastasıyım	1	,2
Diğer	9	1,4
İzinli olmayanlar	611	96,8
Toplam	631	100,0

**N:** Kişi sayısı

Katılımcıların mevcut çalışma durumlarına yönelik dağılımlarda çalışmayanların 229 kişi olduğu ve tam zamanlı çalışanların ise 217 kişi olduğu tespit edilmiştir. Bu kısımda öğrenci-stajyer olanların ise toplam katılımcıların %20,3'üne karşılık geldiği görülmektedir.

Araştırma grubunun toplam gelir düzeylerine bakıldığında %4'ünün 1500 TL ve altında; %20,1'inin 1501-3000 TL; %32,5'inin 3001-6000 TL; %19,7'sinin 6001-9000 TL ve son olarak %23,8'inin ise 9000 TL üzerinde gelire sahip olduğu ortaya çıkmıştır.

Covid-19 sürecinde katılımcıların %44,1'inin evlerine giren gelir düzeylerinde azalma olduğu, %55,9'unun ise evlerine giren gelir düzeyinde azalma olmadığı tespit edilmiştir.

Covid-19 sürecinde çalışma durumuna yönelik dağılımlarda büyük çoğunluğun Covid-19 öncesinde çalışmadığı görülmüştür. Bu kısımda katılımcıların %19,2'sinin ise evden çalıştığı tespit edilmiştir. Covid-19 sürecinde risk grubunda olup da izinli olanların bunun nedenlerine bakıldığında 1 kişi hamile olduğu için; 3 kişi süt izinde olduğu için; 2 kişi engelli; 2 kişi kronik solunum yolu hastası; 2 kişi diyabet hastası; 1 kişi kalp damar hastası ve 9 kişi ise diğer nedenlerden ötürü izinli olduğunu dile getirmiştir.

### **3.2.3. Araştırma Grubunun Çocuk Sahiplik Durumuna Yönelik Elde Edilen İstatistikleri**

Bu kısımda, araştırma grubunun çocuk sahibi olup olmadıkları ve bununla ilişkili olarak 0-5 yaş, 6-12 yaş, 13-20 yaş ve 20 yaş üstü çocuk sayısının kaç olduğu ile ilgili bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4. Katılımcıların Çocuk Sahiplik Durumlarına Yönelik Sonuçları**

<b>Çocuğunuz Var mı?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Var, birlikte yaşıyoruz	184	29,2
Var, birlikte yaşamıyoruz	6	1,0
Yok	441	69,9
<b>0-5 yaş arası kaç çocuğunuz var?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
0-5 yaş arası çocuğum yok	540	85,6
1 çocuğum var	70	11,1
2 çocuğum var	20	3,2
3 ve üzerinde çocuğum var	1	0,2
<b>6-12 yaş arası kaç çocuğunuz var?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
6-12 yaş arası çocuğum yok	540	85,6
1 çocuğum var	70	11,1
2 çocuğum var	20	3,2
3 ve üzerinde çocuğum var	1	,2
<b>13-20 yaş arası kaç çocuğunuz var?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
13-20 yaş arası çocuğum yok	578	91,6
1 çocuğum var	37	5,9
2 çocuğum var	13	2,1
3 ve üzerinde çocuğum var	3	0,5
<b>20 yaş üstünde kaç çocuğunuz var?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
20 yaş üstünde çocuğum yok	587	93,0
1 çocuğum var	14	2,2
2 çocuğum var	20	3,2
3 ve üzerinde çocuğum var	10	1,6

**N:** Kişi sayısı

Katılımcıların çocuk sahiplik durumlarında %29,2'sinin çocuğunun olduğu ve birlikte yaşadığı, %1'inin çocuğunun olduğu ancak birlikte yaşamadığı ve son olarak %69,9'unun ise çocuğunun olmadığı tespit edilmiştir.

Çocuk sahibi olanların 0-5 ve 6-12 yaş arası çocuğunun olup olmadığına yönelik dağılımlarda 70 kişi 0-5 yaşında 1 tane; 20 kişi 2 tane; 1 kişi ise 3 ve üzerinde sayı kadar çocuğunun olduğunu dile getirmiştir. Bunun yanında 13-20 yaşında çocuk sahiplik durumunda 37 kişi 13-20 yaşında 1 çocuğunun; 13 kişi 2 çocuğunun ve son olarak 3 kişi ise 3 ve üzerinde çocuğa sahip olduğunu dile getirmiştir. Son olarak 20 yaş üstünde çocuk sahiplik durumunda, 14 kişi 1 çocuk; 20 kişi 2 çocuk; 10 kişi ise 3 ve üzerinde çocuğa sahip olduğunu dile getirmiştir.

### 3.2.4. Araştırma Grubunun Covid-19 Sürecine Yönelik Durumları

Çalışmanın bu kısmında, araştırma grubunun Covid-19 sürecinde karantinaya alınıp alınmadıkları, Covid-19 tanısı alıp almadıkları, aynı evde kalanların Covid-19 tanısı alıp almadıkları gibi durumlarına yönelik elde edilen sonuçları yer almaktadır.

**Tablo 5. Katılımcıların Covid-19 Sürecine Yönelik Durumlarıyla İlgili Elde Edilen İstatistikleri**

<b>Covid-19 salgın hastalığı sürecinde karantina veya izolasyona alındınız mı?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Evet	80	12,7
Hayır	551	87,3
<b>Covid-19 Tanısı aldınız mı?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Evet	9	1,4
Hayır	622	98,6
<b>Covid-19 pozitif tedavisi sonrası test(ler)inizin sonucu negatif geldi mi?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Evet, negatif geldi	9	1,4
Covid-19 tanısı almadım	622	98,6
<b>Aynı evi paylaştığınız kişi veya kişiler Covid-19 tanısı aldı mı?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Evet	8	1,3
Hayır	623	98,7

<b>Aynı evi paylaştığınız kişi(ler) Covid-19 pozitif tedavisi sonrası test(ler)inin sonucu negatif geldi mi?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Evet, negatif geldi	7	1,1
Covid-19 tedavisi sonrası yaptırdıkları testler, negatif veya pozitif gelen birden fazla kişi var	1	,2
Kimse Covid-19 tedavisi görmedi	623	98,7
<b>Aynı iş yerinde çalıştığınız kişi veya kişiler arasında Covid-19 tanısı alan oldu mu?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Evet	63	10,0
Hayır	568	90,0
<b>Covid-19 salgın hastalığı risk grubunda mısınız?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Evet, risk grubundayım	87	13,8
Risk grubunda değilim	544	86,2
<b>Covid-19 için bilinen risk faktörünüz aşağıdakilerden hangisi?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Risk grubunda değilim	544	86,2
Diyabet	3	,5
Hipertansiyon	8	1,3
Astım-KOAH	30	4,8
Kanser	2	,3
Kalp-damar hastalıkları	5	,8
Obezite	4	,6
Diğer	35	5,5
<b>Aynı evi paylaştığınız kişiler arasında Covid-19 salgın hastalığı risk grubunda olan var mı?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Yalnız yaşıyorum	53	8,4
Evet, kronik hastalığa sahip kişi(ler) var	167	26,5
Evet, 65 yaş üstü kişi(ler) var	39	6,2
Evet, hem kronik hastalığı sahip hem 65 yaş üstü kişi(ler) var	34	5,4
Risk grubunda değil(ler)	338	53,6

**N:** Kişi sayısı

Katılımcıların Covid-19 sürecinde karantinaya alınıp alınmadıklarına yönelik elde edilen istatistiksel sonuçlara bakıldığında %12,7'sinin karantinaya alındığı; %87,3'ünün ise karantinaya alınmadığı tespit edilmiştir.

Covid-19 tanısı alma durumlarında ise büyük çoğunluğun tanı almadığı ortaya çıkmıştır. Bu kısımda katılımcıların aynı evde kaldıkları kişi/kişilerin de benzer şekilde büyük çoğunluğunun Covid-19 tanısı almadığı tespit edilmiştir. Covid-19 tanısı alanların pozitif testleri sonucunda negatif gelme durumlarında 9 kişi negatif geldiğini dile getirmiştir. Bu kısımda, aynı evi paylaştıkları kişi/kişilerden pozitif tedavi sonrasında sonucun negatif geldiğini söyleyenlerin sayısı ise 7 kişidir.

Katılımcıların aynı işyerinde çalışan kişi/kişilerden Covid-19 tanısı alanların olup olmadıklarına yönelik dağılımlarda 63 kişi tanı alanların olduğunu, 568 kişi ise tanı alanların olmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların Covid-19 salgın hastalığında risk grubunda olup olmadıklarına yönelik dağılımlarda, %13,8'inin risk grubunda olduğu; %86,2'sinin ise risk grubunda olmadığı tespit edilmiştir. Risk grubunda olanların risk faktörlerine yönelik dağılımlarda, 3 kişi diyabet, 8 kişi hipertansiyon, 30 kişi KOAH-Astım, 2 kişi kanser, 5 kişi kalp-damar hastalıkları, 4 kişi obezite ve son olarak 35 kişi diğer nedenlerden ötürü risk grubunda olduğunu dile getirmiştir.

Katılımcıların aynı evi paylaştıkları kişiler arasında Covid-19 salgın hastalığında risk grubunda olanların olup olmadığına yönelik dağılımlarda %26,5'i kronik hastalığa sahip kişilerin olduğunu; %6,2'sinin risk grubundakilerin 65 yaş üstünde olanların olduğunu; %5,4'ü hem kronik hem de 65 yaş üstünde olanların olduğunu dile getirmiştir. Bu kısımda %8,4'ünün yalnız yaşadığı; %53,6'sının ise risk grubunda olmadığı tespit edilmiştir.

### **3.2.5. Covid-19 İle Mücadele Durumuna Yönelik Elde Edilenler**

Çalışmanın bu kısmında, araştırma grubunda yer alanların Covid-19 ile mücadelede çalışan olup olmadıkları, çalışan olduğu durumda hangi gruba yer aldıkları ve aynı evi paylaştıkları kişi/kişiler arasında Covid-19 ile mücadele grubunda yer alanlar arasında olup olmadıklarına yönelik dağılımlar yer almaktadır.

**Tablo 6. Covid-19 İle Mücadele Durumuna Yönelik Elde Edilen İstatistikler**

<b>Covid-19 salgın hastalığı ve olumsuz sonuçları ile ön sıralarda mücadelede bir çalışan mısınız?</b>	N	%
Evet	78	12,4
Hayır	553	87,6
<b>Evet ise hangi çalışan grubundasınız?</b>	N	%
Çalışmıyorum	553	87,6
Sağlık çalışanları	30	4,8
Vefa grubu/ Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı/ Sosyal Hizmet Merkezi	16	2,5
Diğer kamu çalışanları	17	2,7
Hizmet sektörü	5	,8
Sivil toplum kuruluşları	8	1,3
Diğer	2	,3
<b>Aynı evi paylaştığımız kişiler arasında yukarıda anılan çalışma gruplarına mensup kimse var mı?</b>	N	%
Evet	137	21,7
Hayır	494	78,3

**N:** Kişi sayısı

Katılımcıların Covid-19 salgın hastalığı ile mücadele için mücadele eden kişi/kişiler arasında olup olmadıklarına yönelik dağılımlarda %12,4'ünün mücadele eden grup içerisinde yer aldığı; %87,6'sının ise mücadele eden grupta yer almadığı tespit edilmiştir. Covid-19 ile mücadele grubunda yer alanların hangi grupta yer aldıklarına yönelik dağılımlarda ise 30 kişinin sağlık çalışanı, 16 kişi vefa grubu/sosyal destekli grup; 17 kişinin diğer kamu çalışanı; 5 kişinin hizmet sektörü çalışanı; 8 kişinin sivil toplum kuruluşu ve 2 kişinin ise diğer çalışma grubunda olduğu tespit edilmiştir.

Aynı evi paylaşan katılımcıların evlerinde Covid-19 salgınıyla mücadele edenler arasında kişi/kişilerin olup olmadığına yönelik dağılımlarda 137 kişi mücadele grubunda olanların yer aldığı yönünde, 494 kişi ise mücadele grubunda yer almadığı yönünde görüş bildirmiştir.

### 3.2.6. Covid-19 Nedeniyle Vefat Eden Yakının Olup Olmadığına Yönelik Dağılımlar

Çalışmanın bu kısmında, araştırma grubunun Covid-19 nedeniyle vefat eden yakınlarının olup olmadığına yönelik dağılımları yer almaktadır.

**Tablo 7. Covid-19 Nedeniyle Vefat Eden Kişi/Kişilerin Olup Olmadığına Yönelik Elde Edilen İstatistikler**

Covid-19 sebebiyle vefat eden yakınınız oldu mu?	N	%
Evet	43	6,8
Hayır	588	93,2

N: Kişi sayısı

Katılımcıların Covid-19 nedeniyle vefat eden herhangi bir yakınının olup olmadığına yönelik dağılımlarda %6,8'inin vefat eden yakını olduğu, %93,2'sinin ise vefat eden yakını olmadığı ortaya çıkmıştır. Bu kısımda vefat eden yakına yönelik görüşlerde katılımcıların daha çok uzaktan akrabalarının vefat ettiği yönünde görüş bildirdiği ortaya çıkmıştır.

### 3.2.7. Covid-19 İle Mücade Etme Yöntemleri

Çalışmanın bu kısmında katılımcıların Covid-19 salgınıyla mücadele etme yöntemlerine ilişkin ortaya koyduğu görüşleri yer almaktadır.

**Tablo 8. Covid-19 Salgın Sürecinde Endişe ve Kaygı İle Baş Etmede Başvurulan Yöntemler**

	N
Aileme daha fazla zaman ayırmak	363
Arkadaş ve yakınlarla online olarak sıklıkla görüşmek	289
Ders çalışmak, kitap okumak	17
Dezenfektan kullanım oranım arttı	286
Yemek yeme oranım arttı	425
Dua ettim	380
Evde kaldım	498
Hobilerime daha çok zaman ayırdım veya yeni bir hobi edindim	265
İş yerimde daha az insanla temas etmeye çalıştım	100
Spor yaptım	145
Teknolojik araçlarla zaman geçirdim	11

**N:** Kişi sayısı

Covid-19 ile katılımcıların mücadele etme açısından kullandıkları yöntemlere bakıldığında, kullanılan yöntemlerin “evde kalmak”, “ailesiyle, arkadaş ve yakınlarla ilişkileri genişletmek”, “hobilere daha fazla zaman ayırmak” ve dezenfektan kullanmak gibi yöntemleri içerdiği ortaya konmuştur.

### **3.2.8. Covid-19 Salgınında Katılımcıların Kurallara Uyma Durumları**

Çalışmanın bu kısmında araştırma grubunun “evde kal!” uyarılarına; sosyal mesafe kuralına, maske kullanma zorunluluğuna uyma durumlarına yönelik elde edilen sonuçlar yer almaktadır. Bu kısımda ayrıca, yetkililer tarafından yapılan resmi açıklamaların katılımcılar tarafından ne sıklıkla takip edildiğine dönük sonuçlar da yer almaktadır.

**Tablo 9. Araştırma Grubunun Kurallara Uyuma Durumlarına Yönelik Elde Edilen İstatistikler**

	Covid-19 Salgın Sürecinde “Evde Kal” Uyarılarına Ne Kadar Uyabildiniz?		Covid-19 Salgın Sürecinde Sosyal Mesafe Kuralına Ne Kadar Uyabildiniz?		Covid-19 Salgın Sürecinde Maske Kullanma Zorunluluğuna Ne Kadar Uyabildiniz?		Covid-19 Salgın Sürecinde Yetkililer Tarafından Yapılan Açıklamaları Ve/Veya Vaka Sayılarını Ne Sıklıkla Takip Ettiniz?	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hiçbir zaman	6	1,0	1	,2	-	-	6	1,0
Çok nadir	4	,6	5	,8	3	,5	29	4,6
Nadir	9	1,4	11	1,7	6	1,0	47	7,4
Yarisında	20	3,2	18	2,9	21	3,3	105	16,6
Yarisından fazlası	116	18,4	181	28,7	82	13,0	193	30,6
Her zaman	476	75,4	415	65,8	519	82,3	251	39,8

**N:** Kişi sayısı

Katılımcıların Covid-19 salgın sürecinde evde kal uyarılarına, maske kullanma zorunluluğuna, sosyal mesafeye uyma kurallarına genel anlamda uydukları yönünde görüş bildirdikleri tespit edilmiştir. Burada ayrıca katılımcıların %16,6’sının yetkililerin yaptıkları açıklamaları yarisında takip ettikleri, %30,6’sının yarisından fazlasında, %39,8’inin ise her zaman takip ettiği ortaya çıkmıştır.

### 3.2.9. Araştırma Grubunun Kilo Durumları

Bu kısımda, araştırma grubunun mevcut kilo durumlarının yanında kilo alma durumları, çocuklukta kilolu olup olmadıkları, kilo almaya başlama zamanı, son 1 yılda kilosunda değişiklik olup olmadıklarına yönelik sonuçlar yer almaktadır. Bu kısımda ortaya konan beden kitle indeks değerlerinde Dünya Sağlık Örgütü’ünün belirlediği kategori kabul edilmiştir. Buna göre; elde edilen skor 18,5 altı ise aşırı zayıf, 18,5–24.99 arası ise normal, 25,0– 29.99 arası ise pre-obezite, 30 ve üstü ise obez şeklindedir.

**Tablo 10. Araştırma Grubunun Kilo Durumlarına Yönelik Elde Edilen İstatistikler**

<b>Kaç yıldır mevcut kiloda olduğu</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>Minimum-Maksimum</b>
	<b>3,83</b>	<b>2,762</b>	<b>1-12</b>
<b>Beden Kitle İndeksi</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Aşırı zayıf		61	9,7
Normal		360	57,1
Pre-obezite		149	23,6
Obez		61	9,7
Toplam		631	100,0
<b>Çocukken kilolu muydunuz?</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Evet		104	16,5
Hayır		527	83,5
<b>Değilseniz kilo almanızı başlatan bir olay oldu mu?</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Evet		160	25,4
Hayır		367	58,2
Toplam		527	83,5
Çocukken Kilolu Olanlar		104	16,5
<b>Kilo almaya başlanılan yaş</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
13-18 yaş aralığında		60	9,5
19-30 yaş aralığında		70	11,1
31-45 yaş aralığında		27	4,3
46-65 yaş aralığında		3	0,5
<b>Son bir yılda kilonuzda değişiklik oldu mu?</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Evet		286	45,3
Hayır		345	54,7
<b>Evet ise kilo alma sebebiniz?</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Son bir yılda kilomda değişiklik yok		345	54,7
Hamilelik		55	8,7
Covid-19 salgın süreci		94	14,9
İlaç kullanımı		35	5,5
Madde kullanımı		1	0,2
Yaşadığınız bir olay		31	4,9
Diğer		70	11,1

**Ort:** Ortalama; **SS:** Standart sapma; **N:** Kişi sayısı

Katılımcıların kaç yıldır mevcut kiloda olduklarına yönelik dağılımlarda, ortalamanın 3,83 olduğu görülmüştür.

Katılımcıların beden kitle indeks durumlarına bakıldığında, büyük çoğunluğun (360 kişi) normal kiloda olduğu tespit edilmiştir.

Çocukken kilo olup olunmadığına yönelik sonuçlarda %16,5'inin çocukken kilolu olduğu, %83,5'inin ise çocukken kilolu olmadığı tespit edilmiştir.

Çocukken kilolu olmayanların kilolu olmalarını başlatan bir olayın olup olmadığına yönelik sonuçlarda ise, 160 kişi kilo almalarını başlatan bir olay yaşadığını 367 kişi ise kilo almasını başlatan bir olay yaşadığını dile getirmiştir. Kilo alınmasını başlatan bir olay yaşayanlardan 60 kişi bunu 13-18 yaş aralığında iken, 70 kişi bunu 19-30 yaş aralığında iken, 27 kişi bunu 31-45 yaş aralığında iken ve son olarak 3 kişi bunu 46-65 yaş aralığında iken yaşadığını dile getirmiştir.

Katılımcıların son 1 yılda kilosunda değişiklik yaşayıp yaşamadıklarına yönelik görüşlerde daha çok değişiklik olmadığı yönünde görüş bildirmiştir.

Değişiklik olduğunu dile getirenlerden ise 55 kişi bunun nedenini hamilelik, 94 kişi Covid-19 salgın süreci, 35 kişi ilaç kullanımı, 1 kişi madde kullanımı ve son olarak 31 kişi yaşadığı olaya bağlamıştır. Bu kısımda 70 kişi diğer nedenleri son 1 yılda kilo almasında yaşanan değişiklik olarak belirtmiştir.

### **3.2.10. Araştırma Grubunun Ruhsal Durumları**

Çalışmanın bu kısımda araştırma grubunun ruhsal durumlarına yönelik sonuçları yer almaktadır.

**Tablo 11. Araştırma Grubunun Ruhsal Durumlarına Yönelik Elde Edilen İstatistikleri**

<b>Herhangi bir psikiyatrik bir tanısı konuldu mu?</b>			
		<b>N</b>	<b>%</b>
	Evet	82	11,0
	Hayır	549	87,0
	Toplam	631	100,0
<b>Psikiyatrik ilaç tedavisi gördünüz mü?</b>			
		<b>N</b>	<b>%</b>
	Evet	103	16,3
	Hayır	528	83,7
<b>Şu anda psikiyatri ilacı kullanıyor musunuz?</b>			
		<b>N</b>	<b>%</b>
	Evet	46	7,3
	Hayır	585	92,7
<b>Covid-19 salgın sürecinde psikoterapi desteği aldınız mı?</b>			
		<b>N</b>	<b>%</b>
	Evet	20	3,2
	Hayır	611	96,8
	Toplam	631	100,0

**N:** Kişi sayısı

Katılımcıların herhangi bir psikiyatrik tanı alıp almadıklarına yönelik dağılımlarda %11,4'ünün psikiyatrik tanı aldığı, %88,6'sının ise tanı almadığı tespit edilmiştir. Bu kısımda tanı alanların daha çok anksiyete, depresyon ve panik atak ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanma durumlarında 103 kişi ilaç kullandığını, 528 kişi ise ilaç kullanmadığını dile getirmiştir. Mevcut durumda psikiyatrik kullanma durumlarında ise 46 kişi ilaç kullandığını, 585 kişi ise ilaç kullanmadığını dile getirmiştir.

Covid-19 salgın sürecinde katılımcıların herhangi bir psikiyatrik destek alıp almadıklarına yönelik dağılımlarda ise %3,2'sinin destek aldığı, %96,8'inin ise destek almadığı tespit edilmiştir.

### 3.2.11. Covid-19 Salgın Sürecinde Katılımcıların Yaşamlarında Farklılığın Yaşanma Durumları

Çalışmanın bu kısmında araştırma grubunun Covid-19 salgın sürecinde beslenme, yiyecek, alışveriş, yeme davranışları gibi yaşam davranışlarında farklılık olup olmadığına yönelik elde edilen sonuçlara yer verilmiştir.

**Tablo 12. Covid-19 Salgın Sürecinde Araştırma Grubunun Yaşamında Yaşanan Farklılığa Yönelik Elde Edilen İstatistikler**

<b>Covid-19 salgın hastalığı sürecinde beslenme davranışlarınızda öncesine göre farklılık var mı?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hayır, farklılık yok	308	48,8
Var, daha fazla yiyorum	255	40,4
Var, daha az yiyorum	68	10,8
<b>Covid-19 salgın hastalığı sürecinde yaptığınız yiyecek alışverişi miktarında öncesine göre farklılık var mı?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hayır, farklılık yok	293	46,4
Evet, daha fazla yiyecek alıyorum	306	48,5
Evet, daha az yiyecek alıyorum	32	5,1
<b>Covid-19 salgın hastalığı sürecinde sokağa çıkma yasağı uygulanan günlerde, yasağın uygulanmadığı günlere oranla yeme davranışlarınızda farklılık var mı?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hayır, farklılık yok	452	71,6
Var, yasağın uygulandığı günlerde daha fazla yiyorum	159	25,2
Var, yasağın uygulandığı günlerde daha az yiyorum	20	3,2
<b>Kapatılan restoran, kafe gibi yerler tekrar açıldığında bu mekanlarda yemek yiyebileceğinize inanıyor musunuz?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Evet	137	21,7
Hayır	199	31,5
Emin değilim	295	46,8

**N:** Kişi sayısı

Covid-19 salgın sürecinde, öncesine nazaran beslenme alışkanlığında farklılık olup olmadığına yönelik dağılımlarda büyük çoğunluğun farklılık olmadığı yönünde görüş bildirdiği tespit edilmiştir.

Bu kısımda katılımcıların yiyecek alışverişinde salgın öncesine nazaran daha fazla yiyecek aldığı; sokağa çıkma yasağı olduğu durumda yasağın uygulanmadığı zamana kıyasla yeme davranışlarında farklılık olmadığı yönünde görüş bildirdiği tespit edilmiştir.

Son olarak, katılımcıların büyük çoğunluğu (295 kişi), kapatılan kafe ve restorasyonların açılma durumunda, bu mekanlarda yemek yeme hususunda emin olmadığını dile getirmiştir.

### 3.2.12. Araştırma Grubunun Sigara ve Alkol Kullanma Durumları

Çalışmanın bu kısmında, araştırma grubunun sigara ve alkol kullanma durumlarına yönelik sonuçları yer almaktadır.

**Tablo 13. Katılımcıların Covid-19 Salgın Sürecinde Alkol ve Sigara Kullanma Durumlarına Yönelik Elde Edilen İstatistikleri**

<b>Sigara kullanıyor musunuz? Sigara kullanımınızda Covid19 salgın hastalığı sürecinde bir değişiklik oldu mu?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sigara içmiyorum	483	76,5
İçtiğim sigara miktarında değişiklik olmadı	66	10,5
Daha fazla içiyorum	33	5,2
Daha az içiyorum	34	5,4
Sigarayı bıraktım	15	2,4
<b>Alkol tüketim miktarınızda Covid-19 salgın sürecinde bir değişiklik oldu mu?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alkol kullanmıyorum	536	84,9
Tükettiğim alkol miktarında değişiklik olmadı	39	6,2
Daha fazla tüketiyorum	14	2,2
Daha az tüketiyorum	34	5,4
Alkolü bıraktım	8	1,3

N: Kişi sayısı

Katılımcıların sigara ve alkol kullanma durumlarına bakıldığında büyük çoğunluğun sigara ve alkol kullanmadığı tespit edilmiştir.

### 3.2.13. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği İçerisinde Yer Alan İfadelere Yönelik Elde Edilen İstatistikler

Çalışmanın bu kısmında, KAÖ içerisinde yer alan ifadelere verilen cevaplardan elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır.

**Tablo 14. Koronavirüs Anksiyete Ölçek İfadelerine Verilen Cevaplardan Elde Edilen Betimsel İstatistikler**

İfadeler	Ort.	SS
Koronavirüs ile ilgili haberleri okuduğumda veya dinlediğimde başım döndü, sersemlemiş veya baygın hissettim.	,36	,882
Koronavirüs hakkında düşündüğüm için uykuya dalma veya uykuda kalma konusunda sorun yaşadım.	,59	1,002
Koronavirüs hakkında düşündüğümde veya bilgiye maruz kaldığımda felç olmuş veya donmuş gibi hissettim.	,27	,735
Koronavirüs hakkında düşündüğümde veya bilgiye maruz kaldığımda yemek yemeye ilgimi kaybettim.	,31	,767
Koronavirüs hakkında düşündüğümde veya bilgiye maruz kaldığımda mide bulantısı hissettim veya mide problemleri yaşadım.	,36	,824

**Ort:** Ortalama; **SS:** Standart sapma

Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinde yer alan ifadelere verilen cevaplardan elde edilen betimsel istatistiksel sonuçlarda “Koronavirüs hakkında düşündüğüm için uykuya dalma veya uykuda kalma konusunda sorun yaşadım.” İfadesine daha yüksek düzeyde katılım sağlandığı tespit edilmiştir.

### 3.2.14. Covid-19 İle Takıntı Ölçeği İçerisinde Yer Alan İfadelere Yönelik Elde Edilen İstatistikler

Çalışmanın bu kısmında, KAÖ içerisinde yer alan ifadelere verilen cevaplardan elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır.

**Tablo 15. Covid-19 İle Takıntı Ölçeğinde Yer Alan İfadelere Verilen Cevaplardan Elde Edilen Betimsel İstatistikler**

İfadeler	Ort.	SS
Koronavirüse yakalanmış olabileceğim şeklinde rahatsız edici düşüncelerim oldu.	1,18	1,158
Gördüğüm bazı kişilerin koronavirüslü olabileceğine dair rahatsız edici düşüncelerim vardı.	1,23	1,210
Koronavirüs hakkında düşünmeyi durduramadım.	1,27	1,236
Koronavirüs hakkında rüya gördüm.	,38	,860

**Ort:** Ortalama; **SS:** Standart sapma

Covid-19 İle Takıntı Ölçeği içerisinde yer alan ifadelere verilen cevaplardan elde edilen betimsel istatistiksel sonuçlarda “Koronavirüs hakkında düşünmeyi durduramadım.” İfadesine daha yüksek düzeyde katılım sağlandığı tespit edilmiştir.

### 3.3. Araştırmada Elde Alınan Değişkenlere Yönelik Elde Edilen Betimsel İstatistikler

Bu kısımda, anket formu içerisinde yer alan tüm değişkenlere yönelik elde edilen tanımlayıcı istatistikler yer almaktadır.

**Tablo 16. Tüm Değişkenlerin Betimsel İstatistikleri**

	Ort.	SS
CTÖ Toplam Puan	4,07	3,445
KAÖ Toplam Puan	1,89	3,453
DİA Toplam Puan	92,78	23,541
DİA-Olumsuz Toplam Puan	52,38	20,665
DİA-Olumlu Toplam Puan	40,40	10,094
BAÖ Toplam Puan	10,12	9,019
BDE Toplam Puan	12,14	9,791
BDKS-1 Toplam Puan	66,27	22,556
BDKS	24,65	14,472
MKİ	41,62	12,981

**CTÖ:** Covid-19 ile Takıntı Ölçeği; **KAÖ:** Koronavirüs Anksiyete Ölçeği; **DİA:** Duygusal İştah Anketi; **BAÖ:** Beck Anksiyete Ölçeği; **BDE:** Beck Depresyon Envanteri; **BDKS:** Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu; **MKİ:** Metakognitif İnançlar; **Ort:** Ortalama; **SS:** Standart sapma

Koronavirüs anksiyete ölçeği toplam puanına bakıldığında, ortalamanın 1,89 olduğu görülmektedir. Elde edilen toplam puanın 9'dan az olması göz önüne bulundurulduğunda, katılımcıların koronavirüsle anksiyete düzeylerinin oldukça düşük olduğu yorumunda bulunulabilir.

CTÖ'den alınan toplam puana bakıldığında değer 4,07 olduğu görülmektedir. Bu değer, koronavirüsle ilgili işlevsiz düşünmenin düşük olduğunu göstermektedir.

DİA'dan alınan toplam puana bakıldığında ise alınan puanın 92,78 olduğu görülmüştür. Bu kısımda olumsuz duygu ve durumların 52,38; olumlu duygu ve durumların ise 40,40 puana sahip olduğu görülmektedir.

BDE için katılımcıların 12,14 puan aldığı görülmüştür. Bu değer, katılımcıların hafif düzeyde depresif belirtileri olduğunu göstermektedir.

BAÖ için katılımcıların 10,12 puan aldığı görülmüştür. Bu değer, katılımcıların hafif düzeyde anksiyetesi olduğunu gösterir.

BDKS için ise katılımcıların 66,27 puan aldığı tespit edilmiştir.

**Tablo 17. Covid-19 İle Takıntı Ölçeğine Göre Değerlendirmeler**

	N	%
Koronavirüsle ilgili takıntılı düşüncelere sahip olmayanlar	494	78,3
Koronavirüsle ilgili takıntılı düşüncelere sahip olanlar	137	21,7
Toplam	631	100,0

**N:** Kişi sayısı

Anket formunda yer alan Covid-19 İle Takıntı ölçeğinden alınan puanın kategorik yapıları incelendiğinde Covid-19 Takıntı grubunda katılımcıların %78,3'ünün koronavirüsle ilgili işlevsiz düşünmeye sahip olmadığı tespit edilmiştir.

**Tablo 18. Koronavirüs Anksiyete Ölçeğine Göre Değerlendirmeler**

	N	%
Koronavirüsle ilgili olarak işlevsiz anksiyeteye sahip olmayanlar	594	94,1
Koronavirüsle ilgili olarak işlevsiz anksiyeteye sahip olanlar	37	5,9
Toplam	631	100,0

**N:** Kişi sayısı

Anket formunda yer alan Koronavirüs Anksiyete ölçeğinden alınan puanın kategorik yapıları incelendiğinde katılımcıların %94,1'inin de koronavirüsle ilgili işlevsiz anksiyeteye sahip olmadığı tespit edilmiştir.

**Tablo 19. Beck Depresyon Ölçeğine Göre Değerlendirmeler**

	N	%
Depresif olmayan duygudurum	283	44,8
Hafif depresif belirtiler	177	28,1
Orta düzeyde depresif belirtiler	125	19,8
Şiddetli depresif belirtiler	46	7,3
Toplam	631	100,0

**N:** Kişi sayısı

Katılımcıların büyük çoğunluğunun depresif olmayan duygudurumda olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 20. Beck Anksiyete Ölçeğine Göre Değerlendirmeler**

	N	%
Normal düzeyde anksiyete	362	57,4
Hafif düzeyde anksiyete	158	25,0
Orta düzeyde anksiyete	85	13,5
Ciddi düzeyde anksiyete	26	4,1
Toplam	631	100,0

**N:** Kişi sayısı

Katılımcıların büyük çoğunluğunun normal düzeyde anksiyete olduğu tespit edilmiştir.

### **3.4. Araştırma Kapsamındaki Hipotezlerin Sınanması**

Bu kısımda, araştırmanın amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezlerin test sonuçları yer almaktadır.

**Tablo 21. Duygusal İştah Anketinden Alınan Toplam Puanlar İle Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Koronavirüs Anksiyete Ölçeği, Covid-19 İle Takıntı Ölçeği, Yaş, Boy, Kilo, Bilişsel Dikkat Sendromu Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi Sonuçları**

Toplam Puan			DİA-Olumlu Toplam Puan N:631	DİA Toplam Puan N:631	DİA-Olumsuz Toplam Puan N:631
Spearman's rho	CTÖ Toplam Puan	r	,061	,048	,032
		p	,123	,225	,426
	Yaş	r	-,038	-,012	-,014
		p	,337	,766	,735
	KAÖ Toplam Puan	r	,049	<b>,080*</b>	,069
		p	,220	,046	,084
		N	631	631	631
	BAÖ Toplam Puan	r	,037	,039	,035
		p	,359	,331	,381
		N	631	631	631
	BDE Toplam Puan	r	-,012	-,019	-,014
		p	,754	,627	,732
		N	631	631	631
	BDKS-1 Toplam Puan	r	<b>,119**</b>	<b>,107**</b>	,063
		p	,003	,007	,111
		N	631	631	631
	BDKS	r	<b>,087*</b>	<b>,121**</b>	<b>,091*</b>
		p	,029	,002	,022
		N	631	631	631
	MKİ	r	<b>,110**</b>	,040	-,001
		p	,006	,313	,987
		N	631	631	631
	Boyunuz	r	<b>,105**</b>	,022	,000
		p	,008	,574	,995
N		631	631	631	
Kilonuz	r	-,075	<b>,175**</b>	<b>,222**</b>	
	p	,061	,000	,000	
	N	631	631	631	

**DİA:** Duygusal İştah Anketi; **CTÖ:** Covid-19 ile Takıntı Ölçeği; **KAÖ:** Koronavirüs Anksiyete Ölçeği; **BAÖ:** Beck Anksiyete Ölçeği; **BDE:** Beck Depresyon Envanteri; **BDKS:** Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu; **r:** Korelasyon Katsayısı; **N:** Kişi Sayısı; Spearman Korelasyon ile **\*\* p<0,01** düzeyinde anlamlıdır (2-kuyruklu); **\* p<0,05** düzeyinde anlamlıdır (2-kuyruklu).

DİA'dan alınan toplam puanlar ile KAÖ toplam puanı arasında pozitif yönde 0,05 düzeyinde anlamlı bir ilişki olduğu, buna karşın DİA alt boyutlarından olumlu ve olumsuz duygu ve durumdan alınan puan ile KAÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

DİA'dan alınan toplam puanlar, olumlu ve olumsuz duygu ve durumdan alınan puan ile BAÖ toplam puanı, CTÖ toplam puanı ve katılımcıların yaşları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

DİA'dan alınan toplam puanlar, olumlu ve olumsuz duygu ve durumdan alınan puan ile BDE toplam puan arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

DİA'dan alınan toplam puanlar ve olumlu duygu ve durumdan alınan puan ile BDKS toplam puan arasındaki ilişki sonucunda pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, buna karşın DİA alt boyutlarından olumsuz duygu ve durumdan alınan puan ile BDKS toplam puan arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

DİA'dan alınan toplam puanlar, olumlu ve olumsuz duygu ve durumdan alınan puan ile BDKS ölçeğinin alt boyutlarından bilişsel dikkat arasında anlamlı düzeyde ve pozitif yönde bir ilişki olduğu kaydedilmiştir.

DİA'dan alınan toplam puanlar ve olumsuz duygu ve durumdan alınan puan ile BDKS alt boyutlarından Metakognitif İnançlar arasındaki ilişki sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı, ancak olumlu duygu ve durumlar ile Metakognitif İnançlar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

DİA'dan alınan toplam puanlar ve olumsuz duygu ve durumdan alınan puan ile boy arasındaki ilişki sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı, buna karşın DİA alt boyutlarından olumlu duygu ve durumdan alınan puan ile boy arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır.

DİA'dan alınan toplam puanlar ve olumsuz duygu ve durumdan alınan puan ile kilo arasındaki ilişki sonucunda anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu, ancak DİA alt boyutlarından olumlu duygu ve durumdan alınan puan ile kilo arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır.

**Tablo 22. Beden Kitle İndeksi İle Araştırmada Ele Alınan Temel Değişkenler Arasındaki Karşılaştırmaya Yönelik Yapılan Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları**

	Beden Kitle İndeksi	N	Sıralı Ortalama	Kruskal-Wallis H	p
CTÖ Toplam Puan	Aşırı zayıf	61	339,11	1,218	,75
	Normal	360	314,57		
	Pre-obezite	149	309,37		
	Obez	61	317,49		
	Toplam	631			
KAÖ Toplam Puan	Aşırı zayıf	61	310,02	3,455	,33
	Normal	360	318,13		
	Pre-obezite	149	300,72		
	Obez	61	346,71		
	Toplam	631			
DİA Toplam Puan	Aşırı zayıf	61	294,31	20,134	<b>,00**</b>
	Normal	360	293,08		
	Pre-obezite	149	356,32		
	Obez	61	374,51		
	Toplam	631			
DİA-Olumsuz Toplam Puan	Aşırı zayıf	61	259,16	26,676	<b>,00**</b>
	Normal	360	296,79		
	Pre-obezite	149	356,27		
	Obez	61	387,84		
	Toplam	631			
DİA-Olumlu Toplam Puan	Aşırı zayıf	61	388,10	13,062	<b>,01*</b>
	Normal	360	311,78		
	Pre-obezite	149	313,85		
	Obez	61	274,08		
	Toplam	631			
BAÖ Toplam Puan	Aşırı zayıf	61	314,40	2,446	,49

	Normal	360	315,53		
	Pre-obezite	149	304,75		
	Obez	61	347,88		
	Toplam	631			
BDE Toplam Puan	Aşırı zayıf	61	317,59	2,630	,45
	Normal	360	315,69		
	Pre-obezite	149	303,04		
	Obez	61	347,89		
	Toplam	631			
BDKS-1 Toplam Puan	Aşırı zayıf	61	335,52	3,246	,36
	Normal	360	321,26		
	Pre-obezite	149	308,89		
	Obez	61	282,83		
	Toplam	631			
BDKS	Aşırı zayıf	61	338,21	6,615	,09
	Normal	360	327,03		
	Pre-obezite	149	295,19		
	Obez	61	279,50		
	Toplam	631			
MKİ	Aşırı zayıf	61	321,89	1,970	,58
	Normal	360	312,98		
	Pre-obezite	149	330,05		
	Obez	61	293,60		
	Toplam	631			

**CTÖ:** Covid-19 ile Takıntı Ölçeği; **KAÖ:** Koronavirüs Anksiyete Ölçeği; **DİA:** Duygusal İştah Anketi; **BAÖ:** Beck Anksiyete Ölçeği; **BDE:** Beck Depresyon Envanteri; **BDKS:** Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu; **MKİ:** Metakognitif İnançlar; Kruskal Wallis H testi ile \*\* p<0.01 için anlamlı; \* p<0.05 için anlamlı.

Beden kitle indeksine göre, araştırmada ele alınan temel değişkenler arasındaki karşılaştırma testi sonucunda “DİA Toplam Puan, DİA-Olumsuz Puan ve Olumlu Puan” alımında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu kısımda ortaya çıkan farklılığın kaynağının tespiti amacıyla çoklu karşılaştırma test yöntemlerinden Tukey testine başvurulmuş olup elde edilen sonuçlar aşağıda gösterilmiştir.

**Tablo 23. Beden Kitle İndeksine Göre Yapılan Çoklu Karşılaştırma Test Sonuçları**

Bağımlı Değişken	BKİ	Alt Gruplar	Ortalamalar Farkı	p
DİA-Olumsuz Puan	Pre-obezite	Aşırı zayıf	11,349*	<b>,001</b>
		Normal	6,773*	<b>,003</b>
		Obez	-5,651	,254
	Obez	Aşırı zayıf	17,000*	<b>,000</b>
		Normal	12,423*	<b>,000</b>
		Pre-obezite	5,651	,254
DİA-Olumlu Puan	Aşırı zayıf	Normal	4,000*	<b>,021</b>
		Pre-obezite	3,302	,134
		Obez	5,541*	<b>,013</b>
DİA Toplam Puan	Pre-obezite	Normal	7,470*	<b>,006</b>
	Obez	Aşırı zayıf	11,459*	<b>,033</b>
		Normal	10,882*	<b>,004</b>

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi; **DİA:** Duygusal İştah Anketi; Tukey HSD (Tam Olarak Önemli Fark) testi ile \* Ortalamalar farkı 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Beden kitle indeksine göre yapılan çoklu karşılaştırma test sonucunda, DİA olumsuz puanda pre-obezite olanların aldıkları puanlar ile aşırı zayıf ve normal kiloda olanlar arasında; obez olanların aldıkları puanlarla da aşırı zayıf ve normal kiloda olanlar arasında farklılık tespit edilmiştir. DİA alt boyutundan biri olan olumlu duygu ve durumdan alınan puanının ise aşırı zayıf olanlarla normal kiloda ve obez olanlarda farklılaştığı tespit edilmiştir. Son olarak DİA toplam puanda preobezite olanlarla normal kiloda olanlar; obez olanlarla da aşırı zayıf ve normal kiloda olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 24. Son 1 Yılda Kiloda Değişimin Olup Olmaması İle Araştırmada Ele Alınan Temel Değişkenler Arasındaki Karşılaştırmaya Yönelik Yapılan Mann-Whitney U Testi Sonuçları**

		Toplam (N=631)	Evet (N=286)	Hayır (N=345)	p
CTÖ Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	0-16 (4,00) 3,97±,167	0-16 (3,00) 3,97±,178	0-16 (4,00) 4,52±3,874	,794
KAÖ Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	0-20 (,00) 1,89±3,453	0-20 (,00) 2,02± 3,451	0-20 (,00) 1,78±3,455	,143
DİA Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	19-198 (93,00) 92,78±23,541	19-198 (94,00) 94,80±25,357	21-198 (92,00) 91,10±21,816	<b>,038*</b>
DİA-Olumsuz Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	9-126 (51,00) 52,38±20,665	9-126 (55,00) 55,50±21,542	11-126 (49,00) 49,79±19,565	<b>,001*</b>
DİA-Olumlu Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	5-72 (40,00) 40,40±10,094	5-72 (40,00) 39,30±10,127	7-72 (40,00) 41,32±9,989	<b>,010*</b>
BAÖ Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	0-47 (8) 10,12±9,019	0-47 (9,00) 11,22±9,501	0-37 (7,00) 9,22±8,507	<b>,006*</b>
BDE Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	0-63 (10,00) 12,14±9,791	0-63 (13,00) 13,82±10,549	0-42 (9,00) 10,76±8,894	<b>,000**</b>
BDKS-1 Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	0-144 (67,00) 66,27±22,556	0-144(70,00) 67,65±22,562	0-126 66,00) 65,12±22,519	,095
BDKS	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	0-64 (26,00) 24,65±14,472	0-64 (27,00) 25,88±13,695	0-64 (24,00) 23,63±15,029	,054
MKİ	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	0-80 (43,00) 41,62±12,981	0-80 (43,50) 41,77±13,971	0-70 (43,00) 41,49±12,119	,579

**CTÖ:** Covid-19 ile Takıntı Ölçeği; **KAÖ:** Koronavirüs Anksiyete Ölçeği; **DİA:** Duygusal İştah Anketi; **BAÖ:** Beck Anksiyete Ölçeği; **BDE:** Beck Depresyon Envanteri; **BDKS:** Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu; **MKİ:** Metakognitif İnançlar; **N:** Toplam kişi sayısı; **Min:** Minimum değer; **Max:** Maksimum değer; **Ort:** Ortalama; **SS:** Standart Sapma; Mann-Whitney U testi ile \*\*  $p < 0.01$  için anlamlı; \*  $p < 0.05$  için anlamlı.

Son 1 yılda kiloda değişiklik olma durumuna göre araştırmada ele alınan temel değişkenler arasındaki karşılaştırma test sonucunda, DÍA toplam puanı ve DÍA-Olumsuz Puan arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta son 1 yılda kilosunda değişiklik olanların aldıkları puanın daha yüksek olduğu, buna karşı DÍA alt boyutlarından olan DÍA-Olumlu Puanın son 1 yılda kilosunda değişiklik olmayanlarda daha yüksek olduğu kaydedilmiştir.

BAÖ Toplam Puanı ve BDE Toplam Puanı ile son 1 yılda kiloda değişiklik olma durumunda 0,05 düzeyine göre anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta son 1 yılda kilosunda değişiklik olanların aldıkları puanın daha yüksek olduğu kaydedilmiştir.

Son olarak, bilişsel dikkat sendromu içerisinde yer alan bilişsel dikkat kitlenmesi sendromu alt boyutundan alınan puanlar ile son 1 yılda kiloda değişiklik olma durumu arasında anlamlı bir farklılık olmadığı kaydedilmiştir.

**Tablo 25. Son 1 Yılda Kiloda Değişiklik Olmaması ve Covid-19 Döneminde Kilo Alma İle Araştırmada Ele Alınan Temel Değişkenler Arasındaki Karşılaştırmaya Yönelik Yapılan Mann-Whitney U Testi Sonuçları**

		Son bir yılda kilomda değişiklik yok (N=345)	Covid-19 salgın sürecinde kilo aldım (N=94)	p
CTÖ Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	0-16 (3,00) 3,97±1,178	0-16 (4,00) 4,52±3,874	,395
KAÖ Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	0-20 (,00) 1,78±3,455	0-12 (1,00) 2,00±2,892	,028
DİA Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	21-198 (92,00) 91,10±21,816	22-198 (99,00) 98,00±26,327	<b>,005*</b>
DİA-Olumsuz Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	11-126 (49,00) 49,79±19,565	14-126 (57,00) 57,37±23,071	<b>,003*</b>
DİA-Olumlu Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	7-72 (40,00) 41,32±9,989	5-72 (40,00) 40,63±11,484	,329
BAÖ Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	0-37 (7,00) 9,22±8,507	0-42 (10,00) 12,13±9,896	,010
BDE Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	0-42 (9,00) 10,76±8,894	0-63 (12,50) 15,13±11,611	<b>,001*</b>
BDKS-1 Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	0-126 (66,00) 65,12±22,519	14-122 (71,50) 71,86±21,379	,006
BDKS	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	0-64 (24,00) 23,63±15,029	0-59 (29,50) 28,43±14,530	<b>,005*</b>
MKİ	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	0-70 (43,00) 41,49±12,119	9-70 (45,00) 43,44±13,229	,069

**CTÖ:** Covid-19 ile Takıntı Ölçeği; **KAÖ:** Koronavirüs Anksiyete Ölçeği; **DİA:** Duygusal İştah Anketi; **BAÖ:** Beck Anksiyete Ölçeği; **BDE:** Beck Depresyon Envanteri; **BDKS:** Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu; **MKİ:** Metakognitif İnançlar; **N:** Toplam kişi sayısı; **Min:** Minimum değer; **Max:** Maksimum değer; **Ort:** Ortalama; **SS:** Standart Sapma; Mann-Whitney U testi ile \*\*  $p < 0.01$  için anlamlı; \*  $p < 0.05$  için anlamlı.

Son 1 yılda kiloda değişiklik olmaması durumu ve Covid-19 döneminde kilo alınması durumunun araştırmada ele alınan temel değişkenler ile karşılaştırıldığı test sonucunda, son 1 senede kilosunda değişiklik olmayanlarla Covid-19 döneminde kilo aldığını söyleyen kişilerin DİA toplam puanı, DİA olumsuz toplam puanı, depresyon toplam puanı ve BDKS toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu, DİA toplam, DİA olumsuz puan ve BDE toplam puanlarında kilo aldıklarını söyleyenlerin aldıkları puan daha yüksekken BDKS toplam puanı son 1 senedekilosunda değişiklik olmayanlarda daha yüksek olduğu kaydedilmiştir.

**Tablo 26. Covid-19 Salgın Sürecinde Haneye Giren Toplam Gelirde Azalma Olup Olmadığı İle Araştırmada Ele Alınan Temel Değişkenler Arasındaki Karşılaştırmaya Yönelik Yapılan Mann-Whitney U Testi Sonuçları**

		Toplam (N=631)	Evet (N=278)	Hayır (N=353)	p
CTÖ Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	0-20 (,00) 1,89±3,453	0-18 (,00) 1,88±3,076	0-20 (,00) 1,89±3,727	,96
KAÖ Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	19-198 (93,00) 92,78±23,541	21-198 (90,00) 90,56±23,314	19-198 (96,00) 94,52±23,604	,18
DİA Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	9-126 (51,00) 52,38±20,665	9-126(50,00) 50,41±20,719	11-126 (54,00) 53,93±20,520	<b>,03*</b>
DİA-Olumsuz Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	4-54 (11,00) 11,02±10,081	4-48 (23,00) 22,8±21,02	4-43 (18,09) 19,02±17,03	<b>,04*</b>
DİA-Olumlu Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	5-72 (40,00) 40,40±10,094	5-72(40,00) 40,15±9,933	5-72 (40,00) 40,60±10,229	,38
BAÖ Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	0-47 (8,00) 10,12±9,019	0-41(8,00) 10,66±9,156	0-47 (8,00) 9,70±8,901	,16
BDE Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	0-63 (10,00) 12,14±9,791	0-63 (11,50) 13,54±10,040	0-53 (10,00) 11,05±9,460	<b>,00*</b>
BDKS-1 Toplam Puan	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	0-144 (67,00) 66,27±22,556	0-126 (69,00) 67,83±22,492	0-144 (67,00) 65,04±22,561	,15
BDKS	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	0-64 (26,00) 24,65±14,472	0-64 (26,00) 25,73±14,015	0-64 (26,00) 23,80±14,786	,16
MKİ	Min.-Mak (Medyan) Ort. ±SS	0-80 (43,00) 41,62±12,981	0-70 (44,50) 42,09±13,185	0-80 (43,00) 41,24±12,825	,19

**CTÖ:** Covid-19 ile Takıntı Ölçeği; **KAÖ:** Koronavirüs Anksiyete Ölçeği; **DİA:** Duygusal İştah Anketi; **BAÖ:** Beck Anksiyete Ölçeği; **BDE:** Beck Depresyon Envanteri; **BDKS:** Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu; **MKİ:** Metakognitif İnançlar; **N:** Toplam kişi sayısı; **Min:** Minimum değer; **Max:** Maksimum değer; **Ort:** Ortalama; **SS:** Standart Sapma; Mann-Whitney U testi ile **\*\* p<0.01** için anlamlı; **\* p<0.05** için anlamlı.

Covid-19 salgın sürecinde katılımcıların hanelerine giren toplam gelirlerinde azalma durumlarına göre yapılan karşılaştırma sonucunda DİA toplam puanı ile alt boyutlarından biri olan olumsuz duygu ve durum puanlarında 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu kısımda Covid-19 sürecinde haneye giren toplam gelir düzeyinde azalma olanların aldıkları puanın daha yüksek olduğu kaydedilmiştir.

Covid-19 salgın sürecinde katılımcıların hanelerine giren toplam gelirlerinde azalma durumlarının farklılaştığı bir diğer değişken BDE'den alınan puanın anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir. Bu kısımda da Covid-19 sürecinde haneye giren toplam gelir düzeyinde azalma olanların aldıkları puanın daha yüksek olduğu kaydedilmiştir.

### 3.4.1. Duygusal İştahı Etkileyen Faktörlerin Tespit Edilmesi

Çalışmanın bu kısmında duygusal iştahın bağımlı değişken olarak ele alınması durumunda yordayıcı değişkenlerin neler olduğunun tespitine yönelik regresyon analizi sonuçları yer almaktadır.

**Tablo 27. Duygusal Yemeyi Etkileyen Faktörlerin Tespitine Yönelik Yapılan Lineer Çoklu Regresyon Analizi Tablosu**

Değişken	$\beta$	SH	Std. B	p	r
Sabit	83,505	3,366		,000	
CTÖ	,446	,270	,065	,099	,048
KAÖ	,685	,296	,100	<b>,021*</b>	,080
BAÖ	-,013	,137	-,005	,923	,039
BDE	-,226	,124	-,094	,069	-,019
BDKS	,205	,082	,126	<b>,013*</b>	,121
MKİ	,096	,077	,053	,212	,040

**CTÖ:** Covid-19 ile Takıntı Ölçeği; **KAÖ:** Koronavirüs Anksiyete Ölçeği; **BAÖ:** Beck Anksiyete Ölçeği; **BDE:** Beck Depresyon Envanteri; **BDKS:** Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu; **MKİ:** Metakognitif İnançlar;  **$\beta$ :** Beta; **SH:** Standart Hata; **Std.:** Standart; **r:** Korelasyon Katsayısı; Enter metodu ile Lineer Regresyon testi; **Uyarlanmış R<sup>2</sup>:** ,026

DİA'dan alınan toplam puanlar ile CTÖ, BAÖ, BDE ve MKİ'den alınan toplam puanlar arasından yapılan lineer regresyon analizinin sonucuna göre bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında anlamlı bir fark bulunamazken, KAÖ ve BDKS-1 ölçeğinin alt faktörü olan BDKS'nin duygusal yeme davranışını yordadığı bulunmuştur.

**Tablo 28. Olumlu Duygu ve Durumlarda Yemeyi Etkileyen Faktörlerin Tespitine Yönelik Yapılan Lineer Çoklu Regresyon Analizi Tablosu**

Değişken	$\beta$	SH	Std. B	p	r
Sabit	35,066	1,442		,000	
CTÖ	,171	,116	,058	,141	,047
KAÖ	,054	,127	,018	,673	,027
BAÖ	-,037	,059	-,033	,527	,045
BDE	-,116	,053	-,113	<b>,029*</b>	,017
BDKS	,063	,035	,091	,073	,089
MKİ	,115	,033	,147	<b>,001*</b>	,098

**CTÖ:** Covid-19 ile Takıntı Ölçeği; **KAÖ:** Koronavirüs Anksiyete Ölçeği; **BAÖ:** Beck Anksiyete Ölçeği; **BDE:** Beck Depresyon Envanteri; **BDKS:** Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu; **MKİ:** Metakognitif İnançlar;  **$\beta$ :** Beta; **SH:** Standart Hata; **Std.:** Standart; **r:** Korelasyon Katsayısı; Enter metodu ile Lineer Regresyon testi için \*  $p < 0,05$  düzeyinde anlamlıdır; **Uyarlanmış R<sup>2</sup>:** ,027

DİA olumlu duygu ve durumlardan alınan toplam puanlar ile CTÖ, KAÖ, BAÖ ve BDKS'den alınan toplam puanlar arasından yapılan lineer regresyon analizinin sonucuna göre bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

DİA olumlu duygu ve durumlardan alınan toplam puanlar ile BDE ve MKİ toplam puanlar arasında lineer regresyon analizinin sonucuna göre, depresif semptomlar ve metakognitif inançların, olumlu duygu ve durumlarda yeme davranışını yordadığı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 29. Olumsuz Duygu ve Durumlarda Yemeyi Etkileyen Faktörlerin Tespitine Yönelik Yapılan Lineer Çoklu Regresyon Analizi Tablosu**

Değişken	$\beta$	SH	Std. B	p	r
Sabit	48,439	2,970		,000	
CTÖ	,275	,238	,046	,249	,015
KAÖ	,631	,261	,105	<b>,016*</b>	,075
BAÖ	,024	,120	,010	,844	,019
BDE	-,109	,109	-,052	,318	-,010
BDKS	,142	,073	,099	,051	,080
MKİ	-,019	,068	-,012	,780	-,027

**CTÖ:** Covid-19 ile Takıntı Ölçeği; **KAÖ:** Koronavirüs Anksiyete Ölçeği; **BAÖ:** Beck Anksiyete Ölçeği; **BDE:** Beck Depresyon Envanteri; **BDKS:** Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu; **MKİ:** Metakognitif İnançlar;  **$\beta$ :** Beta; **SH:** Standart Hata; **Std.:** Standart; **r:** Korelasyon Katsayısı; Enter metodu ile Lineer Regresyon testi için \*  $p < 0,05$  düzeyinde anlamlıdır; ; **Uyarlanmış R<sup>2</sup>:** ,016

DİA olumsuz duygu ve durumlardan alınan toplam puanlar ile CTÖ, BAÖ, BDE, BDKS ve MKİ'den alınan toplam puanlar arasından yapılan lineer regresyon analizinin sonucuna göre bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

DİA olumsuz duygu ve durumlardan alınan toplam puanlar ile KAÖ toplam puanlar arasında lineer regresyon analizinin sonucuna göre, Koronavirüs ile ilgili anksiyetenin, olumsuz duygu ve durumlarda yeme davranışını yordadığı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 30. BKİ Grupları Arasında Covid-19 Sürecinde Beslenme Davranışlarındaki Değişiklik Oranlarının Karşılaştırıldığı Ki Kare Testi Tablosu**

Gruplar		Covid19 sürecinde beslenme davranışlarınızda öncesine göre farklılık			p
		Hayır, farklılık yok N=308 (%)	Var, daha fazla yiyorum N=255 (%)	Var, daha az yiyorum N=68 (%)	
BKİ	Aşırı zayıf N=61 (%)	34 (%55,7)	20 (%32,8)	7 (%11,5)	0,363
	Normal N=360 (%)	162 (%45,0)	160 (%44,4)	38 (%10,6)	
	Pre- obezite N=149 (%)	81 (%54,4)	51 (%34,2)	17 (%11,4)	
	Obez N=61 (%)	31 (%50,8)	24 (%39,3)	6 (%9,8)	

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi; **N:** Kişi sayısı; **p:** Anlamlılık değeri; Ki Kare Testi uygulanmıştır.

Covid-19 sürecinde öncesine göre beslenme davranışlarında değişiklik olup olmadığı, yeme davranışındaki artış ve azalmaların BKİ grupları arasında karşılaştırıldığı Ki Kare Testi sonucuna göre aralarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 31. BKİ Grupları Arasında Covid-19 Sürecinde Sokağa Çıkma Yasağının Uygulandığı Günlerde Beslenme Davranışlarındaki Değişiklik Oranlarının Karşılaştırıldığı Ki Kare Testi Tablosu**

Gruplar		Sokağa çıkma yasağının uygulandığı günlerde beslenmede farklılık			p
		Hayır, farklılık yok N=452 (%)	Var, daha fazla yiyorum N=159 (%)	Var, daha az yiyorum N=20 (%)	
BKİ	Aşırı zayıf N=61 (%)	41 (%67,2)	16 (%26,2)	4 (%6,6)	0,538
	Normal N=360 (%)	256 (%71,1)	93 (%25,8)	11 (%3,1)	
	Pre-obezite N=149 (%)	114 (%76,5)	32 (%21,5)	3 (%2,0)	
	Obez N=61 (%)	41 (%67,2)	18 (%29,5)	2 (%3,3)	

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi; **N:** Kişi sayısı; **p:** Anlamlılık değeri; Ki Kare Testi uygulanmıştır.

Covid-19 sürecinde öncesine göre beslenme davranışlarında değişiklik olup olmadığı, yeme davranışındaki artış ve azalmaların BKİ grupları arasında karşılaştırıldığı Ki Kare Testi sonucuna göre aralarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

## **BÖLÜM 4: TARTIŞMA**

Bu araştırma, Covid-19 salgın sürecinde duygusal yeme ile metakognisyonlar, depresyon, anksiyete ve obsesif inançlar arasındaki ilişkinin tespit edilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın diğer amacı, beden kitle indeksi, son 1 yılda kiloda değişiklik olma durumu, cinsiyet, Covid-19 salgın sürecinde haneye giren toplam gelirden azalma olup olmadığı, konulmuş herhangi bir psikiyatrik tanının olup olmaması durumu ve psikiyatrik ilaç tedavisi görme durumu ile Covid-19 salgını sürecinde duygusal yeme ile metakognisyonlar, depresyon, anksiyete ve obsesif inançlar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını ortaya koymaktır. Bir diğer amaç ise, cinsiyet, Covid-19 salgın sürecinde haneye giren toplam gelirden azalma olup olmadığı, psikiyatrik tanının olup olmaması durumu ve psikiyatrik ilaç tedavisi görme durumu ile beden kitle indeksi arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını ortaya koymaktır.

İfade edilen amaçların yerine getirilmesi noktasında, araştırmada veri toplama yöntemlerinden anket tekniğine başvurulmuştur. Anket içerisinde kişisel bilgileri ortaya koyan soruların yanında, Covid-19 ile ilgili durumlar ile DİA, KAÖ, COVID-19 Takıntı Ölçeği, BAÖ, BDE, Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu (CAS-1) Ölçekleri yer almaktadır. Söz konusu anketler yaşları 18-65 arasında değişen toplam 631 kişi tarafından online olarak cevaplanmıştır. Anket uygulaması sonucunda elde edilen verilerin çözümlenmesinde SPSS 26 paket programı tercih edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular şu alt başlıklar altında incelenebilir.

### **4.1. Araştırma Grubunu Tanıtıcı Bilgilere Yönelik Sonuçların Değerlendirilmesi**

Araştırma grubunu tanıttıcı özelliklere ilişkin elde edilen sonuçlarda, katılımcıların yaşlarının ortalama 29,75 olduğu, boyunun 1,65 cm; kilosunun ise 64,97 kg olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların cinsiyet ve medeni durum dağılımlarında büyük çoğunluğunun kadın ve bekar olduğu tespit edilmiştir. Yaşanılan yere ilişkin elde edilen bulgulara, çoğunluğun büyükşehirde yaşadığı ve önlisans/lisans mezunu olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bir başka çalışmada, araştırma grubunun büyük çoğunluğunun kadın (%68,1), medeni durumlarının bekar (%67,6) ve yaş ortalamasının ise 28,44 olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada ayrıca, katılımcıların büyük çoğunluğunun (%34,7'si) önlisans mezunu olduğu görülmüştür (Biçer ve diğerleri, 2020: 219).

Katılımcıların büyük çoğunluğunun Covid-19 sürecinde kök ailesi, eş ve çocukları ile yaşadığı, %36,3'ünün çalışmadığı ve %34,4'ünün ise tam zamanlı çalıştığı tespit edilmiştir. Araştırma grubunun toplam gelir düzeyleri göz önünde bulundurulduğunda, büyük çoğunluğunun (%32,5'i) 3.001-6.000 TL arası geliri olduğu tespit edilmiş, ayrıca yine çoğunluğun Covid-19 sürecinde evlerine giren gelir düzeyinde azalma olmadığı (%55,9'u) bulunmuştur. Biçer ve diğerlerinin yaptığı çalışmada katılımcıların gelir düzeylerinin ortalama 2859,93 TL arasında gelire sahip olduğu tespit edilmiştir (2020: 219).

Covid-19 sürecinde çalışma durumuna yönelik dağılımlarda büyük çoğunluğun Covid-19 öncesinde çalışmadığı görülmüştür. Bu kısımda katılımcıların %19,2'sinin ise evden çalıştığı tespit edilmiştir. Covid-19 sürecinde risk grubunda olup da izinli olanların bunun nedenlerine bakıldığında 1 kişi hamile olduğu için; 3 kişi süt izninde olduğu için; 2 kişi engelli; 2 kişi kronik solunum yolu hastası; 2 kişi diyabet hastası; 1 kişi kalp damar hastası olması sebebiyle ve 9 kişi ise diğer sebeplerle izinli olduğunu dile getirmiştir.

Katılımcıların çocuk sahiplik durumlarında %29,2'sinin çocuğunun olduğu ve birlikte yaşadığı, %1'inin çocuğunun olduğu ancak birlikte yaşamadığı ve son olarak %69,9'unun ise çocuğunun olmadığı tespit edilmiştir.

Çocuk sahibi olanların 0-5 ve 6-12 yaş arası çocuğunun olup olmadığına yönelik dağılımlarda 70 kişi 0-5 yaşında 1 tane; 20 kişi 2 tane; 1 kişi ise 3 ve üzerinde sayı kadar çocuğunun olduğunu dile getirmiştir. Bunun yanında 13-20 yaşında çocuk sahiplik durumunda 37 kişi 13-20 yaşında 1 çocuğunun; 13 kişi 2 çocuğunun ve son olarak 3 kişi ise 3 ve üzerinde çocuğa sahip olduğunu dile getirmiştir. Son olarak 20 yaş üstünde çocuk sahiplik durumunda, 14 kişi 1 çocuk; 20 kişi 2 çocuk; 10 kişi ise 3 ve üzerinde çocuğa sahip olduğunu dile getirmiştir. Demirbaş ve Koçak'ın (2020: 341) 2-6 yaş arası çocukları olan ebeveynlerle yaptıkları bir çalışmada katılımcıların çoğu, Covid-19 sürecinde günlük rutinlerinde ve beslenme alışkanlıklarında değişim olduğunu ifade etmiştir.

#### **4.2. Araştırma Grubunu Covid-19 Salgın Sürecindeki Durumlarına Yönelik Sonuçların Değerlendirilmesi**

Haziran 2020 tarihinde online olarak toplanan verilerin sonucuna göre Covid-19 tanısı alma durumlarında ise büyük çoğunluğun (%98,6) tanı almadığı ortaya çıkmıştır. Bu kısımda katılımcıların aynı evde kaldıkları kişi/kişilerin de benzer şekilde büyük çoğunluğunun (%98,7)

Covid-19 tanısı almadığı tespit edilmiştir. Covid-19 tanısı alanların pozitif testleri sonucunda negatif gelme durumlarında 9 kişi negatif geldiğini dile getirmiştir. Bu kısımda, aynı evi paylaştıkları kişi/kişilerden pozitif tedavi sonrasında sonucun negatif geldiğini söyleyenlerin sayısı ise 7 kişidir. Bir başka çalışmada, katılımcıların %1,1'inin kendisine; %16,3'ünün ise bir yakına koronavirüs teşhisi konulduğu tespit edilmiştir (Biçer ve diğerleri, 2020: 220).

Katılımcıların Covid-19 salgın sürecinde evde kal uyarılarına, maske kullanma zorunluluğuna, sosyal mesafeye uyma kurallarına genel anlamda uydukları yönünde görüş bildirdikleri tespit edilmiştir. Burada ayrıca katılımcıların %16,6'sının yetkililerin yaptıkları açıklamaların yarısını takip ettikleri, %30,6'sının yarısından fazlasını, %39,8'inin ise her zaman takip ettiği ortaya çıkmıştır. Jones ve Salathe, yaptıkları çalışmada katılımcıların domuz gribi salgını sürecinde uyguladığı yöntemler arasında, maske takma ve dezenfektan kullanma davranışları sergilediği tespit edilmiştir (2009: 5). Bostan ve arkadaşlarının ülkemizde gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların salgınla ilgili olarak hassasiyet düzeylerinin yüksek olduğu ve medyada yer alan haberlere önem verdiği, resmi kanallardan yapılan açıklamaları dikkatle takip ettikleri yönünde sonuca ulaşılmıştır (2020: 6). Rubin ve arkadaşlarının domuz gribi salgını süresince gerçekleştirdikleri çalışmada, araştırma grubunun daha çok (%35'i) kalabalık yerlerden uzak kaldıklarını dile getirmişlerdir. Bu kısımda katılımcıların %17'sinin dokunma sıklığının fazla olduğu yerleri dezenfekte etme oranının arttırdığı tespit edilmiştir (2009: 2).

Katılımcıların kaç yıldır mevcut kiloda olduklarına yönelik dağılımlarda, ortalamanın 3,83 olduğu görülmüştür. Katılımcıların BKİ durumlarına bakıldığında, büyük çoğunluğun (%57,1) normal kiloda olduğu tespit edilmiştir. Çakır'ın yaptığı çalışmada, katılımcıların %68,9'unun normal kiloda olduğu tespit edilmiştir (2013: 85).

Katılımcıların % 45,3'ü, son bir yılda kilosunda değişiklik yaşayıp yaşamadıkları sorusuna "evet" cevabı vermiş, 94'ü kilo alımını Covid-19 süreci ile açıklamıştır. Flanagan ve diğerlerinin Nisan 2020 tarihinde çok sayıda ülkeden % 32'si normal kilolu, % 32'i fazla kilolu ve % 34'ü obezite hastası olan 7,753 kişiye online ulaşarak yapmış oldukları çalışmada kilo artışı, toplam örneklemin % 27,5'inde, obezite problemi yaşayanlarda ise % 33,4 oranında bildirilmiştir. İki çalışma arasındaki farklılık, Covid-19 hastalığının ülkelerde farklı dönemlerde başlamaları ve kültürel farklılıklar ile açıklanabilir (2021: 438).

Covid-19 salgını sürecinde, öncesine nazaran beslenme alışkanlığında farklılık olup olmadığına yönelik dağılımlarda büyük çoğunluğun farklılık olmadığı yönünde görüş bildirdiği tespit edilmiştir. Kaya, Uzdil ve Cakiroglu'nun (2020: 282), Covid-19 sürerken Nisan 2020'de 1012 kişiye ulaşarak korku ve anksiyetenin beslenme üzerindeki etkilerini araştırdıkları bir çalışmada, katılımcıların çoğunluğunun daha az kahvaltı yaparken, daha çok öğle yemeği yedikleri bulunmuştur. Ayrıca Covid-19'a yönelik korku ile yoğurt, peynir ve su tüketimindeki artış arasında ve yaygın anksiyete puanları ile peynir, baklagil, kuru yemiş, kek, kurabiye, tatlı ve çay tüketimi arasında pozitif korelasyon bulunmuştur.

Bu kısımda katılımcıların sokağa çıkma yasağı olduğu durumda yasağın uygulanmadığı zamana kıyasla yeme davranışlarında farklılık olmadığı; yiyecek alışverişinde salgın öncesine nazaran daha fazla yiyecek aldığı yönünde görüş bildirdiği tespit edilmiştir. Erişen ve Yılmaz'ın (2020: 347), Haziran 2020'de yapmış oldukları bir araştırmada, katılımcıların %47,9'nun Covid-19 salgınından öncesine kıyasla mutfak alışverişlerini artırarak gıda stoku yaptıkları tespit edilmiştir.

#### **4.3. Ölçek İfadelerine Verilen Cevaplardan Elde Edilen Sonuçların Değerlendirilmesi**

KAÖ'de yer alan ifadelerle verilen cevaplardan elde edilen betimsel istatistiksel sonuçlarda "Koronavirüs hakkında düşündüğüm için uykuya dalma veya uykuda kalma konusunda sorun yaşadım." İfadesine daha yüksek düzeyde katılım sağlandığı tespit edilmiştir. Brezilya'da 45,161 kişiye online anket yoluyla ulaşılarak yapılan bir araştırmada, % 52,6'sının sık sık endişeli veya gergin hissettiği; % 43,5'inde uyku problemlerinin başladığı ve % 48,0'inde önceden var olan bir uyku probleminin daha kötü hale geldiği bulunmuştur (Barros ve diğerleri, 2020: 1).

Anket formunda yer alan ölçeklerden alınan puanların kategorik yapıları incelendiğinde COVID-19 Takıntı grubunda katılımcıların %78,3'ünün koronavirüsle ilgili işlevsiz düşünmeye sahip olmadığı; %94,1'inin de koronavirüsle ilgili işlevsiz anksiyeteye sahip olmadığı tespit edilmiştir. Bunun yanında katılımcıların çoğunun depresif belirtilere sahip olmadığı ve normal düzeyde anksiyete taşıdıkları görülmüştür. Lai ve arkadaşlarının çalışanlar üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların %35,6'sının minör düzeyde depresif belirtilere, %32,2'sinin ise hafif düzeyde anksiyete belirtileri gösterdiği aktarılmıştır (2020: 6). Wang ve arkadaşlarının (2020: 1) yaptıkları çalışmada, Covid-19 salgını sürecinde katılımcılar kaygı

durumlarını orta düzeyde yaşadıklarını dile getirmiştir. Taylor, Kingsley, Garry ve Raphael tarafından yapılan çalışmada ise, katılımcıların %34'ünün yüksek stres düzeyine sahip olduğu aktarılmıştır (2008: 9). Kwok ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, katılımcılar Covid-19 salgını sürecinde endişeli olduklarını ve salgının günlük hayatın rutinini bozduğu yönünde görüş bildirmişlerdir (2020: 1576). Liu ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcılarda depresyon düzeyinin %50,7; genel anksiyete düzeyinin ise %44,7 olduğu tespit edilmiştir (2020: 1). Cao ve arkadaşları, çalışmalarında, üniversite öğrencilerinde Covid-19 kaynaklı kaygı düzeyinin %24,9 olduğunu dile getirmiştir (2020: 3). Bu çalışmada ayrıca, sosyo-ekonomik düzeyin üniversite öğrencilerinin kaygı düzeylerinde önemli bir etkiye sahip olduğu kaydedilmiştir.

#### **4.4. Hipotez Test Sonuçları**

Yapılan araştırmalarda, kadınlarda görülen can sıkıntısı, yalnızlık ve kaygı gibi durumların onları aşırı yemeye teşvik ettiği dile getirilmiştir (Popkess-Vaurter ve diğerleri, 1998; akt., Nguyen-Rodriguez ve diğerleri., 2009: 212). Çalışmamızda yapılan analiz sonucunda, DİA'dan alınan toplam puanlar ile KAÖ toplam puanı arasında pozitif yönde 0,05 düzeyinde anlamlı bir ilişki olduğu, buna karşın DİA alt boyutlarından olumlu ve olumsuz duygu ve durumdan alınan puan ile KAÖ Toplam Puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

DİA'dan alınan toplam puanlar, olumlu ve olumsuz duygu ve durumdan alınan puan ile BAÖ Toplam Puanı, COVID-19 ile Takıntı Ölçeği toplam puanı ve katılımcıların yaşları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Şimşek ve Şen'in (2020: 189) Türkiye'de yaşayan 18 yaşından büyük 397 kişi arasında online anket şeklinde yapmış oldukları çalışmada, Covid-19 sürecinde katılımcıların yaşa göre duygusal yeme davranışlarında farklılık olmadığı şeklindeki bulguları çalışmamızı destekler niteliktedir.

Limbers ve diğerlerinin (2021) 135 ortaokul öğrencisi arasında yapmış oldukları bir çalışmada, duygusal yeme puanları ile negatif metakognitif inançlar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yapılan alanyazın araştırmasında genellikle duygusal yeme davranışları ile metakognisyonların ilişkisinin araştırıldığı çalışmaların ergenler üzerinde yapılmış olduğu tespit edilmiştir. Yetişkinler arasında yapılmış olan çalışmaların çoğunlukla tıknırcasına yeme davranışı ve yeme bozuklukları hakkında yapıldığı bulunmuştur. Buna göre, Laghi ve diğerlerinin 15-20 yaşları arasındaki 804 genç arasında yaptığı araştırmada, bilişsel güvenin düşük olması (örneğin

kişinin kendi hafızasına yönelik olumsuz inançlara sahip olması) ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacı gibi metakognitif boyutların tıknırcasına yemeyi yordadığı bulunmuştur (2018: 867). Bir başka araştırmada, Olstad ve diğerleri, yeme bozukluğu olan ve olmayan kadınları karşılaştırarak “kontrol edilemezlik ve tehlike hakkındaki olumsuz inançlar”, “düşünceleri kontrol etme ihtiyacı” ve genel olarak “metakognitif inançlar” puanlarını klinik grupta, kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu sonucuna ulaştırmış (2014: 7).

Bizim çalışmamızda duygusal yeme ve metakognisyonlar arasındaki olası ilişkiler konusunda ulaşılan sonuçlar;

- DİA'dan alınan toplam puanlar ve olumlu duygu ve durumdan alınan puan ile BDKS arasındaki ilişki sonucunda pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, buna karşın DİA alt boyutlarından olumsuz duygu ve durumdan alınan puan ile BDKS arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.
- DİA'dan alınan toplam puanlar, olumlu ve olumsuz duygu ve durumdan alınan puan ile BDKS alt boyutlarından bilişsel dikkat arasında anlamlı düzeyde ve pozitif yönde bir ilişki olduğu kaydedilmiştir.
- DİA'dan alınan toplam puanlar ve olumsuz duygu ve durumdan alınan puan ile BDKS alt boyutlarından metakognitif inançlar alt boyutu arasındaki ilişki sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı, ancak olumlu duygu ve durumlar ile metakognitif inançlar alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.
- DİA'dan alınan toplam puanlar, olumlu ve olumsuz duygu ve durumdan alınan puan ile BDE alınan puan arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

DİA'dan alınan toplam puanlar ve olumsuz duygu ve durumdan alınan puan ile boy arasındaki ilişki sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı, buna karşın DİA alt boyutlarından olumlu duygu ve durumdan alınan puan ile boy arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Alanyazında yapılan araştırmada, duygusal yeme davranışı ile boy arasında bir ilişkinin olduğu herhangi bir çalışma bulunamamıştır. İki durum arasındaki ilişkinin açıklanabilmesi için gelecek çalışmalarda araştırma konusu olabileceği düşünülmektedir.

DİA'dan alınan toplam puanlar ve olumsuz duygu ve durumdan alınan puan ile kilo arasındaki ilişki sonucunda anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu, ancak DİA alt boyutlarından olumlu duygu ve durumdan alınan puan ile kilo arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır. Sultson ve Akkermann'ın 605 kadın arasında yapmış oldukları çalışmada, duygusal yeme davranışı ile kilo arasında ilişki olmadığı, beklendiği üzere olumlu ve olumsuz duygusal yeme puanı yüksek obez bireyler ile olumlu ve olumsuz yeme puanı düşük normal kilolu bireyler olduğu gibi, fazla kilolu olup duygusal yeme davranışında bulunmayan ve normal kiloya sahip duygusal yiyen kişiler olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada gruplar arasındaki duygusal yeme davranışı farklılığını duygu regülasyonundaki zorluklarla açıklanmıştır (2019: 1024). Covid-19 döneminde duygusal yeme davranışının incelendiği çalışmamızda duygu regülasyonu açısından değerlendirilme yapılmadığı için iki çalışma arasındaki farklılıklar açıklanamamaktadır.

Beden kitle indeksine göre, çalışmada ele alınan temel değişkenler arasındaki karşılaştırma testi sonucunda "DİA Toplam Puan, DİA-Olumsuz Puan ve Olumlu Puan" alımında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Kaplan ve Kaplan'ın (1957) yaptıkları çalışmada, aşırı yemeden kaynaklanan obezite durumunun anksiyete, depresyon ve kızgınlık gibi duygu durumlarıyla ilişkili olduğu kaydedilmiştir. Diğer bir çalışmada, DİA'nın olumsuz toplam puanı ve BKİ arasında pozitif yönde; olumlu toplam puanı ve BKİ arasında ise negatif yönde bir ilişki kaydedilmiştir (Demirel ve diğerleri, 2014: 171). Bizim çalışmamızda ayrıca, beden kitle indeksine göre, katılımcıların BAÖ, BDE toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Son 1 yılda kiloda değişiklik olması durumuna göre çalışmada ele alınan temel değişkenler arasındaki karşılaştırma testi sonucunda, DİA toplam puanı ve DİA olumsuz puan arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta son 1 yılda kilosunda değişiklik olanların aldıkları puanın daha yüksek olduğu, buna karşın DİA alt boyutlarından olan DİA olumlu puanın son 1 yılda kilosunda değişiklik olmayanlarda daha yüksek olduğu kaydedilmiştir. Geliebter ve Aversa'nın (2003) çalışmasında BKİ ile DİA arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta BKİ değeri yüksek olanlarda olumsuz duygu ve durumlarda diğer gruptakilerden daha yüksek düzeyde aşırı yeme davranışı sergilediği tespit edilmiştir. Bourdier ve arkadaşları (2017: 7) ile Nolan ve arkadaşlarının (2010: 316) yaptıkları çalışmada, BKİ değerleri ile katılımcıların olumsuz duygu ve durumlarda yeme davranışları arasında ilişki olduğu kaydedilmiştir.

BAÖ toplam puanı ve BDE toplam puanı ile son 1 yılda kiloda değişiklik olma durumunda 0,05 düzeyine göre anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta son 1 yılda kilosunda değişiklik olanların aldıkları puanın daha yüksek olduğu kaydedilmiştir. Bu sonuç, alanyazındaki duygular ve yeme davranışı arasında ilişki olduğunu öne süren çalışmaları destekler niteliktedir.

Son olarak, BDKS-1 içerisinde yer alan BDKS alt boyutundan alınan puanlar ile son bir yılda kiloda değişiklik olma durumu arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta son bir yılda kilosunda değişiklik olanların aldıkları puanın son bir yılda kilosunda değişiklik olmayanlardan daha yüksek olduğu kaydedilmiştir. Alanyazında kilo değişimi ile metakognisyonlar arasındaki ilişki ve gruplar arasındaki farklılıkların araştırıldığı herhangi bir çalışma bulunamamıştır. Çalışmamızın kısıtlılığı olarak katılımcılara kilo değişimleri kilo alma veya verme durumları netleştirmeden sorulmuştur. İleriki çalışmalarda bu konu, daha detaylı bir şekilde ele alınabilir.

Cinsiyet ile araştırmada ele alınan temel değişkenler arasındaki karşılaştırma sonucunda, tüm değişkenlerin 0,05 düzeyinde anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Zhang ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da benzer şekilde cinsiyete göre, COVID-19 salgınına yönelik anksiyete ve depresyon düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılaşmadığı tespit edilmiştir (2020: 247). Wang ve arkadaşları (2020) yaptıkları çalışmada katılımcıların sağlık anksiyete düzeylerinin karşılaştırılmasında kadınlarda anksiyetenin erkeklerden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Demirel ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, cinsiyetin DİA toplam puanı ve alt boyutlardan alınan puanlar üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (2014: 176).

Covid-19 salgın sürecinde katılımcıların hanelerine giren toplam gelirlerinde azalma durumlarına göre yapılan karşılaştırma sonucunda DİA toplam puanı ile alt boyutlarından biri olan olumsuz duygu ve durum puanlarında 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu kısımda Covid-19 sürecinde haneye giren toplam gelir düzeyinde azalma olanların aldıkları puanın daha yüksek olduğu kaydedilmiştir. Azalan gelir ile birlikte BDE ve alt boyutları olan depresif duygudurumu ve fiziksel semptomlardan alınan puanın da anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir. Bu kısımda da Covid-19 sürecinde haneye giren toplam gelir düzeyinde azalma olanların aldıkları puanın daha yüksek olduğu kaydedilmiştir. Gelir düzeyinde azalma ile birlikte gelmesi öngörülen depresif semptomlar, anksiyete, Covid-19 sürecinin ne zaman sonlanacağına dair belirsizliğini sürdürmesinin verdiği umutsuzluk gibi durumların duygusal yeme davranışını artırması beklenen bir sonuçtur.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, temel olarak Covid-19 döneminde gündelik yaşamdaki değişikliklerin bir sonucu olarak kişilerin duygusal yeme davranışları ile BDKS, depresyon ve anksiyete düzeyleri, Covid-19'a yönelik anksiyete ve obsesif inançlar arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre, Covid-19 virüsüne yönelik anksiyete düzeyi ile kişilerin duygusal durumlarda yeme davranışları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca, olumlu ve olumsuz duygu ve durumlarda yeme davranışları ile BDKS arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunurken, metakognitif inançlar ile sadece olumlu duygu ve durumlarda yeme davranışı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diğer yandan, olumlu ve olumsuz duygu ve durumlarda yeme davranışları ile kişilerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ve Covid-19'a yönelik obsesif inançlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ayrıca, KAÖ ve BDKS-1 ölçeğinin alt faktörü olan BDKS'nin duygusal yeme davranışını yordadığı, depresif semptomlar ve metakognitif inançların, olumlu duygu ve durumlarda yeme davranışını yordadığı, Koronavirüs ile ilgili anksiyetenin, olumsuz duygu ve durumlarda yeme davranışını yordadığı bulunmuştur.

Bu çalışmanın alanyazın taramasından ve anket araştırmasından elde edilen bilgi ve bulgular doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

Araştırma datalarının Covid-19 vakalarının ülkemizde ilk kez görülmesinden 3 ay sonra toplanmış olduğu düşünüldüğünde, değişen şartlar ve pandeminin uzun vadede etkileri göz önünde bulundurularak çalışma yenilenebilir.

Duygusal iştah ile ilişkisi olabileceği düşünülen farklı değişkenler gelecekteki çalışmalarda ele alınabilir.

Araştırma sonuçlarının genellenebilirliğinin sağlanması amacıyla farklı örneklem kitleleri üzerinde yeni çalışmalar yapılabilir.

Nitel araştırma yöntemleriyle Covid-19 salgını sürecinde duygusal yeme ile metakognisyonlar, anksiyete ve obsesif inançlar arasındaki ilişki incelenmelidir.

## KAYNAKÇA

- Abraham, S. F., & Beumont, P. J. V. (1982). How patients describe bulimia or binge eating. *Psychological medicine*, 12(3), 625-635.
- Albayrak, E. Ö., & Ceylan, M. E. (2004). Depresyon etiyolojisinde nörobiyolojik etkenler. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 17(1), 27-33.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*. Çev. Köroğlu, E. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Barros, M. B. D. A., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Azevedo, R. C. S. D., Romero, D., ... & Gracie, R. (2020). Report on sadness/depression, nervousness/anxiety and sleep problems in the Brazilian adult population during the COVID-19 pandemic. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29, e2020427.
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Muraven, M., & Tice, D. M. (1998). Ego depletion: Is the active self a limited resource?. *Journal of personality and social psychology*, 74(5), 1252.
- Beck, A. T. (2005). The Current State of Cognitive Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 62(9): 953.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects Theoretical Aspects*.
- Beck, MD, A. T., & Alford, Ph. D, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Bıçer, İ., Çakmak, C., Demir, H., & Kurt, M. E. (2020). Koronavirüs anksiyete ölçeği kısa formu: Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 25(Special Issue on COVID 19), 216-225.

- Bostan, S., Erdem, R., Öztürk, Y. E., Kılıç, T., & Yılmaz, A. (2020). The Effect of COVID-19 Pandemic on the Turkish Society. *Electronic Journal of General Medicine, 17*(6).
- Bowen, L., Smith, B., Steinbach, S., Billioux, B., Summers, A., Azodi, S., ... & Nath, A. (2016). Survivors of Ebola virus disease have persistent neurological deficits (S53.003).
- Bourdier, L., Lalanne, C., Morvan, Y., Kern, L., Romo, L., & Berthoz, S. (2017). Validation and factor structure of the french-language version of the Emotional Appetite Questionnaire (EMAQ). *Frontiers in psychology, 8*, 442.
- Bracha, S., Williams, A. E., & Bracha, A. S. (2004). Does "fight or flight" need updating?. *Psychosomatics, 45*(5), 448-449.
- Braet, C., Claus, L., Goossens, L., Moens, E., Van Vlierberghe, L., & Soetens, B. (2008). Differences in eating style between overweight and normal-weight youngsters. *Journal of health psychology, 13*(6), 733-743.
- Braet, C., & Van Strien, T. (1997). Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and non-obese children. *Behaviour research and therapy, 35*(9), 863-873.
- Brown, A. L. (1977). Knowing When, Where, and How to Remember: A Problem of Metacognition. Technical Report No. 47.
- Bruch, H. (1961). Conceptual confusion in eating disorders. *Journal of nervous and Mental Disease.*
- Bruch, H. (1964). Psychological aspects of overeating and obesity. *Psychosomatics, 5*(5), 269-274.
- Butler, G., & Mathews, A. (1983). Cognitive processes in anxiety. *Advances in behaviour research and therapy, 5*(1), 51-62.

- Canetti, L., Bachar, E., & Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioural processes*, 60(2), 157-164.
- 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.
- Cecchetto, C., Aiello, M., Gentili, C., Ionta, S., & Osimo, S. A. (2021). Increased emotional eating during COVID-19 associated with lockdown, psychological and social distress. *Appetite*, 160, 105122.
- Crocq, M. A. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 319.
- 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.
- Çakır, Z. (2013). Kadın Üniversite Öğrencilerinde Yeme Tutumlarının Mükemmeliyetçilik, Sosyotropi-Otonomi, Üstbilişler, Duygulara İlişkin İnançlar, Duygusal Zorlanmaya Toleranssızlık ve Kaçınma İle İlişkisi: Yatkınlaştırıcı ve Sürdürücü Faktörlere Dayalı Bir Model Önerisi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara.
- Davison, G. C., Neale, J. M., & Dağ, İ. (2004). *Anormal psikolojisi:(Abnormal psychology)*. Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Dawood, F. S., Iuliano, A. D., Reed, C., Meltzer, M. I., Shay, D. K., Cheng, P. Y., ... & Widdowson, M. A. (2012). Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study. *The Lancet infectious diseases*, 12(9), 687-695.

- DEMİRBAŞ, N. K., & KOÇAK, S. S. (2020). 2-6 Yaş Arasında Çocuğu Olan Ebeveynlerin Bakış Açısıyla Covid-19 Salgın Sürecinin Değerlendirilmesi. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(6), 328-349.
- Demirel, B., Yavuz, F. K., Karadere, M. E., şafak, Y., & Türkçapar, M. H. (2014). Duygusal İştah Anketi'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği, beden kitle indeksi ve duygusal şemalarla ilişkisi.
- Ebola data and statistics. (2016, 11 Mayıs) Erişim adresi <https://apps.who.int/gho/data/view ebola-sitrep ebola-summary-latest?lang=en>.
- Eren, C. (2020). M. D. Bakirkoy Training and Research Hospital for Psychiatry Neurology and Neurosurgery, Istanbul, Turkey.
- ERİŞEN, M. A., & YILMAZ, F. Ö. (2020). COVID-19 Pandemisi Döneminde Bireylerin Harcamalarının İncelenmesi. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(COVID-19 Special Issue), 340-353.
- Eysenck, M. W. (2013). *Anxiety: The cognitive perspective*. Psychology Press.
- Fisher, P., & Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy: Distinctive features* (Vol. 1). Routledge.
- Flanagan, E. W., Beyl, R. A., Fearnbach, S. N., Altazan, A. D., Martin, C. K., & Redman, L. M. (2021). The impact of COVID- 19 stay- at- home orders on health behaviors in adults. *Obesity*, 29(2), 438-445.
- Flavell, J. H. (1976). Metacognitive aspects of problem solving. *The nature of intelligence*.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive developmental inquiry. *American psychologist*, 34(10), 906-911.
- 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.

- Gaygısız, Ü., Gaygısız, E., Özkan, T., & Lajunen, T. (2012). Individual differences in behavioral reactions to H1N1 during a later stage of the epidemic. *Journal of infection and public health*, 5(1), 9-21.
- Geliebter, C. Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3, 341–347.
- “Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı” T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilgilendirme Platformu <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid-19rehberigenelbilgilerepidemiyolojivetanipdf.pdf>. [Erişim tarihi: 19-05-2021].
- Gillum, R. F. (1987). The association of body fat distribution with hypertension, hypertensive heart disease, coronary heart disease, diabetes and cardiovascular risk factors in men and women aged 18–79 years. *Journal of chronic diseases*, 40(5), 421-428.
- “Global>Turkey”, Covid19.who.int, <https://covid19.who.int/region/euro/country/tr>. [Erişim tarihi: 19-05-2020].
- Gold, P. W., & Chrousos, G. P. (2002). Organization of the stress system and its dysregulation in melancholic and atypical depression: high vs low CRH/NE states. *Molecular psychiatry*, 7(3), 254-275.
- Gündüz, A., Gündoğmus, İ., Sertçelik, S., Engin, B. H., İşler, A., Çipil, A., ... & Sungur, M. Z. (2019). Validity and Reliability of Cognitive Attentional Syndrome-1 Questionnaire. *Psychiatry investigation*, 16(5), 355.
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86-108.
- Herman, C. P., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of personality*, 43(4), 647-660.
- Herman, C. P., & Polivy, J. (1975). Anxiety, restraint, and eating behavior. *Journal of abnormal psychology*, 84(6), 666-672.

- Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerlilik, guvenilirlik.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J. Psychol.*, 7, 3-13.
- Jacobs, J. E., & Paris, S. G. (1987). Children's metacognition about reading: Issues in definition, measurement, and instruction. *Educational psychologist*, 22(3-4), 255-278.
- Jain, R., & Goldman, R. D. (2009). Novel influenza A (H1N1): clinical presentation, diagnosis, and management. *Pediatric emergency care*, 25(11), 791-796.
- Ji, D., Ji, Y. J., Duan, X. Z., Li, W. G., Sun, Z. Q., Song, X. A., ... & Duan, H. J. (2017). Prevalence of psychological symptoms among Ebola survivors and healthcare workers during the 2014-2015 Ebola outbreak in Sierra Leone: a cross-sectional study. *Oncotarget*, 8(8), 12784.
- Jones, J. H., & Salathe, M. (2009). Early assessment of anxiety and behavioral response to novel swine-origin influenza A (H1N1). *PLoS one*, 4(12), e8032.
- Kaplan, H. I., ve Kaplan, H. S. (1957). A psychosomatic concept. *American journal of psychotherapy*, 11(1), 16-38.
- Karaşar, B., & Canlı, D. (2020). Psychological resilience and depression during the Covid-19 pandemic in Turkey. *Psychiatria Danubina*, 32(2), 273-279.
- Kaya, S., Uzdil, Z., & Cakiroğlu, F. P. (2021). Evaluation of the effects of fear and anxiety on nutrition during the COVID-19 pandemic in Turkey. *Public Health Nutrition*, 24(2), 282-289.
- Keller, C., & Hartmann, C. (2016). Not merely a question of self-control: The longitudinal effects of overeating behaviors, diet quality and physical activity on dieters' perceived diet success. *Appetite*, 107, 213-221.

- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs* (New York, WN Norton and Company Inc).
- Kelly, H., Peck, H. A., Laurie, K. L., Wu, P., Nishiura, H., & Cowling, B. J. (2011). The age specific cumulative incidence of infection with pandemic influenza H1N1 2009 was similar in various countries prior to vaccination. *PloS one*, *6*(8), e21828.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, *62*(6), 593-602.
- Kitchner, K. S. (1983). Cognition, metacognition, and epistemic cognition. *Human development*, *26*(4), 222-232.
- Kovacs, M., & Beck, A. T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of psychiatry*, *135*(5), 525-533.
- Krohne, H. W. (1989). The concept of coping modes: Relating cognitive person variables to actual coping behavior. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, *11*(4), 235-248.
- Kuijer, R. G., & Boyce, J. A. (2012). Emotional eating and its effect on eating behaviour after a natural disaster. *Appetite*, *58*(3), 936-939.
- Kunimatsu, M. M., & Marsee, M. A. (2012, June). Examining the presence of anxiety in aggressive individuals: The illuminating role of fight-or-flight mechanisms. In *Child & Youth Care Forum* (Vol. 41, No. 3, pp. 247-258). Springer US.
- Kuru, E., Safak, Y., Özdemir, İ., Tulacı, R. G., Özdel, K., Özkula, N. G., & Örsel, S. (2018). Cognitive distortions in patients with social anxiety disorder: Comparison of a clinical group and healthy controls. *The European Journal of Psychiatry*, *32*(2), 97-104.

- Kwok, K. O., Li, K. K., Chan, H. H., Yi, Y. Y., Tang, A., Wei, W. I., & Wong, Y. S. (2020). Community responses during the early phase of the COVID-19 epidemic in Hong Kong: risk perception, information exposure and preventive measures. *MedRxiv*.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976-e203976.
- Laghi, F., Bianchi, D., Pompili, S., Lonigro, A., & Baiocco, R. (2018). Metacognition, emotional functioning and binge eating in adolescence: the moderation role of need to control thoughts. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(6), 861-869.
- Lau, J. T. F., Griffiths, S., Au, D. W. H., & Choi, K. C. (2011). Changes in knowledge, perceptions, preventive behaviours and psychological responses in the pre-community outbreak phase of the H1N1 epidemic. *Epidemiology & Infection*, 139(1), 80-90.
- Lee, S. A. (2020). How much “Thinking” about COVID-19 is clinically dysfunctional?. *Brain, behavior, and immunity*.
- Li, J., Yang, Z., Qiu, H., Wang, Y., Jian, L., Ji, J., & Li, K. (2020). Anxiety and depression among general population in China at the peak of the COVID-19 epidemic. *World Psychiatry*, 19(2), 249.
- Limbers, C. A., Greenwood, E., Shea, K., & Fergus, T. A. (2021). Metacognitive beliefs and emotional eating in adolescents. *Eating and Weight Disorders Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-6.
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y. T., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e17-e18.

- Luyt, C. E., Combes, A., Becquemin, M. H., Beigelman-Aubry, C., Hatem, S., Brun, A. L., ... & REVA Study Group. (2012). Long-term outcomes of pandemic 2009 influenza A (H1N1)-associated severe ARDS. *Chest*, *142*(3), 583-592.
- Mathis, M. A. D., Alvarenga, P. D., Funaro, G., Torresan, R. C., Moraes, I., Torres, A. R., ... & Hounie, A. G. (2011). Gender differences in obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *33*(4), 390-399.
- Matthews, G., & Wells, A. (2016). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Psychology Press.
- McWilliams, N., & Kalem, E. (2010). *Psikanalitik tanı: Klinik süreç içinde kişilik yapısını anlamak*. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Morrison, A. S., Potter, C. M., Carper, M. M., Kinner, D. G., Jensen, D., Bruce, L., ... & Heimberg, R. G. (2015). The cognitive distortions questionnaire (CD-Quest): Psychometric properties and exploratory factor analysis. *International Journal of Cognitive Therapy*, *8*(4), 287-305.
- Myers, S. G., & Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*(7), 806-817.
- Nanyonga, M., Saidu, J., Ramsay, A., Shindo, N., & Bausch, D. G. (2016). Sequelae of Ebola virus disease, Kenema District, Sierra Leone. *Clinical Infectious Diseases*, *62*(1), 125-126.
- Nelson, A. F. (2014). *Anxiety in the process of individuation. An in-depth psychological study*. Pacifica Graduate Institute.
- Nelson, M. I., Viboud, C., Simonsen, L., Bennett, R. T., Griesemer, S. B., George, K. S., ... & Holmes, E. C. (2008). Multiple reassortment events in the evolutionary history of H1N1 influenza A virus since 1918. *PLoS Pathog*, *4*(2), e1000012.

- Newman, C. F., & Beck, A. T. (1990). Cognitive therapy of affective disorders. *Depressive disorders: Facts, theories, and treatment methods*, 343-367.
- Nguyen-Rodriguez, S. T., Unger, J. B., & Spruijt-Metz, D. (2009). Psychological determinants of emotional eating in adolescence. *Eating disorders*, 17(3), 211-224.
- Nolan, L. J., Halperin, L. B., & Geliebter, A. (2010). Emotional Appetite Questionnaire. Construct validity and relationship with BMI. *Appetite*, 54(2), 314-319.
- Obesity and Overweight. (2020, 1 Nisan). Erişim adresi <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>.
- Olstad, S., Solem, S., Hjemdal, O., & Hagen, R. (2015). Metacognition in eating disorders: Comparison of women with eating disorders, self-reported history of eating disorders or psychiatric problems, and healthy controls. *Eating behaviors*, 16, 17-22.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2016). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. 16. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Polivy, J., Herman, C. P., & McFarlane, T. (1994). Effects of Anxiety on Eating: Does Palatability Moderate Distress-Induced Overeating in Dieters?. *Journal of abnormal psychology*, 103(3), 505-510.
- Popkess-Vawter, S., Brandau, C., & Straub, J. (1998). Triggers of overeating and related intervention strategies for women who weight cycle. *Applied Nursing Research*, 11(2), 69-76.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour research and therapy*, 16(4), 233-248.
- 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.
- Rubin, G. J., Amlôt, R., Page, L., & Wessely, S. (2009). Public perceptions, anxiety, and behaviour change in relation to the swine flu outbreak: cross sectional telephone survey. *Bmj*, 339.
- Rush, A. J., & Beck, A. T. (1978). Cognitive therapy of depression and suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 32(2), 201-219.
- Salkovskis P. ve Kirk J., “Obsessional Disorders”, Ed. HAWTON K., SALKOVSKIS P., KIRK J. ve CLARK D. M., Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide, Oxford Press, 1989.
- Schachter, S. (1968). Obesity and eating. *Science*.
- Schachter, S., Goldman, R., & Gordon, A. (1968). Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. *Journal of personality and social psychology*, 10(2), 91-97.
- Schmeichel, B. J., Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2003). Intellectual performance and ego depletion: role of the self in logical reasoning and other information processing. *Journal of personality and social psychology*, 85(1), 33.
- Secor, A., Macauley, R., Stan, L., Kagone, M., Sidikiba, S., Sow, S., ... & Sanderson, J. (2020). Mental health among Ebola survivors in Liberia, Sierra Leone and Guinea: Results from a cross-sectional study. *BMJ open*, 10(5), e035217.
- Shah, H., Khan, M. S. H., Dhurandhar, N. V., & Hegde, V. (2021). The triumvirate: why hypertension, obesity, and diabetes are risk factors for adverse effects in patients with COVID-19. *Acta diabetologica*, 1-13.
- 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.

- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *157*(10), 1552-1562.
- Sultson, H., & Akkermann, K. (2019). Investigating phenotypes of emotional eating based on weight categories: a latent profile analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(9), 1024-1034.
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research*, *197*(12), 103-111.
- ŞİMŞEK, M., & ŞEN, M. Change in People's Eating Behaviour during Covid 19. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *19*(COVID-19 Special Issue), 179-190.
- Taylor, M. R., Agho, K. E., Stevens, G. J., & Raphael, B. (2008). Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC public health*, *8*(1), 1-13.
- Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A., & Updegraff, J. A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or flight. *Psychological review*, *107*(3), 411.
- Telch, C. F., & Agras, W. S. (1996). Do emotional states influence binge eating in the obese?. *International Journal of Eating Disorders*, *20*(3), 271-279.
- Thayer, R. E. (2003). *Calm energy: How people regulate mood with food and exercise*. Oxford University Press, USA.
- Van Ameringen, M., Patterson, B., & Simpson, W. (2014). DSM- 5 obsessive- compulsive and related disorders: Clinical implications of new criteria. *Depression and anxiety*, *31*(6), 487-493.
- Veale, D., & Roberts, A. (2014). Obsessive-compulsive disorder. *Bmj*, *348*, g2183.

- Vohs, K. D., & Heatherton, T. F. (2000). Self-regulatory failure: A resource-depletion approach. *Psychological science*, 11(3), 249-254.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729.
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford press.
- Wells, A. (2013). Advances in metacognitive therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 186-201.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour research and therapy*, 34(11-12), 881-888.
- “WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard”, Covid19.who.int, <https://covid19.who.int/>. [Erişim tarihi: 19-05-2021].
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates* (No. WHO/MSD/MER/2017.2). World Health Organization.
- Yang, J., Zheng, Y., Gou, X., Pu, K., Chen, Z., Guo, Q., ... & Zhou, Y. (2020). Prevalence of comorbidities in the novel Wuhan coronavirus (COVID-19) infection: a systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis*, 10.
- “Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19)”, Covid19bilgi.saglik.gov, <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/>. [Erişim tarihi: 19-05-2021].

- Yurica, C. L., & DiTomasso, R. A. (2005). Cognitive distortions. In *Encyclopedia of cognitive behavior therapy* (pp. 117-122). Springer, Boston, MA.
- Zetzel, E. R. (1955). The concept of anxiety in relation to the development of psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 3(3), 369-388.
- Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., ... & Wang, H. X. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and psychosomatics*, 89(4), 242-250.

## EKLER

### **Ek 1. Gönüllü Onam Formu**

Değerli Katılımcı, Bu çalışma, İstanbul Kent Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı kapsamında Psk. Aysel İşler tarafından, Dr. Öğr. Üyesi Anıl Gündüz danışmanlığında yürütülmektedir. Çalışmanın amacı, Covid-19 ile ilgili anksiyete ve obsesif inançların, Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu, duygusal yeme davranışları, anksiyete ve depresyon belirtileri ile ilişkisinin incelenmesidir. Katılımın, gönüllülük esasına dayalı olduğu bu çalışmadan elde edilecek bilgiler, tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Verileriniz kimliğinizi yansıtmayacak şekilde yayın amacı ile kullanılabilir. Katılmaya karar verdikten sonra istediğiniz zaman çalışmayı kesme hakkına sahipsiniz. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz doldurmanız ve cevaplar arasında size en uygun geleni işaretlemenizdir. 18-65 yaş arası herkesin katılabileceği çalışma, yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz olması durumunda, mail adresinden araştırmacıya ulaşabilirsiniz. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederiz.

Söz konusu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum. \*

Evet

## Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu

**Yaşınız:** \_\_\_\_

**Cinsiyetiniz:**

Kadın

Erkek

**Öğrenim durumunuz?**

Okur-yazar

İlkokul

Lise

Ön lisans/Lisans

Lisansüstü/Doktora

**Yaşadığınız yer?**

Kırsal-köy

Kasaba

İlçe

İl

Büyükşehir

**Medeni durumunuz:**

Bekar

Kız/erkek arkadaşım var

Birlikte yaşıyor

Evli

Ayrı

Boşanmış

Dul

**Çocuğunuz var mı?**

Var, birlikte yaşıyoruz

Var, birlikte yaşamıyoruz

Yok

**Varsa toplam çocuk sayınız (lütfen rakam giriniz)**

0-5 yaş arası \_\_\_\_\_

6-12 yaş arası \_\_\_\_\_

13-20 yaş arası \_\_\_\_\_

20 yaş ve üstü \_\_\_\_\_

**Şu an kimlerle yaşıyorsunuz? / Covid19 salgını sürecinde kimlerle yaşıyorsunuz?**

Yalnız

Eş/partner ile

Eş ve çocuk(lar) ile

Çocuklar ile

Kök aile ile (anne, baba, kardeşlerden oluşan aile)

Geniş aile olarak

Arkadaş/akraba ile

**Şu anki çalışma durumunuz?**

Tam zamanlı (ücretli)

Yarı zamanlı (ücretli)/

Emekli

Gönüllü çalışan

Öğrenci-Stajyer

Çalışmıyorum

Uzun süreli iş göremezlik veya hastalık sebebiyle çalışmıyorum

Geçici hastalık izninde

**Covid19 süresinde çalışma durumunuz?**

Evde çalışıyorum

Hem evde hem işte çalışıyorum

Tam zamanlı olarak işte çalışıyorum

Risk grubunda olduğum için izinliyim

Covid19 sürecinde işten çıkarıldım

Covid-19 öncesinde çalışmıyordum

**İzinli olma sebebiniz?**

Covid-19 öncesinde çalışmıyordum

Hamileyim

Süt izindeyim

Engelliyim

Bağışıklık sorunum var

Kanser hastasıyım

Kronik solunum yolu hastasıyım

Obezite sorunum var

Diyabet hastasıyım

Kalp damar hastasıyım

Diğer\_\_\_\_\_

**Covid19 salgın hastalığı ve olumsuz sonuçları ile ön sıralarda mücadele eden bir çalışan mısınız?**

Evet

Hayır

**Evet ise hangi çalışan grubundasınız?**

Sağlık çalışanları

Vefa grubu/ Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı/ Sosyal Hizmet Merkezi

Diğer kamu çalışanları

Hizmet sektörü

Sivil toplum kuruluşları

Diğer\_\_\_\_\_

**Aynı evi paylaştığınız kişiler arasında yukarıda anılan çalışma gruplarına mensup kimse var mı?**

Evet

Hayır

**Evinizin toplam geliri ne kadar?**

1.500 TL ve altı

1.501-3.000 TL

3.001-6.000 TL

6.001-9.000 TL

9.000 TL üstü

**Covid-19 sürecinde evinize giren toplam gelirden azalma oldu mu?**

Evet

Hayır

**Covid-19 salgın hastalığı risk grubunda mısınız?**

Evet, kronik hastalığım var

Evet, 65 yaş üstüyüm

Evet, hem kronik hastalığım var, hem 65 yaş üstüyüm

Risk grubunda değilim

**Covid 19 için bilinen risk faktörünüz aşağıdakilerden hangisi? (birden fazla şık işaretlenebilir)**

Yok

Diyabet

Hipertansiyon

Astım-KOAH

Bağışıklık baskılayıcı hastalık

Kanser

Kalp-damar hastalıkları

Obezite

Diğer \_\_\_\_\_

**Aynı evi paylaştığınız kişiler arasında Covid-19 salgın hastalığı risk grubunda olan var mı?**

Yalnız yaşıyorum

Evet, kronik hastalığa sahip kişi(ler) var

Evet, 65 yaş üstü kişi(ler) var

Evet, hem kronik hastalığı sahip hem 65 yaş üstü kişi(ler) var

Risk grubunda değil(ler)

**Covid-19 salgın hastalığı sürecinde karantina veya izolasyona alındınız mı?**

Evet

Hayır

**Covid19 Tanısı aldınız mı?**

Evet

Hayır

Test sonucunu bekliyorum

**Covid-19 pozitif tedavisi sonrası test(ler)inizin sonucu negatif geldi mi?**

Evet, negatif geldi

Sonraki testlerim pozitif geldi, tedaviye devam ediyorum

Tekrar test yapılmadı

Covid19 tanısı almadım

**Aynı evi paylaştığınız kişi veya kişiler Covid-19 tanısı aldı mı?**

Evet

Hayır

Test sonucunu bekliyor

**Aynı evi paylaştığım kişi(ler) Covid-19 pozitif tedavisi sonrası test(ler)inin sonucu negatif geldi mi?**

Evet, negatif geldi

Hayır, halen tedaviye devam ediyor

Covid-19 tedavisi sonrası yaptırdıkları testler, negatif veya pozitif gelen birden fazla kişi var

Tekrar test yapılmadı

Kimse Covid-19 tedavisi görmedi

**Aynı iş yerinde çalıştığınız kişi veya kişiler arasında Covid-19 tanısı alan( oldu mu?)**

Evet

Hayır

**Covid-19 sebebiyle vefat eden yakınınız oldu mu?**

Evet

Hayır

**Oldu ise yakınlığınız \_\_\_\_**

**Covid-19 salgın sürecinde “evde kal” uyarılarına ne kadar uyabildiniz?**

Hiçbir zaman

Çok nadir

Nadir

Yarisında

Yarisından fazlasında

Her zaman

**Covid-19 salgın sürecinde sosyal mesafe kuralına ne kadar uyabildiniz?**

Hiçbir zaman

Çok nadir

Nadir

Yarisında

Yarisından fazlasında

Her zaman

**Covid-19 salgın sürecinde maske kullanma zorunluluğuna ne kadar uyabildiniz?**

Hiçbir zaman

Çok nadir

Nadir

Yarisında

Yarisından fazlasında

Her zaman

**Boyunuz \_\_\_\_**

**Kilonuz \_\_\_\_**

**Çocukken kilolu muydunuz?**

Evet

Hayır

**Değilseniz kilo almanızı başlatan bir olay oldu mu?**

Evet

Hayır

**Kilo almaya başladığınızda hangi yaş aralığındaydınız?**

13-18 yaş aralığı

19-30 yaş aralığı

31-45 yaş aralığı

46-65 yaş aralığı ( )

**Kaç yıldır mevcut kilonuzdasınız? \_\_\_\_\_**

**Son bir yılda kilonuzda değişiklik oldu mu?**

Evet

Hayır

**Evet ise kilo alma sebebiniz?**

Hamilelik

Covid-19 salgın süreci

İlaç kullanımı

Madde kullanımı

Yaşadığınız bir olay

Diğer \_\_\_\_\_

**Covid19 salgın hastalığı sürecinde beslenme davranışlarınızda öncesine göre farklılık var mı?**

Hayır, farklılık yok

Var, daha fazla yiyorum

Var, daha az yiyorum

**Covid19 salgın hastalığı sürecinde sokağa çıkma yasağı uygulanan günlerde, yasağın uygulanmadığı günlere oranla yeme davranışlarınızda farklılık var mı?**

Hayır, farklılık yok

Var, yasağın uygulandığı günlerde daha fazla yiyorum

Var, yasağın uygulandığı günlerde daha az yiyorum

**Covid19 salgın hastalığı sürecinde yaptığımız yiyecek alışverişi miktarında öncesine göre farklılık var mı?**

Hayır, farklılık yok

Evet, daha fazla yiyecek alıyorum

Evet, daha az yiyecek alıyorum

**Sigara kullanıyor musunuz? Sigara kullanımınızda Covid19 salgın hastalığı sürecinde bir değişiklik oldu mu?**

Sigara içmiyorum

İçtiğim sigara miktarında değişiklik olmadı

Daha fazla içiyorum

Daha az içiyorum

Sigarayı bıraktım

**Alkol tüketim miktarınızda Covid-19 salgın sürecinde bir değişiklik oldu mu?**

Alkol kullanmıyorum

Tükettiğim alkol miktarında değişiklik olmadı

Daha fazla tüketiyorum

Daha az tüketiyorum

Alkolü bıraktım

**Kapatılan restoran, kafe gibi yerler tekrar açıldığında bu mekanlarda yemek yiyebileceğinize ne kadar inanıyorsunuz?**

Evet

Hayır

Emin değilim

**Covid-19 salgın sürecinde endişe ve kaygılarınızla baş edebilmek için aşağıdakilerden hangisine daha çok başvurduunuz? (birden fazla seçebilirsiniz)**

Aileme daha fazla zaman ayırdım

Arkadaş ve yakınlarımla daha sık online görüşmeler yaptım

İş yerimde daha az insanla temas etmeye çalıştım

Hobilerime daha çok zaman ayırdım veya yeni bir hobi edindim

Spor yaptım

Evde kaldım

Dezenfektan kullanım oranımı artırdım

Yemek yaptım

Yemek veya hazır gıda tükettim

Dua ettim

Diğer \_\_\_\_\_

**Covid-19 salgın sürecinde yetkililer tarafından yapılan açıklamaları ve/veya vaka sayılarını ne sıklıkla takip ettiniz?**

Hiçbir zaman

Çok nadir

Nadir

Yarisında

Yarisından fazlasında

Her zaman

**Herhangi bir psikiyatrik bir tanısı konuldu mu?**

Evet

Hayır

**Evet ise konulan tanı? \_\_\_\_\_**

**Psikiyatrik ilaç tedavisi gördünüz mü?**

Evet

Hayır

**Şu anda psikiyatri ilacı kullanıyor musunuz?**

Evet

Hayır

**Covid19 salgın hastalığı sürecinde psikoterapi desteği aldınız mı?**

Evet

Hayır

### Ek 3. Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu -1

Wells, A., 2008

Gündüz, A., et al., 2019

Endişelenmek\*: evham yapmak, gelecekte olabilecek kötü olay ve sıkıntılar hakkında düşünüp durmak, kurmak

#### CAS-1

1. Son 1 hafta boyunca ne kadar süre kendinizi problemlerinizi üzerine düşünüp dururken ya da probleminiz hakkında endişelenirken\* buldunuz? (Aşağıdaki sayılardan birini daire içine alın.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Hiçbir zaman				Sürenin yarısında				Sürenin tamamında

2. Son 1 hafta boyunca ne kadar süre dikkatinizi tehdit edici bulduğunuz şeyler (örneğin; belirtiler, düşünceler, tehlike) üzerine odakladınız? (Aşağıdaki sayılardan birini daire içine alın.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Hiçbir zaman				Sürenin yarısında				Sürenin tamamında

3. Son 1 hafta boyunca negatif duygularınızla ya da düşüncelerinizle baş etmek için aşağıdakileri ne sıklıkla yaptınız? (Her bir maddenin yanına aşağıdaki ölçekten bir sayı yazınız.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Hiçbir zaman				Sürenin yarısında				Sürenin tamamında

Olaylardan kaçındım \_\_\_\_\_

Bir şeyler hakkında düşünmemeye çalıştım \_\_\_\_\_

Alkol/madde kullandım \_\_\_\_\_

Rahatlamak için güvence aradım \_\_\_\_\_

Duygularımı kontrol etmeye çalıştım \_\_\_\_\_

Belirtilerimi kontrol altına almaya çalıştım \_\_\_\_\_

4. Aşağıda insanların sahip olduğu bazı inançlar yer almaktadır. Her maddeye ne kadar inandığınızı aşağıdaki ölçekten bir sayıyı seçerek o maddenin yanına yerleştirerek belirtiniz.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Buna hiç inanmıyorum										Bunun doğruluğuna tamamen inanıyorum

Çok fazla endişelenmek\* bana zarar verebilir \_\_\_\_\_

Endişelenmek\* başa çıkmama yardımcı olur \_\_\_\_\_

Yoğun duygular tehlikelidir \_\_\_\_\_

Olası bir tehdit üzerine odaklanmak beni güvende tutabilir \_\_\_\_\_

Düşüncelerimi kontrol edemem \_\_\_\_\_

Düşüncelerimi kontrol etmem önemlidir \_\_\_\_\_

Bazı düşünceler aklıma kaybetmeme sebep olabilir \_\_\_\_\_

Problemlerimi analiz etmek yanıt bulmama yardımcı olacaktır \_\_\_\_\_



Amerika Birleşik Devletleri'nde ikamet eden yetişkinlerdeki bağımsız çalışmalar, CAS'ın sağlam faktöryel (tek-faktör; sosyodemografikler arasında değişmezlik) ve yapısal (kaygı, depresyon, intihar düşüncesi ve madde/alkolle başa çıkma ile korele) geçerliliği olan güvenilir bir ölçektir (> .90). CAS'ın teşhis özellikleri (%90 duyarlılık ve %85 özgüllük), Genel Anksiyete Bozukluğu-7 gibi ilgili tarama araçlarıyla karşılaştırılabilir.

### **Puanlama ve yorumlama**

CAS'ın her bir maddesi, son iki haftadaki deneyimlere dayanarak 0'dan (hiç değil) 4'e (neredeysen her gün) 5-puanlık bir ölçekte derecelendirilmiştir. Bu ölçeklendirme biçimi DSM-5'in kesişen belirti ölçeği ile tutarlıdır. CAS toplam puanı  $\geq 9$ , olması koronavirüs ile ilişkili işlevsiz anksiyeteyi gösterir. Belirli bir madde üzerindeki yüksek puanlar veya yüksek toplam ölçek puanı ( $\geq 9$ ), bireyin daha ileri değerlendirme ve / veya tedavi gerektirebilecek sorunlu belirtilerini gösterebilir. Klinik karar CAS sonuçlarının yorumlanmasına rehberlik etmelidir.

### **Kullanım**

CAS, klinik değerlendirme ve araştırmalarda kullanımını teşvik etmek için kullanıma açıktır. Bu nedenle, uygun atfın yapılmasının ötesinde, başkaları tarafından çoğaltılması ve kullanılması için resmi bir izin gerekmez:

Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety.

*Death Studies*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>

**Translated by** Assoc. Prof. Cuneyt Evren, M.D., Bakirkoy Training and Research Hospital for Psychiatry Neurology and Neurosurgery, Istanbul, Turkey.



ölçek puanı ( $\geq 7$ ), bireyin daha ileri değerlendirme ve/veya tedavi gerektirebilecek sorunlu belirtilerini gösterebilir. Klinik karar CAS sonuçlarının yorumlanmasına rehberlik etmelidir.

**Kullanım**

OCS, klinik değerlendirme ve araştırmalarda kullanımını teşvik etmek için kullanıma açıktır. Bu nedenle, uygun atfin yapılmasının ötesinde, başkaları tarafından çoğaltılması ve kullanılması için resmi bir izin gerekmez:

Lee, S. A. (2020). How much “Thinking” about COVID-19 is clinically dysfunctional? *Brain, Behavior, and Immunity*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.067>

**Translated by** Assoc. Prof. Cunevt Evren, M.D., Bakirkoy Training and Research Hospital for Psychiatry Neurology and Neurosurgery, Istanbul, Turkey.

## Ek 6. Duygusal İştah Anketi (Dia)

Lütfen yemek yeme davranışınızın belirli duygular, durumlar ve şartlar ile nasıl etkilendiğini aşağıdaki tablodan bir numarayı işaretleyerek belirtiniz. Tablo 1 ile 9 arasında değişmektedir, 1 normalden çok daha az yemek yediğinizi, 9 normalden çok daha fazla yemek yediğinizi, 5 ise yemek yemenizde bir değişiklik olmadığını belirtmektedir. Eğer o soru sizin için uygun değilse lütfen UD'yi, eğer cevabı bilmiyorsanız lütfen CB'ü işaretleyiniz.

Aşağıdakiler sizin <b>DUYGULARINIZI</b> ifade ediyor: Normal ile kıyaslandığında, yemek yemeniz:												
<b>Siz</b>	<b>Daha Az</b>				<b>Aynı</b>				<b>Daha Fazla</b>			
- üzgün (olduğunuzda)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB	
- sıkılmış (olduğunuzda)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB	
- güvenli (olduğunuzda)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB	
- kızgın (olduğunuzda)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB	
- kaygılı (olduğunuzda)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB	
- mutlu (olduğunuzda)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB	
- yılgın (olduğunuzda)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB	
- yorgun (olduğunuzda)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB	
- karamsar (olduğunuzda)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB	
- korkmuş (olduğunuzda)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB	
- rahat (olduğunuzda)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB	
- neşeli (olduğunuzda)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB	
- yalnız (olduğunuzda)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB	
- hevesli (olduğunuzda)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB	
Aşağıdakiler içinde bulunduğunuz <b>ŞARTLARI</b> ifade ediyor Normal ile kıyaslandığında, yemek yemeniz:												
<b>SİZ:</b>	<b>Daha Az</b>				<b>Aynı</b>				<b>Daha Fazla</b>			
- Baskı altında iken	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB	
- Hararetli bir tartışmadan sonra	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB	
- Size yakın olan biri felakete uğradıktan sonra	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB	
- Aşık olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB	
- Bir ilişkiyi bitirdikten sonra	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB	
- Keyif veren bir hobi ile meşgul olduğunuz sırada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB	
- Para veya bir eşyanızı kaybettikten sonra	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB	
- İyi haberler aldıktan sonra	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB	

## Ek 7. Beck Depresyon Envanteri-Bde

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- |    |   |    |   |
|----|---|----|---|
| 1  | (1) Üzgün ve sıkıntılı değilim.<br>(2) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.<br>(3) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.<br>(4) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.  | 11 | (1) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.<br>(2) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.<br>(3) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.<br>(4) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.   |
| 2  | (1) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.<br>(2) Gelecek için karamsarım.<br>(3) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.<br>(4) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.                                   | 12 | (1) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.<br>(2) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.<br>(3) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.<br>(4) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.  |
| 3  | (1) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.<br>(2) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.<br>(3) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.<br>(4) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.          | 13 | (1) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.<br>(2) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.<br>(3) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.  |
| 4  | (1) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.<br>(2) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.<br>(3) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.<br>(4) Her şeyden sıkılıyorum.   | 14 | (1) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.<br>(2) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.<br>(3) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.<br>(4) Artık hiçbir iş yapamıyorum.   |
| 5  | (1) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.<br>(2) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.<br>(3) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.<br>(4) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.   | 15 | (1) Uykum her zamanki gibi.<br>(2) Eskisi gibi uyuyamıyorum.<br>(3) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.<br>(4) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha  |
| 6  | (1) Kendimden memnunum.<br>(2) Kendimden pek memnun değilim.<br>(3) Kendime kızgınım.<br>(4) Kendimden nefrete ediyorum.  | 16 | (1) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.<br>(2) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.<br>(3) Her şey beni yoruyor.<br>(4) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin  |
| 7  | (1) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.<br>(2) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünüyorum.<br>(3) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.<br>(4) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum    | 17 | (1) İştahım her zamanki gibi.<br>(2) Eskisinden daha iştahsızım.<br>(3) İştahım çok azaldı.<br>(4) Hiçbir şey yiyemiyorum.  |
| 8  | (1) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.<br>(2) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.<br>(3) Kendimi öldürmek isterdim.<br>(4) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.  | 18 | (1) Son zamanlarda zayıflamadım.<br>(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.<br>(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.<br>(4) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.   |
| 9  | (1) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.<br>(2) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.<br>(3) Çoğu zaman ağlıyorum.<br>(4) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum  | 19 | (1) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.<br>(2) Ağrılar, mide sancuları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.<br>(3) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.<br>(4) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum. |
| 10 | (1) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.<br>(2) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.<br>(3) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.<br>(4) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum. | 20 | (1) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.<br>(2) Eskisine oranla sekse ilğim az.<br>(3) Cinsel isteğim çok azaldı.<br>(4) Hiç cinsel istek duymuyorum.   |
|    |   | 21 | (1) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.<br>(2) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilirim diye düşünüyorum.<br>(3) Cezamı çekmeyi bekliyorum.<br>(4) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.  |

## Ek 8. Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

## ÖZGEÇMİŞ

Aysel İŞLER, lisans eğitimini 2017 yılında İstanbul Şehir Üniversitesi, Psikoloji Bölümü'nde tamamladı. Lisans sonrası bir sene ara vererek Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde araştırma asistanlığı yaptı. Yüksek lisansını, Klinik Psikoloji alanında yapmaya karar vererek İstanbul Kent Üniversitesi'ne 2018 yılında başladı. 2016 yılında İstanbul Darülaceze Müdürlüğü'nde, 2017 yılında Humanite Psikiyatri Merkezi'nde stajlarını tamamladı. 2017 yılında başladığı Aile ve Çift Terapisi (İFTİ Psikoterapi) ve 2018 yılında başladığı KDT eğitimlerinin süpervizyon aşamasındadır.