



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**SAĞLIK KAYGISI DÜZEYİ YÜKSEK VE DÜŞÜK BİREYLERİN
BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK, KONTROL ODAĞI,
DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK
VE PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI
VE YÜKSEK SAĞLIK KAYGISININ AZALTILMASINDA BİLİŞ-
DAVRANIŞ TEMELLİ MOBİL UYGULAMANIN ROLÜ**

Burcu YILDIRIM ALTINOK

Doktora Tezi

Ankara, 2024

SAĞLIK KAYGISI DÜZEYİ YÜKSEK ve DÜŞÜK BİREYLERİN BELİRSİZLİĞE
TAHAMMÜLSÜZLÜK, KONTROL ODAĞI, DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ,
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ve PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI ve YÜKSEK SAĞLIK KAYGISININ AZALTILMASINDA BİLİŞ-
DAVRANIŞ TEMELLİ MOBİL UYGULAMANIN ROLÜ

Burcu YILDIRIM ALTINOK

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2024

KABUL VE ONAY

Burcu YILDIRIM ALTINOK tarafından hazırlanan ‘‘Sağlık Kaygısı Düzeyi Yüksek ve Düşük Bireylerin Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Kontrol Odağı, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Psikolojik Dayanıklılık ve Psikolojik İyi Oluş Açısından Karşılaştırılması ve Yüksek Sağlık Kaygısının Azaltılmasında Biliş-Davranış Temelli Mobil Uygulamanın Rolü’’ başlıklı bu çalışma, 03.12.2024 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Özlem BOZO (Başkan)

Prof. Dr. İhsan DAĞ (Danışman)

Prof. Dr. Sait ULUÇ (Üye)

Doç. Dr. Iğın GÖKLER DANIŞMAN (Üye)

Doç. Dr. Ayşe Bikem KARGI (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof.Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayımlanan “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

03/12/2024

Burcu YILDIRIM ALTINOK

1“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. Şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, **Prof. Dr. İhsan DAĞ** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Burcu YILDIRIM ALTINOK

TEŞEKKÜR

Uzun ve zorlu bir sürecin ardından bu vakitlerde yanımda olan ve desteğini hissettiğim herkese teşekkür etmek istiyorum. Öncelikle tez danışmanım sayın Prof. Dr. İhsan Dağ'a tez sürecindeki tüm desteği için çok teşekkür ederim. Tezimin izleme komitesi ve değerlendirme jürisinde bulunan Prof. Dr. Sait Uluç ve Doç. Dr. Ilgın Gökler Danışman'a teşekkürlerimi sunuyorum. Geri bildirimleriniz tezimin gelişiminde oldukça kıymetliydi. Tez jürimde bulunan Prof. Dr. Özlem Bozo ve Doç. Dr. Bikem Kargı'ya değerli geri bildirimleri ve destekleri için çok teşekkür ederim.

Lisansüstü eğitimim boyunca kendilerinden çok şey öğrendiğim Hacettepe Üniversitesi Psikoloji bölümü kıymetli hocalarıma, Prof. Dr. İhsan Dağ, Prof. Dr. Ferhunde Öktem, Prof. Dr. Elif Barışkın, Prof. Dr. Sait Uluç, Prof. Dr. Müjgan İnözü Mermerkaya, Doç. Dr. Sedat Işıklı ve Doç. Dr. Zeynel Baran'a teşekkürlerimi sunarım.

Doktora mülakatında tanıştığım ve o günden beri birbirimizi desteklemeyi hiç bırakmadığımız canım yol arkadaşım Gülen Say, sürecin tüm zorlu deneyimlerini beraber yaşamak ve hepsinin üstesinden gelmek bizi birbirimize daha da bağladı. Sen olmasan her şey tatsız tuzsuz olurdu. Tüm sevecenliğin, samimiyetin ve dostluğun için çok teşekkür ederim. İyi ki varsın ve hep hayatımda ol çünkü dostluğun çok kıymetli!

Aramızdaki mesafelere rağmen liseden beri kocaman bir dostluğu büyüttüğümüz canım dostum Canan Can'a çok teşekkür ederim. Söylemediklerimi anlayan, her an benimle olduğunu bir şekilde hissettiren bir de üstüne kopyasını, İdilkuşum'u bana arkadaş olarak veren dostum, hep yanı başımda ol, dostluğun bana çok iyi geliyor!

Ankara'ya ilk adım attığım günden bugüne hem sıcacık dostluğunu hem de akademik desteğini benden esirgemeyen canım Elif Üzümcü Özdemir'e çok teşekkür ederim. Fahri danışmanım demek az bile. Her zaman destekleyici bir ses oldun benim için, beraber keyifli günlerimiz dilerim hep sürer, iyi ki varsın!

En büyük şansım Hacettepe’de harika bir yüksek lisans ekibiyle olmamdı. Mezuniyetimizin üzerinden geçen zamana inat hala bağımızı koparmamak bana güç veriyor. Hem mesleki hem duygusal desteğe ihtiyaç duyunca ilk akla gelen canım ekip! Didem, Gözde, Ela, İrem, Zeynep, Ceren, Gizem, Nuket, iyi ki varsınız ve iyi ki yollarımız kesişmiş.

Bu süreç boyu desteklerini hep hissettiğim canım Sultan, Zülfiye, Fulya, Ayşegül, Esra, Özlem, Zeynep, Belemir iyi ki varsınız. Arkadaşlığınızın sıcaklığını kalbimde hep hissediyorum. Belediğim’e uygulamamın isim annesi olduğu için ayrıca teşekkür ederim, grubumuzun hep en yaratıcısıydım!

Uygulamayı geliştirme sürecinde yazılım desteğini veren sevgili Emre Babur’a çok teşekkür ederim. En büyük teşekkürlerimden biri tez çalışmamın katılımcılarına. Özellikle ikinci aşamada uygulamalı sürecin sorunsuz ilerlemesine verdikleri destek için çok teşekkür ederim.

Canım ailem, annem, babam ve kız kardeşim, uzun öğrencilik yıllarımda beni her zaman desteklediğiniz, bana inandığınız ve yapabileceğime güvendiğiniz için çok teşekkür ederim. Sizin sevginiz ve desteğiniz tüm zorlukların üstesinden gelmemi sağladı, sizi çok seviyorum, iyi ki varsınız!

Ankara’daki ailem Hatice-Veysel-Hakan Altınok, her zaman yanımda olduğunuz ve her koşulda beni desteklediğiniz için çok teşekkür ederim. Burada da bir ailemin olduğunu bilmek çok güzel. İyi ki varsınız!

Sevgili Kavaklıdere Psikoloji ekibi, bu süreçteki destekleriniz benim için çok kıymetliydi. Her köşede sürecin nasıl gittiğini konuştuğumuz, benim sızlanmalarımı dinlediğiniz için çok teşekkür ederim. Herkesin benimle beraber yaşadığı mutluluğu görmek çok güzel. İyi ki ekibin bir parçasıyım!

En büyük teşekkürüm sevgili eşim Ömer Melih Altınok’a. Her düştüğümde elimden tuttuğun, yapabileceğime benden daha çok inandığın, en zor günlerde hayatı benim için

kolaylaştırdığın, omzuna başımı koyduğumda tüm dertlerimi unutturduğun, sevginle beni sarıp sarmaladığın için çok teşekkür ederim. Hayatın zorladığı her durumda yanımda olduğunu bilmek ve seninle hayatı paylaşmak çok güzel. İyi ki varsın sevgilim ve hep yanımda ol! Seni çok seviyorum.

Son olarak doktora eğitimim boyunca 2211-Yurt İçi Lisansüstü Burs Programı kapsamında maddi olarak beni destekleyen ve bu sürecin benim için maddi olarak daha rahat geçmesini sağlayan TÜBİTAK'a teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

YILDIRIM ALTINOK, Burcu. *Sağlık Kaygısı Düzeyi Yüksek ve Düşük Bireylerin Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Kontrol Odağı, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Psikolojik Dayanıklılık ve Psikolojik İyi Oluş Açısından Karşılaştırılması ve Yüksek Sağlık Kaygısının Azaltılmasında Biliş-Davranış Temelli Mobil Uygulamanın Rolü*, Doktora Tezi, Ankara, 2024.

Sağlık kaygısı, hastalığa ilişkin yoğun korkular, hastalığın ciddi sonuçları olacağına dair inançlar ve beden duyularının yanlış yorumlanması şeklinde ortaya çıkan bir bozukluktur. Alanyazındaki çalışmalar bilişsel davranışçı yaklaşımın hastalığın tedavisinde oldukça etkili olduğuna işaret etmektedir. Bu çalışmada sağlık kaygısı yüksek ve düşük grupların sağlık kaygısı belirti şiddetine, belirsizliğe tahammülsüzlük, kontrol odağı, psikolojik iyi oluş, duygu düzenleme güçlüğü düzeylerine ve dayanıklılıklarına göre karşılaştırılması, sağlık kaygısına ilişkin bir model oluşturulması ve bu tez çalışması kapsamında geliştirilen mobil uygulamanın etkililiğinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla öncelikle bilişsel davranışçı yaklaşımın sağlık kaygısı formülasyonundan yola çıkılarak mobil uygulama içerikleri hazırlanmıştır.

İlk aşamanın örneklemini 25-50 yaş arası 338 katılımcı (311 kadın, 27 erkek) oluşturmuştur. Demografik Bilgi Formu, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ve Covid-19 Hastalık Algısı Ölçeği uygulanmıştır. Sonuçlar sağlık kaygısı yüksek ve düşük olan grubun sağlık kontrol odağı haricinde diğer tüm değişkenler bakımından anlamlı olarak farklılaştığını göstermiştir. İkinci aşamada Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nden grup ortalamasından 1 standart sapma yüksek puan alan 26 (23 kadın, 3 erkek) katılımcı yer almıştır. Mobil uygulamanın tamamlanması 14 gün sürmüştür. Uygulamalar tamamlandıktan sonra son ölçümler alınmıştır. Sonuçlar biliş-davranış temelli mobil uygulamanın sağlık kaygısını azaltmada bireysel ve yüz yüze terapilere destek olarak kullanılabilir olduğuna işaret etmiştir. Sonuçlar alanyazın ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler

Sağlık Kaygısı, Mobil Uygulama, Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım

ABSTRACT

YILDIRIM ALTINOK, *Comparison of Individuals with High and Low Health Anxiety in terms of Intolerance of Uncertainty, Locus of Control, Difficulty in Emotion Regulation, Psychological Resilience, and Psychological Well-Being and the Role of Cognitive-Behavioral Based Mobile Application in Reducing High Health Anxiety*, Ph. D. Dissertation, Ankara, 2024.

Health anxiety is a disorder that occurs as intense fears about the illness, beliefs that the illness will have serious consequences, and misinterpretation of body sensations. Literature indicates that the cognitive behavioral therapy is efficient in the treatment of the disease. This study aimed to compare groups with high and low health anxiety according to health anxiety symptom severity, intolerance of uncertainty, health locus of control, psychological well-being, emotion regulation difficulty levels and resilience, to develop a model for health anxiety and to examine the role of the mobile application developed for this thesis study. For this aim, mobile application contents were prepared primarily based on the health anxiety formulation of the cognitive behavioral approach.

The sample of the first phase consisted of 338 participants (311 women, 27 men) aged 25-50. Demographic Information Form, Intolerance of Uncertainty Scale, Health Anxiety Scale, Multidimensional Health Locus of Control Scale, Psychological Resilience Scale, Difficulties in Emotion Regulation Scale, Psychological Well-Being Scale and Covid-19 Illness Perception Scale were applied. The results showed that the groups with high and low health anxiety differed significantly in terms of all variables except health locus of control. In the second phase, 26 participants (23 women, 3 men) who scored 1 standard deviation higher than the group average on the Health Anxiety Scale were included. It took 14 days to complete the mobile application. The results showed that the cognition-behavior based mobile application could be used to support individual and face-to-face therapies in reducing health anxiety. The results were discussed in the light of the literature.

Keywords

Health anxiety, Mobile phone application, Cognitive-behavioral approach

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	İ
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	İİ
ETİK BEYAN.....	İİİ
TEŞEKKÜR	İV
ÖZET.....	Vİİ
ABSTRACT	Vİİİ
İÇİNDEKİLER	İX
TABLolar DİZİNİ	XİV
ŞEKİLLER DİZİNİ	XVİ
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: SAĞLIK KAYGISINA İLİŞKİN KURAMSAL ÇERÇEVE	3
1.1. SAĞLIK KAYGISINA FARKLI YAKLAŞIMLARDAN BAKIŞ	3
1.1.1. Sağlık Kaygısı ve Bağlanma Kuramı	3
1.1.2. Sağlık Kaygısı ve Psikodinamik Yaklaşım	4
1.1.3. Sağlık Kaygısı ve Şema Yaklaşımı	5
1.1.4. Sağlık Kaygısı ve Bilişsel Davranışçı Yaklaşım.....	6
1.2. SAĞLIK KAYGISI VE BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK	15
1.3. SAĞLIK KAYGISI VE DUYGU DÜZENLEME.....	16
1.4. SAĞLIK KAYGISI VE KONTROL ODAĞI	18
1.5. SAĞLIK KAYGISI, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE İYİ OLUŞ	21
1.6. SAĞLIK KAYGISI VE PSİKOLOJİK MÜDAHALELER	23
1.7. AMAÇ, HİPOTEZLER VE ÇALIŞMANIN ÖNEMİ	27
2. BÖLÜM: YÖNTEM	31
2.1. BİRİNCİ AŞAMA	31

2.1.1. Örneklem.....	31
2.1.2. Veri Toplama Araçları	32
2.1.2.1. Demografik Bilgi Formu.....	33
2.1.2.2. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)	33
2.1.2.3. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOO).....	33
2.1.2.4. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)	34
2.1.2.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ).....	34
2.1.2.6. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği (ÇBSKOÖ).....	35
2.1.2.7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ)	36
2.1.3. İşlem.....	36
2.1.4. Verilerin Analizi.....	37
2.2. İKİNCİ AŞAMA.....	38
2.2.1. Örneklem.....	38
2.2.2. Veri Toplama Araçları	38
2.2.2.1. COVID-19 Hastalık Algısı Ölçeği (Covid-19 HAÖ).....	38
2.2.2.2. HealingBox Tutum Ölçeği (HTÖ)	39
2.2.2.3. Dijital Teknolojiye Yönelik Tutum Ölçeği (DTYTÖ).....	40
2.2.3. İşlem.....	40
2.2.3.1. Mobil Uygulamanın Geliştirilmesi	40
2.2.3.2. Psikoğitimin Günlere Göre İçeriği	42
2.2.3.3. Pilot Uygulama	52
2.2.3.4. Asıl Uygulama	53
2.2.3.4.1. Mobil Uygulama Grubu	53
2.2.3.4.2. Kontrol Grubu	54
2.2.3.4.3. Açık Uçlu Sorular	54
2.2.4. Verilerin Analizi.....	54
3. BÖLÜM: BULGULAR.....	55
3.1. SAĞLIK KAYGISI YÜKSEK VE DÜŞÜK GRUPLARIN	
KARŞILAŞTIRILMASI	55
3.2. ARACI DEĞİŞKEN ANALİZLERİ.....	62

3.2.1. Psikolojik İyi Oluş ile Sağlık Kaygısı Arasındaki İlişkide Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün, Sağlık Kontrol Odağının (İç Kontrol, Şans, Güçlü Diğerleri), Psikolojik Dayanıklılığın ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Etkisi.....	62
3.3. MOBİL UYGULAMA GRUBU VE KONTROL GRUBUNUN KARŞILAŞTIRILMASI	65
3.3.1. Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun Ön Test Puanlarının Karşılaştırılması	66
3.3.2. Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun Ön Test ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılması	67
3.3.2.1. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) Ön Test ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılması	67
3.3.2.2. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ) Ön Test ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılması	70
3.3.2.3. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) Ön Test ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılması	72
3.3.2.4. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ) Ön Test ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılması	73
3.3.2.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) Ön Test ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılması	75
3.3.2.6. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği (ÇBSKOÖ)'nin İç Kontrol, Şans ve Güçlü Diğerleri Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılması	77
3.4. SAĞLIK KAYGISI FARK PUANLARI İLE TEKNOLOJİ TUTUM ÖLÇEĞİ VE HEALINGBOX TUTUM ÖLÇEĞİ PUANLARININ KORELASYONLARI	82
3.5. HEALINGBOX'A İLİŞKİN DENEYİMLER	83
4. BÖLÜM: TARTIŞMA.....	85
4.1. SAĞLIK KAYGISI YÜKSEK VE DÜŞÜK GRUPLARIN BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK, PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK, DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ VE SAĞLIK KONTROL ODAĞI DEĞİŞKENLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	85
4.1.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlük	86

4.1.2. Psikolojik İyi Oluş ve Dayanıklılık.....	87
4.1.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü.....	91
4.1.4. Sağlık Kontrol Odağı	94
4.2. ARACI DEĞİŞKEN ANALİZİ SONUÇLARININ TARTIŞILMASI	97
4.3. MOBİL UYGULAMANIN ETKİLİLİĞİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	102
4.3.1. Mobil Uygulamanın Sağlık Kaygısına Etkisi	103
4.3.2. Mobil Uygulamanın Psikolojik İyi Oluşa Etkisi.....	106
4.3.3. Mobil Uygulamanın Belirsizliğe Tahammülsüzlüğe Etkisi.....	107
4.3.4. Mobil Uygulamanın Psikolojik Dayanıklılığa Etkisi.....	108
4.3.5. Mobil Uygulamanın Duygu Düzenleme Güçlüklerine Etkisi.....	110
4.3.6. Mobil Uygulamanın Sağlık Kontrol Odağına Etkisi.....	111
4.4. KATILIMCILARIN MOBİL UYGULAMA (HEALINGBOX) DENEYİMLERİ VE TEKNOLOJİ TUTUMLARI İLE HEALINGBOX TUTUMLARI.....	114
4.5. ÇALIŞMANIN KLİNİK ÖNEMİ, GÜÇLÜ YANLARI VE SINIRLILIKLARI.....	116
SONUÇ.....	119
KAYNAKÇA	121
EK 1. ORİJİNALLİK RAPORU	148
EK 2. ETİK KOMİSYON İZİNİ.....	150
EK 3. 1.AŞAMA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU.....	151
EK 4. 2. AŞAMA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU.....	152
EK 5. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	154
EK 6. SAĞLIK ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ	155
EK 7. PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ	156
EK 8. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ	157
EK 9. DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ÖLÇEĞİ.....	158
EK 10. SAĞLIK KONTROL ODAĞI ÖLÇEĞİ	159

EK 11. BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK ÖLÇEĞİ.....	160
EK 12. COVID-19 HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ	161
EK 13. HEALING BOX TUTUM ÖLÇEĞİ	162
EK 14. TEKNOLOJİ TUTUM ÖLÇEĞİ	163
EK 15. HEALING BOX ÖRNEK EKРАН GÖRÜNTÜLERİ	164

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Örneklem Sosyo-Demografik Özellikleri	32
Tablo 2. Değişkenler ve Alt Boyutlara İlişkin Ortalama, Standart Sapma, En Düşük ve En Yüksek Değerler	56
Tablo 3. Alt boyutlar arasındaki korelasyonlar	57
Tablo 4. Düşük ve Yüksek Sağlık Kaygısı Gruplarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	58
Tablo 5. Yüksek ve Düşük SK Gruplarının Karşılaştırılması	59
Tablo 6. Yüksek ve Düşük SK Gruplarının Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Psikolojik Dayanıklılık ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Alt Boyutlarındaki Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	61
Tablo 7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Sağlık Kontrol Odağı (İç kontrol, Şans, Güçlü diğerleri), Psikolojik Dayanıklılık ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Sağlık Kaygısı ile Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişkide Aracılık Etkisi.....	63
Tablo 8. Mobil Uygulama ve Kontrol Grubunun Ön Test ve Son Test Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	66
Tablo 9. Mobil Uygulama ve Kontrol Grubunun Ön Ölçüm Puanları Açısından ANOVA ile Karşılaştırılması	66
Tablo 10. Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun SAÖ Ön test ve Son test Puanlarına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	68
Tablo 11. Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun SAÖ Ön Test ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılması.....	68
Tablo 12. Covid-19 Geçmişi ve İnternette Hastalık Arama Sıklığına ve Gruba Göre SAÖ Ön test ve Son test Puanlarına İlişkin Çok Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	69
Tablo 13. Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun PİÖÖ Ön test ve Son test Puanlarına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	71
Tablo 14. Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun PDÖ Ön test ve Son test Puanlarına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	72

Tablo 15. Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun BTÖ Ön Test ve Son Test Puanlarına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	73
Tablo 16. Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun BTÖ Ön test ve Son test Puanlarının Karşılaştırılması.....	74
Tablo 17. Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun DDGÖ Ön Test ve Son Test Puanlarına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	75
Tablo 18. Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun ÇBSKÖ-İç Kontrol Ön test ve Son test Puanlarına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	77
Tablo 19. Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun ÇBSKÖ-Şans Ön test ve Son test Puanlarına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	78
Tablo 20. Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun ÇBSKÖ-Şans Ön Test ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılması	79
Tablo 21. Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun ÇBSKÖ-Güçlü Diğerleri Ön Test ve Son Test Puanlarına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	80
Tablo 22. ÇBSKÖ-Güçlü diğerleri Ön test ve Son test Puanlarının Karşılaştırılması...	81

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kaygının Bilişsel Modeli.....	7
Şekil 2. Sağlık Kaygısını Tetikleyen ve Sürdüren Biyolojik ve Bilişsel Faktörler	9
Şekil 3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Sağlık Kontrol Odağı (İç Kontrol, Şans, Güçlü Diğerleri), Psikolojik Dayanıklılık ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Sağlık Kaygısı İle Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişkide Aracı Rolü.....	64
Şekil 4. Grupların Ön Test ve Son Test SAÖ Puanları.....	70
Şekil 5. Grupların Ön Test ve Son Test PİÖÖ Puanları	71
Şekil 6. Grupların Ön Test ve Son Test PDÖ Puanları.....	73
Şekil 7. Grupların Ön Test ve Son Test BTÖ Puanları.....	75
Şekil 8. Grupların Ön Test ve Son Test DDGÖ Puanları	76
Şekil 9. Grupların Ön Test ve Son Test ÇBSKOÖ-İç Kontrol Puanları.....	78
Şekil 10. Grupların Ön Test ve Son Test ÇBSKOÖ-Şans Puanları.....	80
Şekil 11. Grupların Ön Test ve Son Test ÇBSKOÖ-Güçlü Diğerleri Puanları.....	82

GİRİŞ

“Sağlıklı olmak” esasen iyi oluşun en temel bileşenlerindedir, ancak yoğun bir sağlıklı olma arzusu veya hasta olma korkusu bazen iyi oluşun düşmanı haline gelebilmektedir. Antik Yunan’dan beri hipokondri başta olmak üzere çeşitli ad ve tanımlamalarla karışımımıza çıkan sağlık kaygıları pek çok kişinin hem zihinsel hem bedensel sağlığını olumsuz etkilemektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği (2013), sağlık kaygısını beden duyularının yanlış yorumlanması, hastalığın olumsuz ve ciddi sonuçları olacağına dair inançlar ve endişeler, hasta olmaya ilişkin yoğun korkularla karakterize bir bozukluk olarak tanımlamaktadır. Yoğun sağlık kaygısına sahip kişilerin sorun olarak gördükleri daha çok bedensel sağlıkları olması sebebiyle psikiyatrist ve psikologlara başvuruları oldukça az ve gönülsüzdür. Sıklıkla sağlık uzmanları tarafından psikiyatriye yönlendirilirler. Bu sebeplerle sağlık kaygısının toplumdaki yaygınlığını belirlemek oldukça güçtür. Sağlık kaygısının, genel popülasyona kıyasla kaygı bozukluğuna sahip bireyler ve kadınlar arasında daha yüksek olduğu (Asmundson, Taylor ve Cox, 2001; Bobevski ve ark., 2016) ancak, bu kaygının herhangi bir bozukluğa sahip olmayan genel popülasyondaki bireyler arasında da var olduğu bilinmektedir (Salkovskis ve Warwick, 2001; Barsky ve ark., 1990; Fink ve ark., 2010).

Sağlık kaygısı özgül bir bozukluk olmasının yanı sıra sağlık kaygıları yaygın kaygı bozukluğu (Lee ve ark., 2014), obsesif-kompulsif bozukluk (McKay ve ark., 2004), panik bozukluk gibi diğer psikiyatrik bozukluklarda da görülebilmektedir (Sunderland ve ark., 2013; Schmidt, Lerew ve Trakowski, 1997). Abramowitz, Olatunji ve Deacon (2007)’e göre kaygının doğuştan gelen işlevinin organizmayı yaralanmaya ve zarara karşı korumak olduğu düşünüldüğünde, sağlıkla ilgili endişelerin psikiyatrik bozuklukların birçoğunda var olması oldukça anlaşılırdır. Sağlıkla ilgili endişelerin farklı bozukluklarda var olmasıyla beraber sağlık kaygısına sahip hastaların, diğer tüm hasta gruplarına kıyasla, kötü sağlığın olumsuz sonuçlarına ilişkin daha fazla inanca sahip olduklarına, bu durumun sağlık kaygısı, panik bozukluk ve OKB hastalarının hepsinin bedensel duyuları ve hastalanma olasılığıyla meşgul olmalarına karşın, sağlık kaygısı

hastalarının hastalığın sonuçları hakkında daha fazla felaket inançlarına sahip olduklarına işaret etmektedir (Abramowitz, Olatunji ve Deacon, 2007).

Zaman zaman sağlığımızla ilgili endişe duymak ya da bedenimizdeki değişimleri takip etmek pek çok insanın deneyimlediği bir durumdur ve bu endişe sağlıklıdır. Pek çok insan zaman zaman zaman zaman bedensel değişimlerini fark eder ve nedenini anlamaya çalışır. Bir süre zihni bununla meşgul olur ancak zamanla bu meşgulliyet giderek azalır. Bedensel belirtiler de kendiliğinden ya da doktor başvurusu sonrası ortadan kalkar ve rahatlama sağlanır (Salkovskis, Warwick ve Deale, 2003). Yoğun sağlık kaygılarının varlığında ise bu sağlıklı endişe daha yıkıcı bir hal almaktadır. Bahsedilen rahatlama erişilmekte güçlük yaşanır. Bireyin iyi oluşunu tehdit etmeye ve işlevselliğini bozmaya başlar. Bununla birlikte, sağlığa ilişkin kaygının çok düşük olmasının da bireylerin gerçekte var olan hastalıklarını fark etmemelerine, önlem almamalarına veya hastane başvurularından uzak durmalarına yol açabileceği belirtilmektedir (akt. Asmundson ve ark., 2010). Buradan hareketle optimal düzeyde iyi oluşumuzu ve sağlığımızı düşünmek, bunun için bir miktar endişelenmek işlevselken, bu düzeyin üstünde ya da altındaki endişe ve korkular ise işlevselliği bozmaktadır.

Öte yandan, sağlığa dair yoğun kaygılar bu durumu deneyimleyen kişilere sosyal ve işle ilgili işlevlerinde zorluklar yaşatırken, bir yandan da sağlık hizmetlerinin gereksiz ve fazla kullanımından kaynaklı olarak topluma olumsuz etkilerinden söz etmek mümkündür (Barsky ve ark., 2005; akt. Asmundson ve ark., 2010, Barsky ve ark., 2001). Bu sebeplerle sağlık harcamalarının da ciddi miktarlara ulaşması söz konusu olabilmektedir (Barrett ve ark., 2012). Sağlık kaygısı, çok nadir tanı konan, kronik ve tedavisi oldukça zor olan bir bozukluktur (Tyrer ve ark., 2011; Barsky ve Ahern, 2004). Tedavi edilemediği durumlarda ise majör depresyon riski ile karşılaşılabilen (Barsky ve ark., 1990; Faravelli ve ark., 1997), hem fiziksel hem de psikolojik işlevselliği bozmaktadır (Noyes ve ark., 1993). Başlangıcının çoğunlukla genç yetişkinlikte olduğu ve artan stresörlerle belirtilerin de arttığı görülmektedir. Sevilen birinin kaybı, sevilen birine ya da kişinin kendisine konan ciddi bir hastalık teşhisi ya da ciddi bir hastalıktan iyileşmek sağlığa ilişkin endişeleri doğrudan arttıran faktörlerdir (Barsky ve Klerman, 1983).

1. BÖLÜM

SAĞLIK KAYGISINA İLİŞKİN KURAMSAL ÇERÇEVE

1. 1. SAĞLIK KAYGISINA FARKLI YAKLAŞIMLARDAN BAKIŞ

1.1.1. Sağlık Kaygısı ve Bağlanma Kuramı

Bağlanma kuramına göre sağlık kaygılarını meydana getiren ve sürmesine sebep olan faktörler en temelde kişilerarası ilişkilerdir. Özellikle çocukluk çağındaki ebeveyn-çocuk etkileşiminde temelleri atılan bu içsel temsiller yetişkinlik çağına da devam etmektedir. Feeney ve Ryan (1994)'ın aile ve bağlanma örüntüleriyle sağlık davranışını açıkladıkları modelde hastalıklara ilişkin erken dönem deneyimlerin (aile üyelerinin hastalıkları, ebeveynlerin çocuğun hastalık şikayetlerine karşı tutumu) doğrudan yetişkinlikteki sağlık davranışlarını etkilediği öne sürülmüştür.

Kişilerarası ilişkiler modeline göre sağlık kaygıları güvensiz bağlanma örüntülerinin işlevsiz bir yansımasıdır. Bu modele göre olumsuz ebeveynlik biçimleri ve bir hastalığa maruz kalmak gibi olumsuz deneyimler bireyi güvensiz bağlanmaya ve somatik deneyimlere yatkınlaştırmaktadır (Noyes ve ark., 2003). Stuart ve Noyes (1999)' a göre çocukluk çağına bakım veren tarafından ihtiyaçlarına yanıt verilmeyen çocuk yetişkinlikte de bakım alabilmek için bedensel yakınmalar ve somatizasyon yaşamaktadır. Hastalık belirtisini fark ettiğinde diğerlerinden güvence almaya çalışarak rahatlama ve güvende hissetme eğilimindedir. Ancak yakınmalarından yoğun olarak bahsettiklerinde ise kırılgan ve güven verilmesi zor olarak algılanmaktadırlar. Sonuç olarak kişilerarası ilişkilerde tam da korktukları biçimde -uzak, yabancılaşmış ve olumsuz- karşılık bulmaktadırlar (Waldinger ve ark., 2006). Alanyazında kaygılı bağlanma örüntüsünün yoğun sağlık kaygılarıyla ilişkili olduğuna işaret eden araştırmalar mevcuttur (Schmidt ve ark., 2002; Ferguson, 1998). En temelde ancak "ihtiyaç halinde" diğerlerinden yardım alabileceğine inanan kaygılı bağlanmaya sahip bireyler hastalıkla baş edemeyeceklerine dair güçlü bir inanışa sahiptir. Buradan hareketle diğerlerinden yoğun bir güvence arama döngüsüne girmekte ancak aldıkları bu güvence de yeterli gelmemektedir (Hunter ve Maunder, 2001). Mikail, Henderson ve Tasca (1994) farklı

bağlanma biçimlerine sahip kişilerin sağlık kaygılarına farklı yaklaşımları olduğunu öne sürmüştür. Buna göre, kayıtsız bağlanma örüntüsüne sahip kişiler sağlık uzmanlarını umursamaz, ilgisiz olarak görüp kendilerini tedaviden çekmektedirler. Kaygılı saplantılı bağlanma örüntüsünde ise daha çok doktor doktor gezerek acılarını hafifletmeye çalışma ancak terkedilmeye ilişkin endişelerini doğrular biçimde kabul görmemeye sonuçlanmaktadır.

1.1.2. Sağlık Kaygısı ve Psikodinamik Yaklaşım

Psikodinamik yaklaşımda yoğun sağlık kaygıları hipokondri olarak ele alınmaktadır. Hipkondriyi anlamada beden önemli bir yer tutar. Ancak burada medikal yaklaşımdan farklı olarak bedensel semptomlar için illa ki biyolojik sebeplerin olmasına gerek yoktur (Gessert, 2004). Daha çok psikosomatik olarak ele alınan hipokondride saldırganlık ve düşmanlık gibi bilinçdışı çatışmaların daha kabul edilebilir biçimde yani bedensel şikayetlerle çözülmeye çalışılması söz konusudur. Nitekim bu yaklaşımda semptomlar, öfke sonucu hissedilen suçluluk duygusunu yatıştırma ve kendiliğın cezalandırılması işlevini görmektedir (Lipsitt, 1974).

Freud (1914), hipokondri ve narsisizm arasında bir ilişki kurarak hipokondrideki kaygının ego libidosundan geldiğini ve libidonun dışsal nesnelere değil bedene yöneltildiğini söyler. Bu narsistik yatırım aynı zamanda hem haz hem de acı vermektedir (Starcevic ve Lipsitt, 2001). Anna Freud (1952)'un hipokondriye yaklaşımı ise daha çok anne-çocuk etkileşiminde çocuğun ihtiyacı olan bakımı, fiziksel teması yeterince alamaması ve sağlığıyla ilgili konularda kendi için "anne" rolünü üstlenmesi ve bedenine de "çocuk" rolünü vermesidir. Anna Freud'a göre kişi, bedenini anne tarafından sevmek istediği şekilde sever. Ferenczi ise hipokondriak hastaların kendilerini gözlemlemelerine ilişkin olarak onarsistik bölmeyle bedenin sağlıklı ve hasta olarak bölündüğünü söyler (akt. Stathopoulos, 2017). Özetle, dinamik yaklaşım hipokondriye yalnızca hastalığa ilişkin korkular olarak değil de derininde yatan bilinçdışı çatışmalar, arzular ve beden-zihin ilişkisi üzerinden bakmaktadır.

1.1.3. Sağlık Kaygısı ve Şema Yaklaşımı

Erken dönem uyum bozucu şemaların temel bakım verenlerle zorlayıcı çocukluk yaşantıları sonucu meydana geldiği bilinmektedir. Şema yaklaşımı bu uyum bozucu şemaların kişilik örüntülerine etkisine odaklanmakta ve yeniden kendine sağlıklı bir ebeveynlik ile bu şemaların aktive ettiği modlarla baş etmeyi amaçlamaktadır (Young ve ark., 2003). Bu yaklaşımda sağlık kaygılarına ve genel olarak kaygıya bakış zedelenmiş özerklik ve performans alanındaki dayanıksızlık şeması üzerinden ilerlemektedir. Zedelenmiş özerklik ve performans alanı kişinin çevre ve kendisi hakkında özerk bir biçimde hareket etme ya da başarılı performansta bulunma becerisinden algıladığı çatışan beklentilere işaret eder. Ailenin temellerinde iç içe geçen, aşırı korumacı, çocuğu desteklemede yetersizlik ve çocuğun güvenini kırıcı bir yapı görülür. Dayanıksızlık şemasının kökenlerine bakıldığında iki uçta ebeveynliğin, bir diğer deyişle aşırı korumacı ya da ihmalkar ebeveynliğin kişiler üzerindeki etkisinin benzer biçimde zedelenmiş özerklik alanındaki şemalara yol açtığı düşünülmektedir. Ebeveynin özellikle tehlike ve hastalıklara karşı aşırı korumacı olduğu ve sürekli bunlara karşı uyarıcı olduğu, günlük konularda çocuğun dayanıksız ve yetersiz olduğunu hissettirmiş olabileceğine işaret edilmektedir. Çocuğun maruz kaldığı fiziksel, duygusal ve finansal ortamların güvensiz olabileceği ve ebeveynin çocuğu yeteri kadar korumamış olabileceği düşünülmektedir. Çocuğun veya ebeveynin maruz kalmış olabileceği bir hastalık, kaza veya travmatik bir olayın da dayanıksızlık şemasının kökenlerini oluşturabileceği belirtilmiştir. Dayanıksızlık inancının aynı şemayı taşıyan ebeveyn den model alma yolu ile öğrenilmiş olabileceğine vurgu yapılmıştır (Young ve Klosko, 2011).

Hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık şemasında kişiler kesin bir felaket yaşayacakları ve bundan asla korunamayacaklarına dair yoğun bir korku duyarlar. Korkulan bu felaketler tıbbi bir hastalık, duygusal bir çöküntü ya da dışsal etkenlerin yol açtığı kazalar, afetler gibi farklı biçimlerde olabilmektedir. Birey, bir felaket olmak üzere olduğunu ancak bu felaketle baş etmek için yetersiz olduğunu düşünür. Dayanıksızlık şemasının dört farklı tipi bulunmaktadır; sağlık ve hastalık, tehlike, parasızlık ve kontrolü kaybetme. Sağlık ve hastalık türü kişilerin hasta olduklarına dair yoğun bir kaygı yaşadıkları, bedenlerini aşırı bir hassasiyetle taradıkları, paniğin sık sık tetiklendiği bir

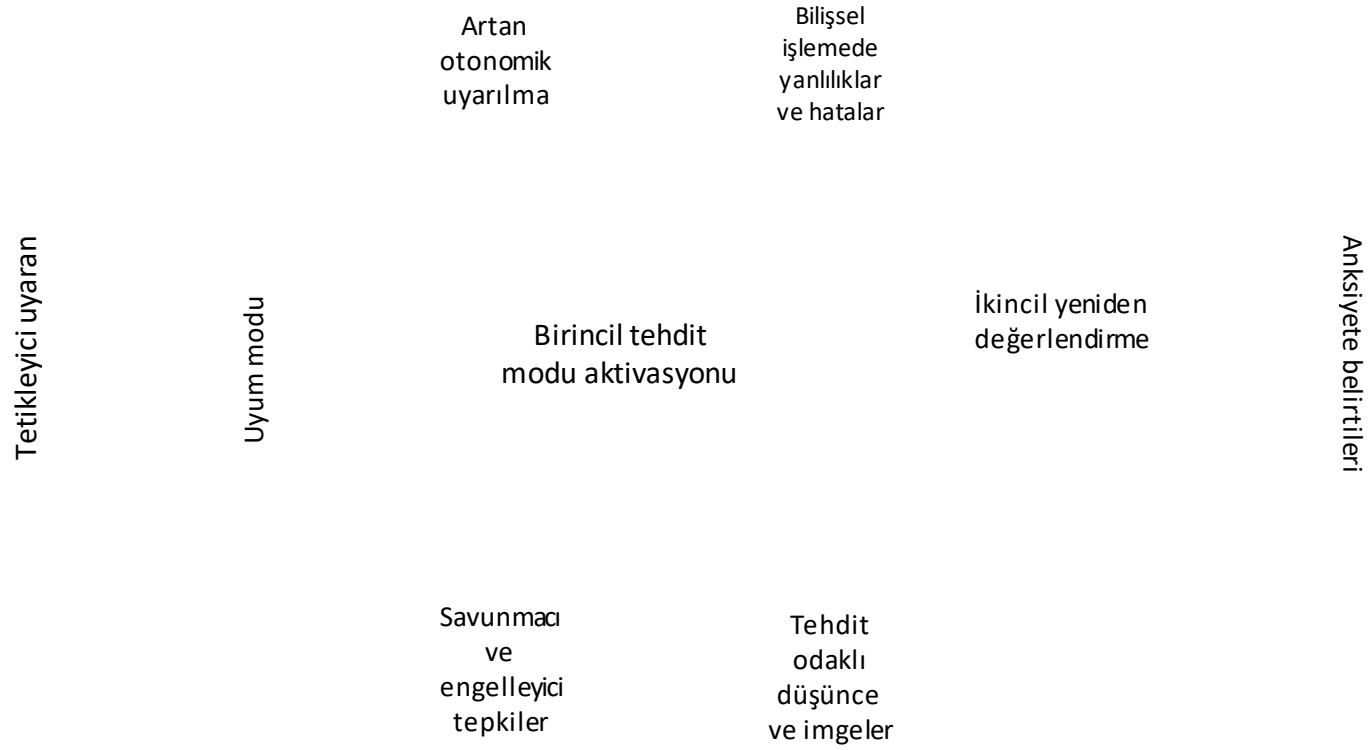
tablo çizmektedir. Panik atak ve hastalık kaygısı yaşayan kişilerin sıklıkla bu şemaya sahip oldukları belirtilmektedir (Young ve Klosko, 2011).

1.1.4. Sağlık Kaygısı ve Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

APA (2013)'ya göre kaygı, gelecekteki tehdit beklentisine verilen bir tepkidir. Organizmayı olası tehdit ve tehlikelerden korumak gibi bir işlevi vardır. Ancak bu koruyucu işlev kaygının şiddetinin arttığı durumlarda azalmakta ya da ortadan kalkmaktadır. Bilişsel yaklaşıma göre kaygının bilişsel modeli Şekil 1'deki gibidir (Clark ve Beck, 2010).

Yoğun sağlık kaygısı (hipokondriazis) DSM-IV'te kişinin bedensel semptomları yanlış yorumlamasına bağlı olarak ciddi bir hastalığı olduğunu düşünmesi ya da gelecekte hasta olmaktan duyduğu korkuyla zihninin yoğun bir biçimde meşgul olmasıyla karakterizedir. Sağlık kaygıları, kaygı bozuklukları kategorisinde ele alınmıştır. Ancak DSM-5 ile birlikte bedensel belirti bozuklukları içerisinde "Hastalık Kaygısı Bozukluğu" olarak ele alınmaya başlanmıştır (APA, 2013) ve konu tartışmaya açık hale gelmiştir (Gropalis ve ark., 2012). Kişinin kaygısına eşlik eden aşırı davranışların olduğu (sık sık vücudunu tarama, sık sık hastaneye başvurma veya tamamen kaçınma) görülmektedir. Aynı zamanda hastalık olasılığının ve ciddiyetinin aşırı biçimde abartılması ve hastalıkla ilgili uyaranlara seçici dikkatin artmasıyla sıklıkla karşılaşılmaktadır (Owens ve ark., 2004).

Sağlık kaygısı dört temel unsur ile incelenmeye çalışılmıştır. Bu dört unsur sağlık kaygısının yatkınlaştırıcı, tetikleyici, sürdürücü ve koruyucu faktörleridir. Nöroanatomik yapı ve nörotransmitter sistemler sağlık kaygısının biyolojik olarak yatkınlaştırıcı boyutunu anlamak üzere araştırılmaktadır. Yeterli kontrollü çalışmanın olmaması bulguların değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır (Taylor ve Asmundson, 2004). Algısal duyarlılık da yine araştırmacıların dikkatini çeken bir faktör olmuştur. Sağlık kaygısına sahip bireylerin bedenlerindeki değişimlere ve ağrıya daha hassas olmasının algısal duyarlılıklarındaki farklılıklarla ilgili olup olmadığı araştırılmıştır ancak araştırma bulguları çelişkilidir (Taylor ve Asmundson, 2004).

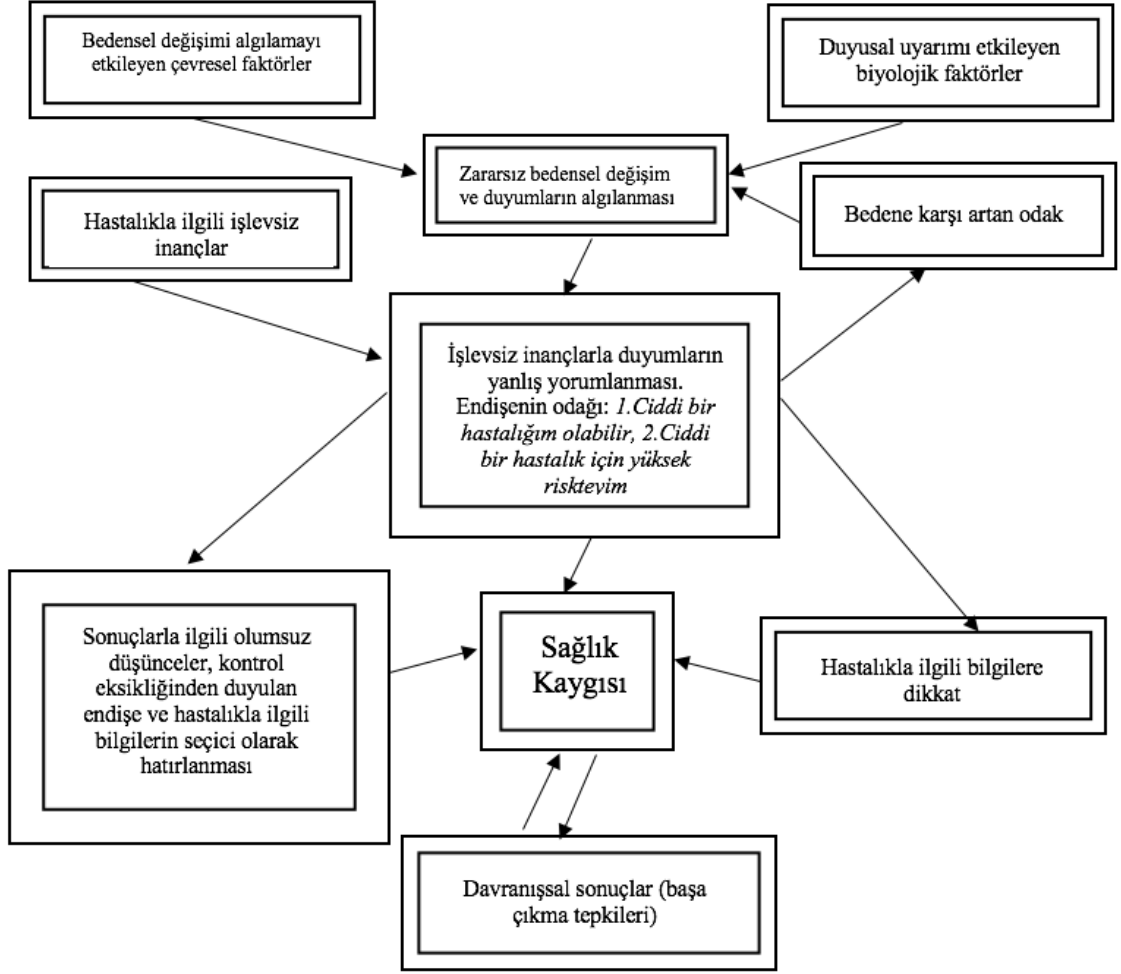


Şekil 1. Kaygının bilişsel modeli

(Clark ve Beck, 2010)

Bir diğerkatınlaştırıcı faktör dikkattir. Sağlık kaygısı olan bireylerin bedenlerine olan yoğun dikkati bedenlerindeki değışimleri daha fazla fark etmelerine yol açmaktadır (Kellner ve ark., 1987). Bu dikkatin beden duyularına dair inançların bir sonucu olabileceği düşünölmüştür. Şöyle ki, eğer kişiler duyuların bir hastalık işareti olduğuna dair bir inanca sahipse bu duyulara daha fazla odaklanmaktır (Taylor ve Asmundson, 2004). Aynı zamanda bellek yanlılığı ve sağlık kaygısı arasında bir ilişki olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Sonuçlar sağlık kaygısı yüksek kişilerin hastalıkla ilgili sözcükleri hatırlamakta daha iyi olduğunu göstermiştir (Brown ve ark., 1999). Şekil 2’de sağlık kaygısını tetikleyen ve sürdüren biyolojik ve bilişsel faktörler özetlenmiştir.

Bilişsel yaklaşıma göre yoğun sağlık kaygıları en temelde bedensel duyuların ve değışimlerin yanlış yorumlanmasıyla ilişkilidir. Bu yanlış yorumlamalar da kişinin sağlık ve hastalıklara ilişkin inançlarından kaynaklanmaktadır (Salkovskis ve Warwick, 2001). Sağlık kaygısının bilişsel boyutundaki ana inançlardan biri otonom sinir sisteminin uyarılmasıyla ortaya çıkan bedensel belirtilerin veya bedendeki hafif rahatsızlıkların ve zararsız duyuların daha önemli bir hastalık belirtisi şeklinde yorumlanmasıdır. İşlevsel olmayan inançlardan bir diğeri ise kişinin kendini bedensel olarak zayıf, savunmasız ve hastalığa yatkın olarak görmesidir (Rief ve ark., 1998). Bu işlevsiz inançlar kişilerin sağlıklarıyla ilgili endişelerini ve meşguliyetlerini oldukça arttırmaktadır. James ve Wells (2002), bu işlevsiz düşünceler ve sağlık kaygısı şiddetinde güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir. Nitekim, işlevsel olmayan düşüncelerdeki azalma sağlık kaygılarındaki düşüşle kendini göstermektedir (Clark ve ark., 1998). Bailey ve Wells (2016), bilişsel-davranışçı yaklaşımdan farklı olarak sağlık kaygısının temelinde üstbilişsel inançların olduğunu belirtmiştir. Bunlar düşüncelerin kontrol edilemeyeceği inancı, düşüncelerin hastalıklara yol açacağı inancı ve bazı yanlı düşüncelerdir. Yanlı düşüncelere örneklerden biri hastalıklar hakkında endişelenmenin hastalıkla baş etmeyi kolaylaştıracağıdır. Sağlıkla ilgili işlevsiz inançlar sıklıkla klinik çalışmalarda araştırılmıştır (Rief ve ark., 1998; Salkovskis, 1989). Sonuçlara göre en yaygın işlevsel olmayan inançlardan bazıları şöyledir: *“Bedensel şikayetler her zaman bir hastalığın işaretidir.”*, *“Ciddi hastalıklardan asla iyileşilmez.”*, *“Efor sarfetmekten kaçınmalıyım, çünkü fiziksel olarak güçsüzüm.”*, *“Doktorlara güvenilmez, hep hata yaparlar.”*, *“Sağlığımı dikkatle takip etmeliyim, aksi takdirde kötü bir sonuçla karşılaşırım.”*



Şekil 2. Sağlık kaygısını tetikleyen ve sürdüren biyolojik ve bilişsel faktörler

(Taylor ve Asmundson, 2004)

Tüm bu işlevsel olmayan inançlar uyumsuz başa çıkma davranışlarının harekete geçmesine sebep olmaktadır (Rassin ve ark., 2008). İşlevsel olmayan inançlar kişilerin sağlıkla ilgili genel inançlarından ve bu inançları oluşturan kişisel deneyimlerinden meydana gelmektedir. Dolayısıyla, bu işlevsel olmayan inançların tespit edilmesi ve anlaşılabilmesi için kişilerin kendi yaşantılarındaki ve yakın çevrelerindeki hastalık deneyimleri oldukça önemlidir (Warwick, 1989).

İşlevsel olmayan inançları besleyen önemli bir kaynak da davranış boyutudur. Burada en sık olarak güvence arama ve tekrarlı kontrol davranışlarının olduğu görülmektedir (Asmundson ve ark., 2010). Bu davranışlara kaygı anında sıkıntıyı azaltmak amacıyla başvurulur. Ancak kısa süreli bir rahatlama sağlasa da daha uzun vadede kaygıların kötüleşerek sürmesine sebep olmaktadır (Warwick ve Salkovskis, 1990; Rachman, 2012). Güvence arama, kişinin sağlığıyla meşguliyetini sürdürmekte, kendisini çocuksu bir rolde tutarak zayıf ve kırılgan olduğuna inandırmaktadır (Taylor ve Asmundson, 2004). Uzun vadede olumsuz bir etkisi olmasına rağmen bu kişilerin niçin ısrarla güvence arama davranışını sürdürdüğüne bakıldığında ise davranışın olumsuz pekiştirildiği görülmüştür. Yükselen kaygıyı anlık rahatlatacak bir bilgiye ihtiyaç duyulur, anlık rahatlamamanın ardından hastalıklarla ilgili şüphelerden tam emin oluncaya dek endişeler yeniden artar (Taylor ve Asmundson, 2004).

Kaygıyı azaltmak ya da sağlığı korumak için sıklıkla başvuru yapılan güvenlik davranışlarına bakıldığında iyi olduklarına dair medikal testlerle somut veriler aramak, bedenlerindeki değişimleri kontrol etmek, korkulan duruma dair internet üzerinden detaylı araştırmalar yapmak, bitkisel takviyeler almak olduğu görülmektedir (Abramowitz ve Braddock, 2006). Ayrıca sağlık kaygısının sürmesinde kişilerin elde ettikleri ikincil kazançların da önemli bir davranışsal pekiştirici sağladığı düşünülmektedir. Elde edilen kazançlar (bakım, ilgi, dikkat) hastalık belirtileri ile eşleşmektedir. Hasta rolü bu kişilere sevdiklerinden daha fazla bakım almaları ya da sorumluluklarından kurtulmaları gibi avantajlar sağlayabilmektedir (Craig ve ark., 1994).

Güvence arama ve kontrol davranışlarının yanı sıra sağlık kaygılarının sürmesine yol açan bir diğer davranış boyutu kaçınmadır. Aktif ya da pasif bir biçimde kişilerin

hastalıkla ilgili uyarandan kaçınması söz konusudur. Aktif kaçınma hastalık riskini sınırlamak ya da ortadan kaldırmak için bilinçli olarak bazı davranışların yapılmasıdır. Örneğin, meme kanserine yakalanmamak için mastektomi (memelerin ameliyatla alınması) yaptırılması (Taylor ve Asmundson, 2004). Pasif kaçınmada ise kişinin normal aktivitelere katılmayı ihmal etmesi söz konusudur. Yıllık sağlık kontrollerini aksatmak, fiziksel egzersizden uzak durmak buna örnek gösterilebilir.

Zorlu yaşam olaylarının bireylerin psikolojik iyi oluşuna olumsuz etkisi bilinmektedir. Sağlık kaygısının meydana gelmesinde de çeşitli zorlu yaşam olaylarının etkisi olabileceği belirtilmektedir. Bunlar çocukluk çağında yaşanan hastalıklar, bakımverenden bu sebeple ayrı kalmak, sevilen birini hastalık ya da kaza gibi sebeplerle kaybetmek, fiziksel ya da cinsel istismar gibi yaşantılardır (Taylor ve Asmundson, 2004). Aynı zamanda erken dönem öğrenme süreçlerinin de bireyleri sağlık kaygısına daha eğilimli hale getirebileceği bilinmektedir. Sağlıkla ilgili inançlar ve baş etme davranışları bu öğrenme süreçlerinden etkilenebilmektedir. Ebeveyni model alma, ebeveynin aşırı korumacı yaklaşımı ya da ebeveynin hastalıkla ilgili davranışları pekiştirmesi öğrenme süreçlerinde araştırılan çeşitli durumlardır. Pek çok araştırma yetişkinlikte yaşanan şiddetli sağlık kaygısının çocuklukta öğrenme süreçleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir (örn., Watt ve Stewart, 2000; Whitehead ve ark., 1994). Tüm bu öğrenme süreçlerinde çok farklı inançlar gelişebilmektedir. Ebeveynin hastalıkla ilişkisini model almada hastalığın göz ardı edilmemesi ve önemsenmesi gerektiği öğrenilebilir. Bu durum sonuçta çocuğun daha fazla bedensel meşguliyetine yol açabilir. Ebeveynlerin aşırı korumacı yaklaşımları ise çocuğun kendini kırılgan, dayanıksız olarak algılamasına yol açarken aynı zamanda hastalıkların çok ciddi sonuçlar meydana getireceğine dair inançları oluşturabilir. Hastalık davranışının pekiştirildiği durumlarda ise “hasta olmak” istenen durumları elde etmede kullanılabilir. Zayıf performans, okula gitmeme, sorumluluklardan kaçma gibi durumları daha kabul edilebilir hale getirebilmektedir (Taylor ve Asmundson, 2004).

Sağlık kaygısına bilişsel-davranışçı yaklaşım penceresinden bakmak bu bozukluğa yönelik etiyolojik ve sürdürücü faktörler de dahil olmak üzere oldukça kapsamlı bir açıklama sağlamaktadır (Salkovskis, Warwick ve Deale, 2003). Buna göre, şiddetli sağlık

kaygısı yaşayan kişilerin bedensel semptomları, tıbbi bilgileri ve sağlıkla ilgili diğer bilgileri şu anda ciddi bir fiziksel hastalığa sahip olduklarının veya olma riski altında olduklarının kanıtı olarak yanlış yorumlama konusunda bir eğilimleri vardır. Bu eğilim, kişi belirsiz bir durum yaşadığında ortaya çıkmakta ve kişi tarafından sağlığıyla ilgili felaket yorumları şeklinde deneyimlenmektedir. Bu felaketleştirici yorumlar kişiyi bir kısır döngü içine sokarak sağlık kaygılarının sürmesine yol açmaktadır. Kişiden kişiye değişse de dört temel sürecin etkili olduğu varsayılmaktadır: bilgi işleme hataları (örn. seçici dikkat), fizyolojik tepkiler (örn. artan beden duyuları), güvence arama davranışları (örn. kaçınma ve kontrol etme) ve duygulanım değişiklikleri (örn. kaygı ve depresyon) (Salkovskis, Warwick ve Deale, 2003).

Alanyazında sağlık kaygısının tedavisine yönelik çalışmalar incelendiğinde daha çok bilişsel davranışçı terapi yönteminin etkililiğinin ele alındığı çalışmalar olduğu görülmektedir (Warwick ve ark., 1996; Clark ve ark., 1998; Seivewright ve ark., 2008, Thomson ve Page, 2007; Hedman ve ark., 2011; Weck ve ark., 2015). Diğer terapi türlerine kıyasla daha iyi sonuçlar elde edildiğine işaret eden çalışmalar dikkat çekmektedir (Taylor, Asmundson ve Coons, 2005; Barsky ve Ahern, 2004; Greeven ve ark., 2007; Olatunji ve ark., 2014; Tyrer ve ark., 2014; Hedman ve ark., 2016). Sağlık kaygısı tedavisinde bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımı ile yürütülen çalışmalar incelendiğinde terapi yapısının, hastaya yaşadığı probleme yeni bir anlayış geliştirmesi için alternatif bir bakış kazandırılmaya çalışılması üzerine temellendiği görülmektedir. Bu amaçla dikkat yanlılıkları, güvence arama davranışları ve fizyolojik uyarılmalara dikkat çekilerek sağlıkla ilgili yanlış yorumlamalara odaklanılmaktadır (Salkovskis, Warwick ve Deale, 2003; Hedman ve ark., 2011; Kara, 2014). Son yıllarda internet kullanımının artmasıyla birlikte kişilerin hastalıklara ilişkin araştırmalar yaptığı ve bu durumun da sağlık kaygılarını arttırdığı görülmektedir (Muse ve ark., 2012; Powell, 2003). Nitekim internet üzerinden hastalıklarla ilgili araştırma yapma “siberkondri” olarak tanımlanmaya başlamıştır (Starcevic ve Berle, 2013). İnternette hastalıklarla ilgili araştırma yapma davranışının kişinin felaketleştirici yorumlarını arttırabileceği düşünülmüştür. İnternet aracılığıyla bilgiye erişimin çok hızlı ve geniş bir yelpazede olması bu tür bir yatkınlığı olan bireylerde zorlayıcı olabilmektedir.

Seans içeriklerine bakıldığında öncelikle BDT ve sağlık kaygısına ilişkin bir bilgilendirmeye (psikoeğitim) başlandığı, ardından bilişsel yeniden yapılandırma ve maruz bırakma-tepki önleme teknikleriyle devam edildiği görülmektedir. Süreç devam ederken kaygı davranışlarına yönelik davranış günlükleri tutma, tetikleyicileri takip etme, düşünce hatalarını fark etme, otomatik düşünceleri sorgulama ve karşı çıkma, bilişsel yeniden yapılandırma, endişe zamanı ayırma, terapi dışında da maruz bırakma-tepki önleme çalışmaları ödev olarak kullanılmaktadır. Maruz bırakma tekniği kullanılırken interoseptif maruz bırakma, sağlık kaygısını tetikleyecek uyaranlara maruz bırakma ve ardından hastalık düşüncelerine maruz bırakma uygulanmakta, tedavi özeti ve nüks önlemeye odaklanılarak sonlandırmaya geçilmektedir (Salkovskis, Warwick ve Deale, 2003; Hedman ve ark., 2011; Kara, 2014; Asmundson ve ark., 2010).

Psikoeğitimde kaygıya ve doğasına ilişkin bilgilendirmelerle kişilerin daha işlevsel düşünce biçimleri desteklenmektedir. Bedendeki zararsız değişimlere ve sağlıklı bedeninde de “gürültülü” olabileceğine odaklanılmaktadır. İçeriğin basit, kısa ve anlaşılır olması oldukça önemlidir. Aynı zamanda, kişilerin yaşadıkları belirtilerin gerçek olduğu, bu belirtilerin sadece onların zihinlerinde gerçekleşmediğinin anlaşılması da uzmana duyulan güveni etkilemektedir (Peters ve ark., 1998). Özellikle işlevsel olmayan inançların ve otomatik düşüncelerin fark edilmesi ve bu düşüncelerin yeniden yapılandırılmasıyla hastalıklara ilişkin inançların zayıflaması hedeflenmektedir (Warwick, 1995). Ek olarak davranışsal egzersizlerle (maruz bırakma, tepki önleme vb.) yine hastalık inançlarının değiştirilmesi amaçlanır. Bilişsel yeniden yapılandırma sürecinde öncelikle düşünce hatalarının tanıtılması, geçmişe dönük düşüncelerin sorgulanması, düşünce hatalarının bulunması ve işlevsel olmayan inançların daha uyumlu alternatif düşüncelerle değiştirilmesine odaklanılmaktadır. Bilişsel müdahalelerden biri de uzaklaşma stratejileridir. Bu stratejiler inançların daha nesnel değerlendirilmesine, gerçekler olarak değil de varsayımlar olarak ele alınmasına imkan vermektedir (Beck, Emery ve Greenberg, 1985). Bu stratejilerden biri bakış açısını değiştirmektir. Başka bir ifadeyle, kaygı yaratan duruma karşı başka birinin bakış açısıyla durumu değerlendirmeye çalışmaktır. Bir diğer müdahale imgesel maruz bırakmadır. İmgesel maruz bırakma ile kişinin zihnindeki felaketleştirilen imgelere kaygı tepkisi vermesi sağlanarak bu imgelerin anlamlarına ilişkin inançların ortaya çıkarılması sağlanmaktadır

(Taylor ve Asmundson, 2004). İmgesel maruz bırakma çeşitli şekillerde seanslarda uygulanmaktadır. Hastalıkla ilgili korkuların detaylı bir biçimde yazılması ya da sesli olarak kaydedilmesi ve kaygı azalana dek tekrarlı bir biçimde kişinin bu kayıtlara maruz bırakılması sağlanabilmektedir. Bu uygulamalarda maruz bırakma hiyerarşik bir sıralama ile gerçekleştirilmekte, kişinin kaygısı azaldıkça daha çok kaygı uyandıran bir sonraki uyarana geçilmektedir. Dikkat odağının değiştirilmesi de uygulanan müdahale tekniklerinden biridir. Burada amaç seçici dikkatin kişilerin hastalık belirtisi olarak yanlış yorumladıkları bedensel duyular ve değişimler üzerindeki etkisinin gösterilmesidir. Bedendeki “gürültülerin” sağlıklı bedenlerde de gerçekleştiğine dikkat çekilmektedir (Taylor ve Asmundson, 2004).

Hedman ve arkadaşları (2011) tarafından BDT tekniklerine ek olarak bilinçli farkındalık (mindfulness) egzersizleri de tedaviye dahil edilerek kişilerin bedensel duyularındaki değişimlere odaklanması sağlanarak bir çeşit maruz bırakma uygulanmıştır. Bu egzersizleri kişilerin güvence aramadan bedensel duyularına odaklanmalarına yardımcı olacak beceriler kazandırmayı amaçlayarak terapiye dahil etmişlerdir. Bedensel duyuları kontrol etmeden gözlemlemeyi öğretmeyi hedeflemişlerdir. Treanor (2011) da bilinçli farkındalık egzersizlerinin koşullu kaygı tetikleyicilerini arttırarak maruz kalma sırasında davranışın sönmesini kolaylaştıracağına işaret etmektedir. Tıpkı bilinçli farkındalık egzersizleri gibi sağlık kaygısının yatışmasına ve daha iyi yönetilmesine yardımcı olduğu düşünülen stres yönetimi stratejileri de BDT seanslarında ele alınmaktadır. Taylor ve Asmundson (2004) tarafından Clark ve arkadaşlarının (1998) davranışsal stres yönetme programını temel alan ancak sağlık kaygısı özelinde bilişsel yeniden yapılandırmayı da destekleyecek biçimde bir protokol oluşturulmuştur. İçeriğinde korkulan bedensel duyuların aslında stres tepkisi olduğuna ilişkin çalışmalar, problem çözmeyi ve zaman yönetimini destekleyen uygulamalar, nefes ve gevşeme egzersizleri bulunmaktadır. Bilişsel davranışçı müdahaleden farklı olarak ilk amaç bedensel ve duygusal uyarımın azaltılmasıdır. İşlevsel olmayan inançlardaki değişim ikincildir (Taylor ve Asmundson, 2004).

1.2. SAĞLIK KAYGISI VE BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK

Alanyazında sağlık kaygısı ile ilişkili olduğu düşünülen kavramlardan biri belirsizliğe tahammülsüzlüktür (Deacon ve Abramowitz, 2008). Abramowitz ve arkadaşları (2002), felaketleştirici hastalık yorumları ve sağlık kaygısı arasındaki ilişkide belirsizliğe tahammülsüzlüğün etkili olduğuna işaret etmektedir. Gerolimos ve Edelstein (2012a)'in çalışma bulguları hem genç hem de yaşlı yetişkinlerde belirsizliğe tahammülsüzlüğün bireyleri sağlık kaygısına daha yatkın hale getirebileceğini göstermektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlük, kişinin belirsizlik ve sonuçlarıyla ilgili olarak olumsuz inançlara sahip olması ve durumları daha rahatsız edici algılaması şeklinde tanımlanmaktadır (Koerner ve Dugas, 2008; Buhr ve Dugas, 2002; Rosen ve ark., 2007). Belirsizliğe tahammülsüzlük obsesif-kompulsif bozukluk başta olmak üzere diğer bozukluklarda da etkilidir (Konkan ve ark., 2012; Belge, 2019).

Belirsizliğe tahammülsüzlük sağlık kaygısı tedavisinde doğrudan ele alınmamakla birlikte bilişsel-davranışçı tedavilere eklenmesiyle fayda sağlayacağı düşünülmektedir (Abramowitz, Olatunji ve Deacon, 2007). Taylor ve Asmundson (2004)'a göre sağlık kaygısına yönelik işlevsel olmayan inançların sürmesindeki önemli faktörlerden biri kişilerin algıladığı belirsizliktir. Örneğin, bugün merdivenleri çıkarken hissedilen nefes darlığı zayıf fiziksel zindeliğe işaret olabilirken gelecekte kalp yetmezliğine işaret edebilir. Bu türlü belirsizlikler işlevsel olmayan inançların zayıflamasını engelleyebilir. Ladouceur ve arkadaşları (2000) belirsizliğe tahammülsüzlüğün tedavinin etkililiğine aracılık ettiğine işaret ederek bu görüşlerin desteklenebilir olduğunu göstermişlerdir. Bir başka çalışmada ise felaketleştirici hastalık yorumlarının yalnızca yüksek seviyede belirsizliğe tahammülsüzlük durumlarında sağlık kaygısıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Fergus ve Valentiner, 2011). Grayson (2010)'a göre tedavilerde daha kalıcı bir sonuç elde edebilmek için mutlaka belirsizliğe tahammülsüzlük ile çalışılmalı ve hastanın devam eden yaşamında belirsizliklerle ve bunun yarattığı rahatsızlıkla yaşamayı öğrenebilmesi sağlanmalıdır. Sağlık ya da hastalıklar dahil yaşamın pek çok bölümünde belirsizliklerle karşılaşmak kaçınılmazdır. Singh ve arkadaşları (2016) belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlıkla ilgili internet aramalarında önemli bir etken olduğunu belirtmişler ve kaygısı yüksek kişilerin internet aramalarıyla güvence ve kontrol hissini

sağlamaya çalıştıklarını bulmuşlardır. Ancak bu kısa süreli rahatlama ve güvence hissi yine uzun vadede sağlık kaygısının sürmesine yol açmıştır.

Belirsizliğin yoğun yaşandığı pandemi gibi olağanüstü durumlarda toplumun hem fiziksel hem de ruhsal sağlığı tehdit altındadır. Taha ve arkadaşlarının (2014) H1N1 pandemisinde belirsizliğe tahammülsüzlük, değerlendirme ve baş etmenin bireylerin yaşadığı kaygıya etkisinin incelendiği çalışmalarında bulgular yüksek belirsizliğe tahammülsüzlüğün daha düşük problem odaklı başa çıkmayla ilişkili olduğunu göstermiştir. Nitekim belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi yüksek bireyler pandemiye daha tehdit edici algılamış ve daha çok duygu odaklı başa çıkma stratejilerini kullanmışlardır. Ayrıca bu faktörlerin her ikisi de yüksek kaygı düzeyini yordamaktadır.

Tanılar üstü bir yapı olarak anılmaya başlayan ve pek çok kaygı bozukluğunun temelinde bulunan belirsizliğe tahammülsüzlüğün özellikle sağlıkla ilgili kaygılardaki önemi daha çok araştırılmaya başlanmıştır. Bilişsel terapi, abartılı tehdit yorumlarına odaklanarak hastaların kaygılarıyla ilişkili belirsizlik ve risklere dair toleransını arttırmaya odaklanmaktadır (Clark ve Beck, 2010). Bu da ikincil bir değerlendirmeyle sağlanabilmektedir. Eğer ikincil değerlendirmede sahip olunan baş etme ve kişisel kaynaklar yeterli değilse daha olumsuz bir sonuç beklentisi artmaktadır. Kaygının şiddeti, tehlikeyle baş etmede algılanan kapasiteye bağlı olarak değişmektedir. Bilişsel terapide amaç kişilerin tehlike ve tehditlerle baş edebileceğine dair özgüvenlerini arttırmaktır (Clark ve Beck, 2010). Kendinden şüphe duyma, yeni ve belirsiz durumlar bilişsel olarak “özgüven” inançları yerine “kırılganlık” inançlarını güçlendirmektedir (Beck ve ark., 1985). Buradan hareketle belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlık kaygısı tedavisinde önemli odak noktalarından biri olması halinde işlevsel olmayan inançlar zayıflamaya ve bilişsel yeniden yapılandırma süreci güçlenmeye başlayabilir.

1.3. SAĞLIK KAYGISI VE DUYGU DÜZENLEME

Duygu düzenleme güçlükleri pek çok psikopatolojide karşımıza çıkmaktadır. Son yıllarda bu alanda yapılan çalışmalar giderek hız kazanmıştır. Nitekim, duygu düzenleme güçlükleri tanılar üstü bir kavram olarak değerlendirilmeye başlanmıştır (Ellard ve ark., 2010; Aldao ve Nolen-Hoaksema, 2010). Alanyazına bakıldığında çeşitli duygu

düzenleme yaklaşımları olduğu görülmektedir, ancak Gross'un süreç modeli en kapsamlı ve en bilinenidir. Gross (1998)' a göre duygu düzenleme, duygumuzun ne olduğunu, bu duyguyu ne zaman yaşadığımızı ve nasıl deneyimleyip ifade ettiğimizi belirlediğimiz süreçlerdir. Duygu düzenleme stratejileri uyumlu ve uyumsuz stratejiler olarak ele alınmaktadır. Uyumsuz duygu düzenleme stratejileri kaygı bozuklukları ve duygulanım bozuklukları başta olmak üzere psikopatolojilerin pek çoğunda etkilidir (Gross, 2002; Seligowski ve ark., 2015). Papis (2015)' in araştırma bulguları da yoğun sağlık kaygısı yaşayan kişilerin duygusal ihtiyaçlarının karşılanmadığı yönündedir. Terapötik süreçte bu duygusal yetersizliğe odaklanılmasının altı önemle çizilmiştir. Duygusal ihtiyaçların karşılanmaması duyguyu düzenlemede güçlükler yol açabilmekte ve özellikle erken dönemde duygusal ihtiyaçların karşılanmaması güvensiz bağlanma örüntüleriyle sonuçlanmaktadır. Başka bir çalışmada güvensiz bağlanma örüntüleri ve sağlık kaygısı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüklerinin aracılık ettiği görülmüştür (Lewczuc ve ark., 2021).

Uyumlu duygu düzenleme stratejilerinden en sık görülenler yeniden değerlendirme, kabullenme ve problem çözmedir. Kaçınma, ruminasyon, bastırma gibi stratejiler ise uyumsuz duygu düzenleme stratejileri olarak değerlendirilmektedir (Aldao ve ark., 2010). Uyumsuz duygu düzenleme stratejileri, özellikle bilişsel kaçınmanın kullanılması duygusal işlemeyi engellemektedir (Foa ve Kozak, 1986). Bu durum ise sürekli olarak artan fizyolojik uyarılmaya yol açmakta, sürekli fizyolojik uyarılma bireyin somatik belirtileri zihinsel olaylara doğru biçimde atfedememesine ve bu duyguları gerçek bir hastalığın varlığı olarak yanlış yorumlamasına sebep olabilmektedir (Fergus ve Valentiner, 2010).

Görgen ve arkadaşlarına (2014) göre, yüksek stres ve duygusal uyarılma durumlarında sağlık kaygısının artması olumsuz durumlarla baş etmede bilişsel başa çıkma ya da duygu düzenlemede eksikliklerden kaynaklanmaktadır. Buradan hareketle sağlık kaygısının, işlevsiz başa çıkma ve duygu düzenleme stratejileri ile ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir. Buna ek olarak, bilişsel başa çıkmadaki zorlukların üstesinden gelmek için telafi edici bir strateji olarak güvence arama gibi davranışsal baş etme yollarının kullanılabilirdiği düşünülmüştür. Kaygı bozukluklarında duygu düzenlemeye ilişkin yapılan bir derlemede,

davranışsal bastırmanın olumsuz duygulanımı mutlaka azaltmadığına, hatta uyarılmayı artırma eğiliminde olduğuna; yeniden değerlendirmenin ise olumsuz duygulanımı azaltmada etkili olduğuna işaret edilmektedir (Cisler ve arkadaşları, 2010). Bu bulgu sağlık kaygısı yaşayan kişilerin sıkıntılarını azaltmak için başvurdukları stratejilerin tam tersi yaşadıkları sıkıntının daha da artmasını açıklamaktadır.

Sağlık kaygısı ile duygu düzenleme güçlüklerinin ilişkisine doğrudan odaklanan bir araştırmada uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinden biri olan ruminasyon ve sağlık kaygısı arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğu gösterilmiştir (Marcus ve ark., 2008). Bir başka araştırma bulgusu ise uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinden bilişsel kaçınma ve uyumlu duygu düzenleme stratejilerinden yeniden değerlendirmenin sağlık kaygısının temelindeki hastalık inancının yordayıcıları olduğunu göstermiştir (Fergus ve Valentiner, 2010). Yeniden değerlendirme iyi oluşu arttırmakta ve olumsuz duygulanımı azaltmaktadır (Mauss ve ark., 2007). Bu araştırmalara ek olarak, güvenlik davranışlarının sağlık kaygısını arttırdığı yapılan deneysel bir çalışmada da gösterilmiştir (Olatunji ve ark., 2011).

Özetle, duygu düzenlemede yaşanan güçlüklerin psikopatolojiler açısından önemi özellikle kısıtlı çalışmanın olduğu sağlık kaygıları bağlamında da daha detaylı araştırılmaya ihtiyacı ortaya koymaktadır.

1.4. SAĞLIK KAYGISI VE KONTROL ODAĞI

Rotter (1966) tarafından ortaya konan kontrol odağı iki bileşen ile tanımlanmaktadır. Bunlardan biri olan iç kontrol odağı davranışlarının kontrolünün kişilerin kendisinde olduğu inancını temel alır. Dış kontrol odağında ise davranışların şansa veya diğer güçlü kişilere bağlı olduğu inancı ağır basmaktadır. Dış kontrol odağının yüksek olması yaşanan durumlar üzerinde hiçbir etki ve kontrolün olmadığını düşünmeye, iç kontrol odağının yüksek olması ise olayların sonuçları üzerinde etki ve kontrole sahip olarak değişim yaratma gücüne sahip olduğunu düşünmeye yol açmaktadır (Rotter, 1990).

Spesifik olarak sağlığa ilişkin hissedilen kontrolü tanımlamak üzere ise “sağlık kontrol odağı (SKO)” kavramı tanımlanmıştır. Sağlık kontrol odağı üç farklı alt boyutla ele

alınmıştır. Alt boyutlardan biri olan iç SKO, kişinin sağlığının bireysel tercihleriyle belirlenmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Şans SKO sağlığın şans veya kaderle belirlenmesi ve diğer alt boyut güçlü diğerleri SKO ise sağlığın sağlık uzmanları tarafından belirlenmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Wallston ve ark., 1978). Yapılan araştırmalar dış kontrol odaklarının (şans ve güçlü diğerleri) sağlık kaygısıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (Paschali ve ark., 2012; Chorpita ve Barlow, 1998; Archer, 1980; Skidmore ve ark., 2014). İç kontrol odağı, depresyon başta olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluk için koruyucu bir faktördür. Ayrıca, iç kontrol odağı depresyona karşı koruyucu faktörler olan baş etme stratejileri, uyumlu duygu düzenleme stratejileri ve stres toleransı ile pozitif bir ilişki içindedir (Karstoft ve ark., 2015).

Murray ve Corny (1989), yaptıkları çalışmada güçlü diğerleri SKO'nun sağlık uzmanlarına başvuru sayısı ile olumlu, sağlığı koruma davranışlarıyla olumsuz bir ilişkisi olduğunu göstermiştir. Başka bir ifadeyle, bu kişiler sağlıkları üzerinde bir etkilerinin olmadığını düşündüklerinden sağlıkları için yapabilecekleri pek çok şeyden vazgeçmekte, sağlık uzmanlarına sık sık başvurmaktadır. Çünkü onlara göre sağlıklarının gidişatı büyük oranda sağlık uzmanlarına bağlıdır. Bilişsel davranışçı teoriler, bu tür kontrol odağı inançlarının sağlığı destekleyen davranışları etkilediğini öne sürmektedir (Sarafino, 2006). Nitekim, iç kontrol odağı daha yüksek olduğunda ise hem beden hem zihin sağlığını destekleyen bir yaşam biçiminin sürdürüldüğü ve sağlığa zararlı risklerden kaçınıldığı bilinmektedir (Rideout ve ark., 2017). Ayrıca, şans kontrol odağının daha yüksek olduğu hastalarda ağrı ve acıyla baş etmede uyumsuz baş etme yöntemlerinin kullanıldığı ve daha fazla psikolojik sıkıntı yaşandığı görülmektedir (Crisson ve Keefe, 1988). Dolayısıyla, iç kontrolün azalması ve şans kontrol odağının yükselmesiyle beraber yaşanan sıkıntı artmakta ve kontrol odağının şans ve güçlü diğerlerinde olması sağlık kaygılarını yükseltmektedir (Frazier ve Waid, 1999). Aynı zamanda dış kontrol odağı ile psikolojik dayanıklılık arasında negatif bir ilişki görülmektedir (Kararımak ve Siviş-Çetinkaya, 2011). Özetle iç kontrol odağı, daha düşük kaygı ve daha yüksek iyi oluşa işaret etmektedir (Kulpa ve ark., 2014; Feeney, 1995; Richardson ve ark., 2012). Dış kontrol odağı ise daha çok psikopatolojiler ile ilişkilendirilmiştir (Dağ, 1992; Twenge ve diğerleri, 2004).

Bandura (1977)'nin sosyal öğrenme kuramına göre davranışın sonucunda elde edilenler (olumlu ya da olumsuz pekiştireçler) davranışı şekillendirmektedir. Buradan hareketle bireylerin sağlıklarıyla ilgili hem davranışsal hem de bilişsel süreçleri sağlığa verdikleri değer, olası olumlu ya da olumsuz deneyimler gibi pek çok faktörden etkilenebilmektedir. Ross ve Sastry (1999)'nin sosyal öğrenme teorisini biraz daha genişleterek oluşturdukları teorilerine göre sadece kazanılan olumlu ya da olumsuz bir sonuçla ilgili değil, bazı demografik faktörlerin de etkisiyle kişilerin kontrol algılarının oluştuğu öne sürülmüştür. Bu teoriye göre bireylerden yaş ve cinsiyetlerine göre beklenenler farklı kontrol inançlarını şekillendirmiştir. Cinsiyet rolleri teorileri, erkeklerin kendi kendine yeten ve başarı odaklı olarak büyütüldüğünü vurgularken gelişimsel teoriler de özerkliğin genç yaşlardaki psikososyal etkisini vurgulamaktadır (Bussey ve Bandura, 1999; Guisinger ve Blatt, 1994). Bu bilgiler ışığında düşünüldüğünde kadın ya da erkek olmak, genç ya da yaşlı olmakla birlikte gelen özerklik, kontrol, kendine güven gibi inançlar kontrol odağı inançlarını da etkileyebilmektedir. Öte yandan bireycilik ve güç mesafesinin de bireylerin kontrol inançlarını daha makro düzeyde etkilediği düşünülmektedir (Hofstede, 2001). Nitekim sağlıkla ilgili kontrol inançlarının da yine bu faktörlerden etkilenebildiği, daha bireyci toplumların kendi sağlıkları üzerinde daha fazla kontrol hissettiği ve dolayısıyla sağlıklarını korumak için daha etkin bir rol üstlendikleri görülmektedir (Wrightson ve Wardle, 1997). Kontrolün güçlü diğerlerinde olması sıklıkla olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilirken, güç mesafesinin fazla olduğu ülkelerde güçlü diğerleri kontrol odağı ve sağlık davranışları arasında güçlü ve pozitif bir ilişki olduğuna işaret eden çalışmalar dikkat çekmektedir (Gao ve ark., 2009).

Sağlık kontrol odağı, sağlık davranışları ve sağlık değerlendirmeleri arasındaki ilişkiyi etkileyen değişkenlerin araştırıldığı bir meta-analiz çalışmasında yaş, cinsiyet, bireycilik ve güç mesafesinin etkisi araştırılmıştır (Cheng, Cheung ve Lo, 2016). Sonuçlar egzersiz ve güçlü diğerleri SKO arasındaki ilişkide yaş, cinsiyet, bireycilik ve güç mesafesinin düzenleyici bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır. Öte yandan beslenme ve sağlık kontrol odağı boyutları arasındaki ilişkide ise cinsiyet ve bireyciliğin düzenleyici bir etkisinin olduğu bulunmuştur (Cheng ve ark., 2016). Sağlık değerlendirmelerinde ise güçlü diğerleri SKO ile zihin yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken diğer tüm değişkenler ve SKO boyutları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Sonuçlar

bireyciliğin ve güç mesafesinin SKO boyutları ve zihinsel-fiziksel yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi düzenlediğini göstermiştir. Çalışma bulguları sağlık kontrol odağını meydana getiren inançların bazı bireysel ve toplumsal özelliklerden etkilendiğini düşündürmüştür.

1.5. SAĞLIK KAYGISI, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE İYİ OLUŞ

Psikolojik dayanıklılık son yıllarda önleyici ruh sağlığı kapsamında oldukça önem verilen ve çeşitli araştırmaların odağında olan kavramlardan biridir. Çeşitli biçimlerde tanımlanan dayanıklılık kavramı en temelde önemli fiziksel veya psikolojik zorluklar karşısında dayanabilme gücü ve işlevselliğin sürdürülmesidir (Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000; Masten, 2001). Dayanıklılık hem çevresel hem de kişiye özgü faktörlerden etkileşimsel olarak etkilenmektedir (Norman, 2000). Psikopatolojiler açısından bakıldığında dayanıklılığın pek çok bozukluk için koruyucu bir faktör olduğu vurgulanmaktadır (Werner, 2000).

Bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre sağlık kaygısının temelindeki işlevsel olmayan inançlardan biri kişinin kendini dayanıksız ve zayıf olarak görmesidir. Sağlık kaygısı yüksek olan bireylerin dayanıklılıklarına ilişkin çarpıtılmış inançları ve işlevsel olmayan düşüncelerinin yoğun olduğu görülmektedir (Rassin ve ark., 2008). Buradan hareketle psikolojik dayanıklılık ve sağlık kaygısı arasındaki ilişki önem kazanmaktadır. Dayanıklılık, psikolojik iyi oluşu yordayan önemli belirleyicilerden biridir (Haddadi ve Besharat, 2010; Besharat, 2008; Southwick ve ark., 2005). Nitekim düşük psikolojik dayanıklılık psikolojik bozukluklarla ilişkili bulunmuştur (Campbell-Sills ve ark., 2006). Bazı çalışmalar dayanıklılığın psikolojik belirtileri azalttığına işaret etmektedir (Tecson ve ark., 2019).

Dayanıklılık ile sık sık birlikte anılan kavramlardan biri psikolojik iyi oluştur (Southwick ve ark., 2005). Psikolojik iyi oluşu yapısı itibarıyla tanımlaması oldukça güçtür. Ancak en temelde içinde tatminkar bir yaşamı, olumlu duyguları ve öz değeri barındırmaktadır (Ryff, 1989; Costanza ve ark., 2014). Aynı zamanda, olumlu duygulanımın yanı sıra dayanıklılık, duygu düzenleme ve baş etme gibi daha üst düzey işlevler de psikolojik iyi oluşun temel bileşenlerindedir (Kobasa, 1979). Tanımda yer alan olumlu duygulanım

kısmı hedonik, öz değer ve anlamlı bir hayat kısmı ise ödomanik olarak kavramsallaştırılmıştır (Diener, 2000; Ryff, 1995). Daha geniş bir tanımın içine ise özerklik, olumlu ilişkiler, yaşam amacı ve kişisel gelişim sürecini de katmak mümkündür. Bireylerin kendi belirledikleri biçimde yaşamlarını düzenlemeleri ve kararlar vermeleri, başka bir deyişle özerk bir yaşam sürdürmeleri iyi oluşlarını arttırmaktadır (Waterman, 1993). “İnsanın sosyal bir varlık” olduğunu destekler nitelikte olumlu, anlamlı ve derin ilişkilerin de yine duygusal destek ve aidiyet hisleriyle bireylerin iyilik halini arttırdığı belirtilmiştir (Peterson ve Seligman, 2004). Amaçlı bir yaşam, bir diğer ifadeyle belirli bir yaşam amacının varlığı da yine hissedilen yaşam doyumunu arttırmaktadır (Sheldon ve King, 2001). Kişisel gelişimin devamı, yeni beceriler edinmek ve deneyimler yaşamak bireye daha doyumlu bir yaşamın kapısını açabilmektedir (Lucas ve ark., 1996).

Psikolojik iyi oluşu etkileyen faktörler genetik ve sosyal faktörleri içinde barındıran geniş bir yelpazededir. Çalışmalarda orta düzey bir genetik etkinin olduğu gösterilmiştir (Costa ve McCrae, 1980). Kişilik özellikleriyle ilişkili araştırmalarda da pozitifliğin ve iç sağlık kontrol odağına sahip olmanın iyi oluş üzerinde etkili olduğu öne sürülmüştür (DuBois ve ark., 2015; Wallston ve ark., 1978). Cinsiyetin iyi oluşa etkisinin incelendiği çalışmalarda çelişkili sonuçlar dikkat çekmektedir. Bazı araştırmalar kadınların bazıları ise erkeklerin iyi oluş düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (Stephens, Dulberg ve Joubert, 1999; Ryff ve Singer, 1998). Yaşın etkisine bakıldığında ise U şeklinde bir ilişki gözlenmiştir. Başka bir ifadeyle, orta yaşa kıyasla daha genç ve daha yaşlı bireylerin psikolojik iyi oluş düzeyleri daha yüksektir (Clark ve Oswald, 1994). Aynı zamanda bilinçli farkındalık egzersizleriyle oluşturulan bir müdahale programının da bireylerin algıladığı stres ve iyi oluşları üzerinde etkili olduğu ve duygu düzenlemeyi olumlu bir biçimde etkilediği belirtilmiştir (Peixoto, Gondim ve Pereira, 2022). Bir derleme çalışmasında da biliş-davranış temelli ve bilinçli farkındalık egzersizlerinin bir araya getirildiği müdahale programlarının stresi azalttığı ve iyi oluşu arttırdığı gösterilmiştir (Grossman ve ark., 2004). Ek olarak iş, aile ve sosyal çevrede olumlu ve olumsuz deneyimlerin de iyi oluşu etkilediği belirtilmektedir (Sonnentag, 2015). Pek çok araştırma psikolojik iyi oluş düzeyi yüksek olan bireylerin daha sağlıklı ve uzun bir yaşam sürdürdüğünü göstermektedir (örn., Lyubomirsky ve ark., 2005). Birçok ülke için gelir, aile, iş ve ilişkilerdeki doyum iyi oluşu olumlu yönde etkilemektedir, ancak bazı kültürel

değerler ve normlar bu ilişkinin şiddetini etkiliyor olabilir (Oishi ve ark., 1999). Aynı zamanda olumlu duygulanımın olumlu biliş ve davranışları arttırdığı, bu artan olumlu biliş ve davranışların da yine olumlu duygulanımı arttırdığı bilinmektedir (Fredrickson ve Joiner, 2002). Buradan hareketle olumlu duygulanım ve olumlu biliş-davranışlar arasında iki yönlü bir ilişkinin olduğu dikkat çekmektedir.

Covid-19 pandemisinde psikolojik iyi oluş ve hastalık korkusuna ilişkin yapılan bir çalışmada bulgular hastalık korkusunun hem doğrudan hem de dolaylı olarak psikolojik iyi oluşu önemli ölçüde yordadığını göstermektedir. Ayrıca, dayanıklılık, algılanan sıkıntı yoluyla hastalık korkusu ile psikolojik iyi oluş arasındaki dolaylı etkiyi düzenlemiştir. Ek olarak, dayanıklılık düzeyi arttıkça algılanan sıkıntının psikolojik iyi oluş üzerindeki etkisinin zayıfladığı görülmüştür (Sood ve Sharma, 2020). Doherty-Torstrick ve arkadaşlarının (2016) çalışma bulguları ise sağlık kaygısı yüksek ve düşük grupların bir güvenlik davranışı olarak internetten hastalıklarla ilgili araştırma yapma esnasında benzer sıkıntı düzeyi yaşasalar da sağlık kaygısı düşük grubun internetten araştırma davranışı sonrasında bir rahatlama yaşadıklarına işaret etmektedir. Araştırmacılar, sağlık kaygısına karşı daha dayanıklı olan bu bireylerde mevcut olabilecek tolerans düzeyi gibi mekanizmaların belirlenmesi gerektiğini vurgulamaktadırlar.

1.6. SAĞLIK KAYGISI VE PSİKOLOJİK MÜDAHALELER

Psikolojik müdahaleler gerek bireysel gerek grup tedavisi şeklinde çeşitli biçimlerde gerçekleşmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda kişilerin bireysel terapiye grup terapiye göre çoğunlukla öncelik verdikleri gözlenmiştir (Roy, 2008). Fakat kişiler her daim bireysel terapiye ulaşmak için aynı imkânlara sahip olamamaktadır. Bireysel terapi almak istense dahi erişim zorluğu yaşanabilmektedir. Bu zorluklardan biri tedavi sürecinin ekonomik maliyetidir (Rowan ve ark., 2013). Ayrıca profesyonel ruh sağlığı uzmanlarının sayısı kırsal bölgelerde kentsel bölgelere göre daha azdır. Bu yüzden destek almada zorluklar yaşanabilmektedir (Merwin ve ark., 2003).

Bireysel terapinin erişim zorluklarını en aza indirmek için kısa süreli grup terapi ve mobil uygulama yöntemleri günümüzde popüler olmaya başlamıştır. Grup terapisinin hem maliyetinin daha düşük olduğu hem de bireysel tedavilerle karşılaştırıldığında yaklaşık 3

katı daha az zamana ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir (Himle ve ark. 2003). Yapılan bir çalışmada grup terapisi ile insanların sağlık kaygısı seviyeleri incelenmiştir. Şiddetli sağlık kaygısı olan hastalardan grup tedavisine katıldıktan sonraki 6 aylık süreçte takip amaçlı ölçümler alınmıştır. Bulgulara göre 6 ay öncesine kıyasla sağlık kaygılarında %49 oranında azalma gözlemlenmiştir (Eilenberg ve ark., 2013). Ancak her ne kadar maddi olarak bireysel terapidenden daha az maliyetli olsa da grup terapi uygulamalarına erişim de yine maddi bir kaynak gerektirmektedir. Aynı zamanda bireysel ve grup terapisine katılmayı zorlaştıran faktörlerden biri de toplum tarafından psikolojik tedavi almaya yönelik damgalanma ihtimalidir. Pek çok insan bu sebeplerle yardım alma davranışından kaçınmaktadır. Bahsi geçen sebeplerle yaşanan psikolojik zorlanmalar için daha erişilebilir destekleyici bazı kaynaklara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

Son zamanlarda teknoloji artarak yükselen bir gelişme göstermektedir. Bu gelişme psikolojik müdahalelerin de gelişmesini sağlamıştır. Bunlardan bazıları video konferanslar, bilgisayar programları ve sanal gerçeklik uygulamalarıdır. Ayrıca, e-posta ve kısa mesajlar da bu süreçlerin birer parçasıdır. Yapılan çalışmalarda teknoloji baz alınarak yapılan müdahalelerin, yüz yüze yapılan müdahaleler ile kıyaslandığında tedavi ve tanı süreçleri için yararlı olduğu bulunmuştur (Lopez ve ark., 2019). Bunlara ek olarak akıllı telefonlar da günümüzde hayatımızın önemli bir parçası haline gelmiştir. Telefonlar sayesinde insanlarla olan iletişim alanımız oldukça genişlemiştir. Akıllı telefonlarda kullanılan mobil uygulamalar da pek çok amaca hizmet etmektedir. Sosyal ilişkiler kurma, alışveriş, bilgi edinme, eğlenceli vakit geçirme gibi çeşitli alanlarda mobil uygulamalar kullanıcıların deneyimlerine sunulmuştur.

Son yıllarda mobil uygulama içerikleri yavaş yavaş beden ve zihin sağlığı alanlarında da genişlemeye başlamıştır. Dünya genelinde zihin sağlığını koruma ve psikoterapi süreçlerine destek amaçlı uygulamaların sayısı oldukça fazladır (Riley ve ark., 2011). Ülkemizde de son yıllarda bu tür uygulamaların arttığı görülmektedir. Bu tür uygulamalar kaygı, OKB, depresyon, bipolar bozukluk gibi pek çok farklı bozukluk için geliştirilmiştir. Depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve OKB için geliştirilen uygulamaların etkililiğini inceleyen araştırmalar umut vadeden sonuçlar vermektedir (Arean ve ark., 2016; Kuhn ve ark., 2017; Akın-Sarı ve ark., 2022). 8 mobil uygulamanın

değerlendirildiği kapsamlı bir derleme çalışmasında da yine uygulamaların farklı belirti şiddetlerini azaltmada etkili olduğu tespit edilmiştir (Donker ve ark., 2013). Bir başka derleme çalışması da mobil uygulama içeriklerinin büyük çoğunluğunun biliş-davranış temelli olduğuna, sıklıkla psikoeğitim, gevşeme, nefes ve bilinçli-farkındalık egzersizlerine yer verildiğine işaret etmiştir (Durdu- Akgün, Aktaç ve Yorulmaz, 2019). Yine aynı çalışma mobil uygulamaların belirti şiddetini azalttığını, psikososyal işlevselliği arttırdığını vurgulamakta, ancak belirti şiddeti yüksek olan durumlarda mobil uygulamaların etkisinin olmayabileceğini göstermiştir.

Mantani ve arkadaşlarının (2017) depresyon tanısı almış katılımcılarla yapmış olduğu bir çalışmada bir grup sadece ilaç kullanırken diğer grup ilaç ile birlikte mobil uygulama kullanmıştır. Çalışmanın sonunda uygulamayı kullanan kişilerin kullanmayanlara göre belirti şiddetinde düşüş görülmüştür. Ayrıca bu düşüşün 17 hafta boyunca etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Yapılan başka bir çalışmada internet üzerinden gerçekleştirilen bilişsel davranışçı terapinin sağlık kaygısı üzerinde olumlu ve uzun süreli etkisi olduğu bulunmuştur. İnternet temelli BDT'nin en temel ilkesi, bireylerin yüz yüze yapılan BDT ile aynı tedavi unsurlarına maruz kalmasıdır. Böylelikle internet odaklı BDT'nin de yüz yüze yapılan BDT ile aynı davranış değişikliklerine sebep olduğu bulunmuştur (Hedman ve ark., 2013). Ayrıca başka bir çalışmada internet temelli BDT'nin panik bozukluk için de etkili bir biçimde kullanılabileceği ifade edilmektedir. Ek olarak internet temelli BDT bireylerin randevuya uyma stresine girmeden daha etkili bir şekilde katılımını sağlamaktadır. Bunun yanı sıra internet ortamında kâğıt üzerinde uygulanandan daha fazla ölçek uygulama imkânı sunması hastanın takibinin daha etkili bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlamaktadır (Bergström ve ark., 2010).

Zihin sağlığı için geliştirilen uygulamalara bakıldığında sıklıkla nefes ve gevşeme egzersizlerine yer verildiği, anlık rahatlama sağlayan ve fiziksel gerginliği azaltmaya yönelik egzersizlerin olduğu görülmüştür (örn., CenterMe, Youper). Biliş-davranış temelli öğelerin yer aldığı uygulamalar da kullanıcıların hizmetine sunulmuştur (örn., MoodHacker (Birney, 2016), iFightDepression (Oehler, 2020), GG Relationship (Cerea ve ark., 2020), OCDapp (Roncero, Belloch ve Doron, 2018), GGBI (Aboody, Siev ve Doron, 2020)). Ancak doğrudan sağlık kaygısına odaklanan ve sağlık kaygısıyla tanılar

üstü düzeyde ilişkili olduğu düşünülen belirsizliğe tahammülsüzlük, kontrol odağı, duygu düzenleme ve dayanıklılık kavramlarına yer veren bir uygulamaya henüz rastlanmamıştır. Mevcut çalışmada bahsedilen kavramlar biliş-davranış temelli bir yapıda, sade ve açık bir biçimde kullanıcılar için hazırlanmıştır. Bireysel terapilere destek olarak ya da terapiye ulaşımı olmayan bireylerin kendine yardım sürecinde fayda sağlayabilmesi amaçlanmıştır. Uygulamanın içeriğinde işlevsel olmayan inançların tanınmasını sağlayan egzersizler biliş-davranış temelli pek çok psikolojik bozukluk için geliştirilen uygulamalardaki egzersizlerle benzerdir. Ancak mevcut çalışmanın güçlü ve farklı yanlarından biri odaklanılan her bir kavram için açık ve anlaşılır bir anlatımla psikoeğitime yer verilmesi ve edinilen bilgilerin sınanmasına yönelik egzersizlerin yer alması olmuştur.

Uygulamanın farklı yanlarından bir diğeri bazı örnek senaryolarla kullanıcıların sağlık kaygısına ilişkin işlevsel olmayan inançlar ve alternatif düşünceler üzerinde çalışmalarının sağlanmasıdır. Kullanıcılar uygulamayı kullandıkları 14 gün boyunca günlük duygu-durum takiplerini yapmış ve uygulamaya kaydetmiştir. Duygu-durum takibine diğer uygulamalarda da sıkça yer verilmiştir. Yine düşünce-duygu-davranış sürecini kaydetmek benzer uygulamalarda karşımıza çıkmaktadır, ancak mevcut uygulamada diğerlerinden farklı olarak her bir bölümde (örn., belirsizliğe tahammülsüzlük) psikoeğitimin ardından ilgili kavrama dair geçmiş deneyimleri üzerinden detaylı bir kayıt tutması sağlanmıştır. Geçmişte kaygısının arttığını fark ettiği durum üzerinde çalışmak daha aktif bir biçimde otomatik düşünce, işlevsel olmayan inançlar ve alternatif inançlar üzerinde çalışmayı sağlamıştır.

Sağlık kaygısıyla ilgili yukarıda aktarılanlar dikkate alındığında, özellikle geniş kitleleri etkisi altına alan Covid-19 pandemisi esnasında ve sonrasında bireylerin sağlık kaygılarında bir artış görülmüştür (Coulthard ve ark., 2021). Bu tez kapsamında ise Covid-19'un yol açtığı sağlık kaygılarından daha geniş bir perspektifte sağlık kaygıları ele alınmıştır. Bu sebeple Covid-19'a yönelik algının kontrol değişkeni olarak bu çalışmada yer alması gerektiği düşünülmüştür. Bireysel terapiye erişimin maliyeti ve kısıtlılığı sebebiyle sağlığa ilişkin artan kaygı ile baş etme sürecinde daha geniş kitlelere hitap edebilecek çalışmaların toplum ruh sağlığını desteklemek açısından faydalı olacağı

düşünülmektedir. Bu tez kapsamında geliştirilen mobil uygulamanın bu amaca hizmet ederek çok daha fazla kişiye ulaşacağı düşünülmüştür. Ayrıca artan sağlık kaygılarına hem daha hızlı hem de daha ulaşılabilir bir çözüm olabileceği düşünülmektedir.

1.7. AMAÇ, HİPOTEZLER VE ÇALIŞMANIN ÖNEMİ

Bu tez çalışması kapsamında biliş-davranış temelli çevrimiçi mobil uygulama kullanımının katılımcıların sağlık kaygısı belirti şiddetine, belirsizliğe tahammülsüzlük, kontrol odağı, psikolojik iyi oluş, duygu düzenleme güçlüğü düzeylerine ve dayanıklılıklarına etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca, uygulamayı hazırlama sürecinde yararlanmak üzere belirtilen değişkenler ile bir model geliştirilmesi hedeflenmiştir. Aynı zamanda katılımcıların teknolojiye dair tutumlarının da değerlendirilmesi, uygulamayı kullanan ve fayda sağlayan bireylerde bu tutumların etkisini araştırmak hedeflenmiştir.

Bireysel ve yüz yüze terapilere ulaşımın oldukça zorlaştığı bu dönemde çevrimiçi bir mobil uygulama yardımıyla pek çok kişiye sağlık kaygılarıyla baş etme noktasında destek sağlama yolunun açılabilmesi amaçlanmıştır. Bireysel ve yüz yüze terapilere destek olarak pek çok kişi için daha ulaşılabilir olabilecek mobil uygulamanın kullanılabilir olduğunun gösterilmesi amaçlanmıştır. Mobil uygulamanın etkisinin gösterilmesinin bu tez çalışmasının klinik uygulama alanına sağlayacağı önemli bir kazanım olabileceği düşünülmüştür. Bilindiği kadarıyla, sağlık kaygısına doğrudan odaklanan ve biliş-davranış temelli mobil kendine yardım uygulaması ülkemizde mevcut değildir, bu sebeple bu tez çalışması böyle bir uygulamanın geliştirilmesine olanak sağlayacak ve toplumun psikolojik iyi oluşuna katkı sağlamaya yönelik önemli bir adım atılacaktır. Uygulamaların yalnızca sağlık kaygısı belirtilerinin azalmasına değil aynı zamanda psikolojik iyi oluşu ve dayanıklılığı arttırmaya yönelik temalar içerecek olması oldukça önemli görünmektedir. Aynı zamanda mobil uygulamanın etkisinin gösterilmesi bu yöntemlerin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması noktasında diğer çalışmaları teşvik edebileceği düşünülmektedir. Ayrıca, uygulamayı kullanan katılımcılara açık uçlu sorularla uygulamaya dair kullanıcı deneyimlerinin araştırılması hedeflenmiştir. Burada odak katılımcıların uygulamayı kullandıkları süre boyunca fayda sağladıkları ve zorlandıkları noktalar olacaktır. Buna göre uygulamanın geliştirilmesi mümkün olacaktır.

Bu amaçlar doğrultusunda bu tez çalışmasının hedefleri:

- 1- Yüksek ve düşük sağlık kaygısı düzeyine sahip bireylerin kontrol odağı, belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu düzenleme güçlüğü, psikolojik iyi oluş ve dayanıklılık açısından karşılaştırılması

Hipotez 1: Sağlık kaygısı yüksek ve düşük bireylerin sağlık kontrol odağının alt boyutları bakımından (sağlık kontrol odağı türü) birbirinden farklılaşması beklenmektedir.

Hipotez 2: Sağlık kaygısı yüksek bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin sağlık kaygısı düşük bireylere göre daha yüksek olması beklenmektedir.

Hipotez 3: Sağlık kaygısı yüksek bireylerin duygu düzenleme güçlüğü düzeylerinin sağlık kaygısı düşük bireylere göre daha yüksek olması beklenmektedir.

Hipotez 4: Sağlık kaygısı yüksek bireylerin psikolojik iyi oluş düzeylerinin sağlık kaygısı düşük bireylere göre daha düşük olması beklenmektedir.

Hipotez 5: Sağlık kaygısı yüksek bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin sağlık kaygısı düşük bireylere göre daha düşük olması beklenmektedir.

- 2- Sağlık kontrol odağı, psikolojik iyi oluş ve dayanıklılık, duygu düzenleme güçlüğü ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün yer aldığı modelin geliştirilmesi

Hipotez 6: Psikolojik iyi oluş ve sağlık kaygısı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü, belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik dayanıklılık ve sağlık kontrol odağının (iç kontrol, şans ve güçlü diğerleri) aracı etkisi olması beklenmektedir.

- 3- Sağlık kaygısına yönelik oluşturulan biliş-davranış temelli mobil uygulamanın geliştirilmesi ve kullanılması

- 4- Sağlık kaygısına yönelik oluşturulan mobil uygulamanın sağlık kaygısı belirtileri, belirsizliğe tahammülsüzlük, kontrol odağı ve duygu düzenleme güçlüğü üzerindeki etkisinin incelenmesi

Biliş-davranış temelli mobil uygulamanın tamamlanmasının ardından;

Hipotez 7: Sağlık kaygısı yüksek olan bireylerin kaygı düzeylerinde anlamlı bir düşüşün olması beklenmektedir.

Hipotez 8: Bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinde anlamlı bir düşüşün olması beklenmektedir.

Hipotez 9: Bireylerin duygu düzenleme güçlüğü düzeyinde anlamlı bir düşüşün olması beklenmektedir.

Hipotez 10: Bireylerin sağlık kontrol odağı- iç kontrol alt boyutunda anlamlı bir artışın olması beklenmektedir.

Hipotez 11: Bireylerin sağlık kontrol odağı- şans alt boyutunda anlamlı bir düşüşün olması beklenmektedir.

Hipotez 12: Bireylerin sağlık kontrol odağı- güçlü diğerleri alt boyutunda anlamlı bir düşüşün olması beklenmektedir.

5- Sağlık kaygısına yönelik oluşturulan biliş-davranış temelli mobil uygulamanın psikolojik iyi oluş ve dayanıklılığa etkisinin incelenmesi

Biliş-davranış temelli mobil uygulamanın tamamlanmasının ardından;

Hipotez 13: Bireylerin psikolojik iyi oluş düzeylerinde anlamlı bir artışın olması beklenmektedir.

Hipotez 14: Bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinde anlamlı bir artışın olması beklenmektedir.

6- Mobil uygulamayı kullanan grup ile kontrol grubunun sağlık kaygısı belirti şiddetinin, kontrol odağı, belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu düzenleme güçlüğü düzeyinin, psikolojik iyi oluşun ve dayanıklılıklarının karşılaştırılması

Uygulamaların tamamlanmasının ardından biliş-davranış temelli mobil uygulama grubundaki katılımcıların

Hipotez 15: Sağlık kaygısı düzeylerinin herhangi bir uygulamaya katılmayan kontrol grubundaki katılımcılara kıyasla daha düşük olması beklenmektedir.

Hipotez 16: Sağlık kontrol odağı-iç kontrol düzeylerinde herhangi bir uygulamaya katılmayan kontrol grubundaki katılımcılara kıyasla anlamlı bir artış olması beklenmektedir.

Hipotez 17: Sağlık kontrol odağı-şans düzeylerinde herhangi bir uygulamaya katılmayan kontrol grubundaki katılımcılara kıyasla anlamlı bir düşüş olması beklenmektedir.

Hipotez 18: Sağlık kontrol odağı-güçlü diğerleri düzeylerinde herhangi bir uygulamaya katılmayan kontrol grubundaki katılımcılara kıyasla anlamlı bir düşüş olması beklenmektedir.

Hipotez 19: Belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin herhangi bir uygulamaya katılmayan kontrol grubundaki katılımcılara kıyasla daha düşük olması beklenmektedir.

Hipotez 20: Psikolojik iyi oluş düzeylerinin herhangi bir uygulamaya katılmayan kontrol grubundaki katılımcılara kıyasla daha yüksek olması beklenmektedir.

Hipotez 21: Psikolojik dayanıklılık herhangi bir uygulamaya katılmayan kontrol grubundaki katılımcılara kıyasla daha yüksek olması beklenmektedir.

Hipotez 22: “Covid-19 algısı” kontrol edildiğinde dahi tahmin edilen değişimlerin gerçekleşmesi beklenmektedir.

7- Uygulamayı kullanan katılımcıların teknoloji tutumlarının ve geliştirilen uygulamaya dair tutumlarının sağlık kaygısı ön ölçüm ve son ölçüm puanları arasındaki fark puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Hipotez 23: Teknoloji tutum puanları ile sağlık kaygısındaki fark puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki beklenmektedir.

Hipotez 24: HealingBox tutum puanları ile sağlık kaygısındaki fark puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki beklenmektedir.

8- Uygulamayı kullanan katılımcıların kullanıcı deneyimlerinin değerlendirilmesi

Araştırma Sorusu: Sağlık kaygısı yüksek olan ve mobil uygulamayı kullanan bazı katılımcıların kullanım esnasındaki deneyimleri nasıldır?

2. BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde ilk olarak araştırmanın birinci aşamasındaki örneklem, veri toplama araçları ve işlem süreci aktarılmıştır. Ardından çalışmanın ikinci aşamasındaki örneklem, veri toplama araçları ve işlem süreci aktarılmıştır.

2.1. BİRİNCİ AŞAMA

2.1.1. Örneklem

İlk aşamada sağlık kaygısı yüksek olan katılımcıların belirlenmesi amacıyla araştırmaya çevrimiçi olarak katılmaya gönüllü 25-50 yaş arasında 681 katılımcıya kolay ulaşılabilir örnekleme yoluyla ulaşılmıştır. Katılımcılara sosyal medya kanalları (instagram, twitter vb.) aracılığıyla tanıtım afişinin yayınlanması ile ulaşılmıştır. Katılımcıların 631 (%92.7)'i kadın, 47 (%6.9)'si erkektir. Katılımcılardan 3 (%0.4)'ü cinsiyet belirtmemiştir. Dışlama kriterleri; katılımcıların herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almış olması, hâlihazırda herhangi bir psikolojik tedavi görmesi ve psikiyatrik ilaç kullanması olarak belirlenmiştir. 350 katılımcı dışlama kriterleri sebebiyle çalışmaya dahil edilmemiştir. Dışlama kriterlerini karşılayan katılımcıların veri setinden çıkarılmasının ardından örneklem 311 (%92.0) kadın, 25 (%7.4) erkek ve 2 (%0.6) cinsiyet belirtmeyen toplam 338 katılımcı olarak belirlenmiştir. Örneklemin yaş ortalaması 32.33 (SS=7.03) olarak hesaplanmıştır. Örnekleme dair bazı sosyo-demografik özellikler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1 *Örneklemin Sosyo-Demografik Özellikleri*

Değişken	Sıklık (f)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	311	92.0
Erkek	25	7.4
Diğer	2	0.6
Eğitim durumu		
YL/Doktora	63	18.6
Üniversite/yüksek okul	224	66.3
Lise	44	13.0
Ortaokul	6	1.8
İlkokul	1	0.3
Aileyle birlikte yaşama		
Evet	129	38.2
Hayır	209	61.8
İnternette hastalık arama sıklığı		
Hiç	11	3.3
Yılda 1-2 kez	127	37.6
Ayda 1-2 kez	143	42.3
Haftada 1-2 kez	49	14.5
Günde 1-2 kez	3	0.9
Günde 5-6 kez	1	0.3
Günde 5-6 kezden fazla	4	1.2
Covid-19 geçmişi		
Evet	186	55.0
Hayır	152	45.0
Yaş	Ortalama (N=338) 32.33	Standart Sapma 7.03

2.1.2. Veri Toplama Araçları

Katılımcılara demografik bilgileri ve sağlık kaygısı düzeyleri başta olmak üzere çeşitli değişkenlere yönelik veri toplamak amacıyla bir ölçek seti uygulanmıştır. İzleyen alt bölümlerde ölçüm araçları detaylı bir şekilde tanıtılmıştır.

2.1.2.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, psikiyatrik tanı, psikolojik tedavi ve psikiyatrik ilaç kullanımı gibi çeşitli demografik bilgilerini değerlendirmek amacıyla demografik bilgi formu kullanılmıştır. Aynı zamanda araştırmanın ikinci aşamasına katılmaya gönüllülük durumu, yine ikinci aşama için katılımcıların mobil uygulamayı kullanma durumlarını değerlendirmek üzere akıllı telefonlarının olup olmadığı, internet erişimlerinin olup olmadığı soruları da bu formda yer almaktadır. Ayrıca katılımcıların internet üzerinden hastalıklarla ilgili ne sıklıkta araştırma yaptıkları ve Covid-19 geçmişine ilişkin sorulara da yer verilmiştir. Formun bir örneği Ek 5’de verilmiştir.

2.1.2.2. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)

Ölçek Salkovskis ve arkadaşları (2002) tarafından sağlık kaygısını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Aydemir, Kırpınar, Satı, Uykur ve Cengisiz (2012) tarafından Türkçe uyarlaması gerçekleştirilmiştir. Ölçek, 18 maddeden oluşmaktadır ve 4’lü Likert tipinde bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin ilk 14 maddesi bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı düzeyini, son 4 maddesi ise hastalığın sonuçlarına dair olumsuz algıyı değerlendirmektedir.

Ölçeğin Türkçe uyarlamasının psikometrik değerlendirmesine bakıldığında geçerli ve güvenilir olduğu ve iç tutarlılık katsayısının .86 olarak bulunduğu görülmektedir. Ölçekten alınacak toplam puan 0 ile 54 arasında değişmektedir. Ölçekten alınacak yüksek puan yüksek sağlık kaygısına işaret etmektedir. Bu çalışmada ölçek toplam puanının iç tutarlılık katsayısının .87 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Alt boyutlar açısından bakıldığında ise Cronbach alfa güvenirlik katsayısının bedensel belirtilere aşırı duyarlılık alt boyutu için .85, hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutu için .73 olarak bulunmuştur. Ölçeğin bir örneği Ek 6’da sunulmuştur.

2.1.2.3. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ)

Psikolojik iyi oluş ölçeği, Diener ve arkadaşları (2009) tarafından bireylerin psikolojik iyi oluş düzeylerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, 7’li Likert tipte 8 maddeden oluşmaktadır. Telef (2013) tarafından Türkçe uyarlama çalışması gerçekleştirilmiş ve ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .87, test-tekrar test güvenirlik katsayısı

.86 olarak bulunmuştur. Cronbach alfa sayısı .80 olarak hesaplanmıştır. Bulgular ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğuna işaret etmektedir.

Açımlayıcı faktör analizi maddelerin tek faktör altında toplandığını göstermiştir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 8 ile 56 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar olumlu ilişkiler, anlamlı ve amaçlı bir yaşama sahip olma, iyimserlik, bağlı olma gibi psikolojik iyi oluşun önemli öğelerinin yüksekliğini göstermektedir. Bu çalışmada ölçek toplam puanının iç tutarlık katsayısının .89 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ölçeğin bir örneği Ek 7’de sunulmuştur.

2.1.2.4. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)

Friborg ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen bu ölçek psikolojik dayanıklılık düzeyini değerlendirmektedir. Ölçek 5’li Likert tipinde 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin kişisel güç, yapısal stil, aile uyumu, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar olmak üzere altı alt boyutu bulunmaktadır. Artan puanlar daha yüksek dayanıklılık düzeyine işaret etmektedir. Basım ve Çetin (2011) tarafından yapılan Türkçeye uyarlama çalışmasının bulguları ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğuna işaret etmektedir.

Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlık katsayılarının .66 ile .81 arasında ve test-tekrar test güvenilirliklerinin ise .68 ile .81 arasında olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada ölçek toplam puanının iç tutarlık katsayısının .87 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Alt boyutlar açısından bakıldığında ise Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının yapısal stil alt boyutu için .55, gelecek algısı alt boyutu için .77, aile uyumu alt boyutu için .74, kendilik algısı alt boyutu için .72, sosyal yeterlilik alt boyutu için .64 ve sosyal kaynaklar alt boyutu için .67 olarak bulunmuştur. Ölçeğin bir örneği Ek 8’de sunulmuştur.

2.1.2.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ)

Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği, Gratz ve Roemer (2004) tarafından duygu düzenleme güçlüğü düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. 5’li Likert tipinde derecelendirilen 36 maddeden oluşan ölçekte puanların yükselmesi daha fazla duygu düzenleme güçlüğüne yaşandığına işaret etmektedir. Ölçeğin altı alt boyutu şöyledir; farkındalık,

açıklık, kabul etmeme, stratejiler, dürtü, amaçlar. Rugancı (2008) tarafından Türkçeye uyarlanmış ardından Rugancı ve Gençöz (2010) tarafından son haline getirilmiştir.

Ölçeğin Türkçe versiyonunun iç tutarlık katsayısı .94 olarak, alt boyutlarının iç tutarlık katsayıları ise .75 ile .90 arasındadır. Test-tekrar test güvenilirliği ise .83 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçek toplam puanının iç tutarlık katsayısının .95 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Alt boyutlar açısından bakıldığında ise Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının açıklık alt boyutu için .82, farkındalık alt boyutu için .78, dürtü alt boyutu için .89, kabul etmeme için .88, amaç için .87 ve stratejiler için .89 olarak bulunmuştur. Ölçeğin bir örneği Ek 9'da sunulmuştur.

2.1.2.6. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği (ÇBSKOÖ)

Wallston ve arkadaşları (1978) tarafından kendi geliştirdikleri Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği ve Levenson tarafından geliştirilen Çok Boyutlu Kontrol Odağı Algısı Ölçeği kullanılarak A, B ve C formlarından oluşan Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği geliştirilmiştir. Birbirlerinin yerlerine kullanılabilen A ve B formları genel sağlık inanışlarını ölçmektedir. C formu ise sağlıkla ilgili özel bir durum veya hastalık olduğunda kullanılmaktadır. 6'lı Likert olarak derecelendirilen 18 maddeden oluşan formlar iç kontrol, şans ve güçlü diğer kişiler olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlardaki puanlardan yüksek olan hangi sağlık kontrol odağına sahip olduğuna işaret etmektedir.

Güzel ve arkadaşları (2019) tarafından Türkçe uyarlaması gerçekleştirilmiş ve sonuçlar bu çalışmada da kullanılan A formunun geçerli ve güvenilir olduğuna işaret etmiştir. Cronbach alfa değeri iç kontrol alt boyutu için .66, şans alt boyutu için .70 ve güçlü diğerleri alt boyutu için .76 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliği ise sırasıyla .67, .63 ve .77 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçek toplam puanının iç tutarlık katsayısının .65 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Alt boyutlar açısından bakıldığında ise Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının iç kontrol alt boyutu için .58, güçlü diğerleri alt boyutu için .72 ve şans alt boyutu için .66 olarak bulunmuştur. Ölçeğin bir örneği Ek 10'da sunulmuştur.

2.1.2.7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ)

Freeston ve arkadaşları (1994) tarafından Fransızca olarak geliştirilen ölçek Buhr ve Dugas (2002) tarafından İngilizceye uyarlanmıştır. 5’li Likert tipte 27 maddeden oluşan ölçeğin Fransızca versiyonunun iç tutarlılık katsayısı .91 ve test-tekrar test güvenilirliği ise .78 olarak bulunmuştur. İngilizce versiyonunun iç tutarlılık katsayısı .94, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise .74 olarak bulunmuştur. Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin faktör yapısına bakıldığında ‘Belirsizlik üzücü ve stres vericidir’, ‘Belirsizlik eyleme geçmeyi engeller’, ‘Belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir’, ‘Belirsizlik adil değildir’ olmak üzere dört faktörlü bir yapısı olduğu görülmektedir. Artan puanlar daha yüksek belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyine işaret etmektedir.

Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Sarı ve Dağ (2009) tarafından yapılmış ve 26 maddeden oluşan ‘‘Belirsizlik stres verici ve üzücüdür’’, ‘‘Belirsizlik ile ilgili olumsuz benlik değerlendirmeleri’’, ‘‘Geleceği bilmemek rahatsız edicidir’’, ‘‘Belirsizlik eyleme geçmeyi engeller’’ şeklinde adlandırılan dört faktörlü bir ölçek elde edilmiştir. Türkçe versiyonunun iç tutarlılık katsayısı .93 ve test-tekrar test güvenilirliği ise .66 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçek toplam puanının iç tutarlık katsayısının .94 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Alt boyutlar açısından bakıldığında ise Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının stres vericilik için .89, olumsuz benlik için .82, geleceği bilmemek için .85, ve eylemi engelleme için .70 olduğu bulunmuştur. Ölçeğin bir örneği Ek 11’de sunulmuştur.

2.1.3. İşlem

Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu’ndan gerekli etik izin alınmasından sonra ‘‘surveey.com’’ üzerinden çevrimiçi olarak ölçek seti hazırlanmış ve ölçek linki sosyal medya platformları (Instagram, Twitter vb.) üzerinden çalışmanın amacının yer aldığı bir bilgilendirme görseli ile paylaşılmış ve Kolay Ulaşılabilir Örneklem yoluyla çevrimiçi olarak gönüllü katılımcılara ulaşılmıştır.

Bilgilendirilmiş onam formunda çalışmanın ikinci aşaması hakkında bilgi verilmiş ve ikinci aşamaya katılmayı kabul eden katılımcıların iletişim bilgilerini hazırlanan forma

yazmaları istenmiştir. Katılımcılardan herhangi bir kimlik bilgisi istenmemiş, kendi seçtikleri bir rumuz ile ölçek setini doldurmaları istenmiştir. Veri toplama süreci Ağustos 2022-Nisan 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Ölçek setinin uygulanması yaklaşık olarak 30 dakika sürmüştür.

2.1.4. Verilerin Analizi

Birinci aşamada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için Statistical Package for Social Science (SPSS V.23) kullanılmıştır. Verilerin, kayıp veri, normallik ve uç değer analizleri gerçekleştirildikten sonra dağılımda ortalamanın 1 standart sapma üstünde yer alan katılımcılar sağlık kaygısı belirti düzeyi yüksek, ortalamanın 1 standart sapma altında yer alan katılımcılar ise sağlık kaygısı belirti düzeyi düşük grubu oluşturmuştur. Elde edilen veriler aracılığıyla sağlık kaygısı belirti düzeyini, duygu düzenleme güçlüğü düzeyini, psikolojik dayanıklılık düzeyini, psikolojik iyi oluş düzeyini ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini karşılaştırmak amacıyla Bağımsız Gruplar için t testi uygulanmıştır. Yüksek ve düşük sağlık kaygısı gruplarının belirtilen değişkenlerin alt boyutları bakımından karşılaştırılması amacıyla Çok Değişkenli Varyans Analizi (MANOVA) uygulanmıştır. Ayrıca sağlık kontrol odağı ve sağlık kaygısı belirti düzeyinin ortak etkisini incelemek amacıyla İki Yönlü Çok Değişkenli Varyans Analizi (İki yönlü MANOVA) uygulanmıştır. Değişkenler arası ilişkileri değerlendirmek üzere korelasyon analizleri yürütülmüştür.

Sağlık kaygısı ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkide sağlık kontrol odağı, duygu düzenleme güçlüğü, belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik dayanıklılığın aracı etkisini incelemek amacıyla Preacher ve Hayes (2008) tarafından geliştirilen Bootstrap yöntemi ile çoklu aracılı model testi kullanılmıştır (Model 4).

2.2. İKİNCİ AŞAMA

2.2.1. Örneklem

Sağlık kaygısı yüksek katılımcıların belirlenmesi amacıyla birinci aşamada doldurulan Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nden grup ortalamasından 1 standart sapma yukarıda puan alan ve araştırmanın ikinci aşamasına katılmayı kabul eden 84 (69 kadın, 15 erkek) katılımcıyla kendi belirledikleri iletişim yollarıyla (mail veya telefon) iletişime geçilmiş ve süreçle ilgili bilgilendirme yapılmıştır. Son aşamada bilgilendirmenin ardından 32 (29 kadın, 3 erkek) katılımcı ikinci aşamada aktif olarak yer almak istediklerini beyan etmiştir. Katılımcılar seçkisiz olarak Mobil Uygulama (n=16) ve Kontrol Grubuna (n=16) atanmıştır. Uygulama süreci başlamadan çalışmadan çekilen ve uygulamalar devam ederken yarıda bırakan katılımcıların gruplardan çıkarılmasıyla birlikte Mobil Uygulama (n=13) ve Kontrol Grubu (n=13) uygulamaları tamamlanmıştır.

2.2.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın birinci aşamasında kullanılan ve detaylıca aktarılan ölçüm araçları ikinci aşamada da ön ölçüm ve son ölçümlerde kullanılmıştır. Bunlar; Demografik Bilgi Formu, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ), Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ), Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği (ÇBSKOÖ), Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ), Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PIOÖ) dir. Birinci aşamadan farklı olarak sadece mobil uygulamayı kullanan gruba uygulama deneyimlerini değerlendirmek amacıyla 'HealingBox Tutum Ölçeği' ve her iki gruba 'Covid-19 Hastalık Algısı Ölçeği' ve 'Dijital Teknolojiye Yönelik Tutum Ölçeği' uygulanmıştır.

2.2.2.1. COVID-19 Hastalık Algısı Ölçeği (Covid-19 HAÖ)

Covid-19'a yönelik tutum ve algıları değerlendirmek üzere geliştirilen beş ölçekten biridir. Geniş ve arkadaşları (2020) tarafından geliştirilen bu ölçek 5'li Likert tipte yedi maddeden oluşmaktadır. "Tehlikelilik" ve "Bulaştırıcılık" olmak üzere iki alt boyutu vardır. Maddeler "Kesinlikle katılmıyorum (1)" ile "Kesinlikle katılıyorum (5)" arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 7 ile 35 arasında değişmekte

ve puanlar arttıkça virüsün tehlikelilik ve bulaştırıcılık algısının arttığına işaret etmektedir.

Ölçeğin tehlikelilik alt boyutunun Cronbach alfa kat sayısı .64, bulaştırıcılık alt boyutunun .75, tüm ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ise .74 bulunmuştur. Bu çalışmada ölçek toplam puanının iç tutarlık katsayısının .74 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Alt boyutlar açısından bakıldığında ise tehlikelilik alt boyutunun Cronbach alfa kat sayısı .64, bulaştırıcılık alt boyutunun .76 olarak bulunmuştur. Ölçeğin bir örneği Ek 12’de sunulmuştur.

2.2.2.2. HealingBox Tutum Ölçeği (HTÖ)

Sağlık kaygılarına yönelik geliştirilen mobil uygulamayı kullanan katılımcıların uygulamaya yönelik tutumlarını değerlendirmek üzere HTÖ uygulanmıştır. Ölçek ‘GriCeviz’ adlı mobil uygulamaya yönelik tutumları değerlendirmek üzere proje ekibi ve proje yürütücüleri Yurdugül ve Uluç (2021) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, kullanım kolaylığı, sosyal etki, kapılma, niyet ve yarar olmak üzere beş alt boyuttan oluşan 5’li Likert tipinde bir öz-bildirim ölçeğidir. Mevcut uygulamada sosyal etki alt boyutunun değerlendirilmesi mümkün olmadığından kullanılmamıştır. Artan puanlar geliştirilen mobil uygulamaya dair olumlu bir tutuma işaret etmektedir.

Kullanım kolaylığı, bir sistemin kullanımının kolay ve zahmetsiz olacağına dair inancını ifade etmektedir. Sosyal etki boyutu diğerlerinin yeni bir şeyin kullanılmasını önemli bulma derecelerini ifade etmektedir. Kapılma, uygulamayla etkileşimde ortaya çıkan içsel zevk, ilgi, eğlence ve merakı kapsamaktadır. Yarar algısı ise bireyin kullandığı uygulamanın sağladığı yarara dair inancını ifade etmektedir. Ölçeğe ilişkin yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonuçları ölçeğin beş alt boyutuna ilişkin faktör yüklerinin .69 ile .94 arasında değiştiğini göstermiştir. Ölçeğin yapı geçerliği, yakınsama geçerliği ve ayırt edici geçerlilik ile incelenmiş ve yakınsama geçerliği için ortalama açıklanan varyans değerine bakılmış ve .54 ile .80 aralığında olduğu tespit edilmiştir. Sonuçlar geliştirilen ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğuna işaret etmiştir. Bu çalışmada ölçek toplam puanının iç tutarlık katsayısının .98 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ölçeğin bir örneği Ek 13’de sunulmuştur.

2.2.2.3. Dijital Teknolojiye Yönelik Tutum Ölçeği (DTYTÖ)

Dijital teknolojiye yönelik tutumları değerlendirmek için Cabı (2016) tarafından geliştirilen ölçek 39 maddeden oluşmaktadır. Yetkinlik, sosyal ağlar, derste teknoloji kullanımı, ilgi, benim için teknoloji, olumsuz yönler, eğlence amaçlı kullanım, bilinçli kullanım olmak üzere toplam 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Mevcut uygulamada derste teknoloji kullanımı alt boyutunun tüm katılımcılar için değerlendirilmesi mümkün olmadığından kullanılmamıştır. Ölçek ‘Hiç katılmıyorum’ ve ‘Tamamen katılıyorum’ arasında değişen 5’li Likert tipte bir öz bildirim ölçeğidir.

Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları ölçeğin sekiz alt boyutuna ilişkin faktör yüklerinin .32 ile .82 arasında değiştiğini göstermiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayıları .61 ile .86 arasında değişmektedir. Ölçeğin bütününden kestirilen toplam güvenilirlik katsayısının .90, Spearman Brown iki yarı test korelasyonunun ise .60 ile .83 arasında olduğu bulunmuştur. Sonuçlar geliştirilen ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğuna işaret etmektedir. Artan puanlar dijital teknolojiye dair olumlu bir tutuma işaret etmektedir. Bu çalışmada ölçek toplam puanının iç tutarlık katsayısının 0.92 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ölçeğin bir örneği Ek 14’te sunulmuştur.

2.2.3. İşlem

2.2.3.1. Mobil Uygulamanın Geliştirilmesi

İkinci aşamada en temelde biliş-davranış temelli mobil uygulama yönteminin etkisi incelenmiştir. Bunun için öncelikle bir model geliştirilmiş ve sonuçlara göre bilişsel davranışçı yaklaşımın sağlık kaygısı formülasyonundan yola çıkılarak mobil uygulama hazırlanmıştır. Uygulamanın işleyiş bakımından test edilmesi için bir pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulamaya birinci aşamada belirlenen sağlık kaygısı düzeyi yüksek olan ancak dışlama kriterleri sebebiyle örnekleme dahil edilemeyen 8 katılımcı ile görüşülmüş ve 4 katılımcı katılmayı kabul etmiştir. Pilot uygulamada amaç geliştirilen uygulamanın yazılım olarak işleyişini test etmektir. 4 katılımcı 14 gün süreyle uygulamayı kullanmıştır. Kullanım süresinin sonunda verilen geri bildirimlere göre yazılım mühendisi uygulamanın işleyişiyle ilgili düzenlemeleri tamamlamıştır.

Mobil uygulamanın içeriğinin hazırlanması aşamasında işlevsel olmayan düşünceler, ara inançlar, güvence arama davranışları, kaçınmalar, belirsizliğe tahammülsüzlük, kontrol odağı, işlevsel düşünceler, öz-yeterlilik, hastalığı felaketleştirme (örn. internet üzerinden hastalıkla ilgili araştırmalar), başa çıkma, algılanan yatkınlığı azaltma, belirsizliği hafifletme, endişeyle ilgili inançlar, çevreye güveni arttırma, tehdidi azaltma, bedensel duyuları izleme, algılanan beden dayanıklılığını arttırma, duygu düzenleme stratejileri gibi sağlık kaygısı tedavisinde etkili olduğu bilinen kavramlara odaklanılmıştır. Mobil uygulama katılımcıların 14 gün boyunca her gün uygulama üzerinde hem sağlık kaygılarına yönelik psikoeğitim alacağı hem de aktif olarak günlük bazı biliş-davranış temelli egzersizler yapabileceği bir platform olarak tasarlanmıştır. Uygulama içeriklerine dair detaylı bir tanıtım ilerleyen kısımlarda sunulacaktır.

Uygulama içeriğinin hazırlanması araştırmacı tarafından, mobil uygulamanın Android ve İOS işletim sistemlerinde hazır hale getirilmesi ise bir yazılım mühendisi tarafından yapılmıştır. İçerikler hem araştırmacının danışmanının incelemesinden hem de iki klinik psikoloğun değerlendirmesinden geçmiş ve elde edilen geri bildirimler doğrultusunda düzenlemeler yapılmıştır.

Uygulamanın ana ekranında günlük olarak tamamlaması gereken görevleri gösteren kutucuklar yer almaktadır. Uygulamanın kaçınıcı gününde ise o kutucuğu seçmesi ve o günkü egzersizleri yapması istenmektedir. Bunun dışında ana ekranda katılımcıların kaygı verici düşüncelerini kaydedebilecekleri bir düşünce günlüğü yer almaktadır. Ayrıca ana ekranda araştırmacı tarafından seslendirilen bir gevşeme egzersizi yer almaktadır. Katılımcılar bu egzersizi hem kendileri istedikleri vakitte yapabilecekler hem de uygulamada belli günlerin sonunda hem gevşeme hem de nefes egzersizine yönlendirilmektir. Bunun yanı sıra her günkü egzersizin en başında günlük olarak duygu-durumlarını ve duygularının şiddetini takip edebilecekleri bir ekran katılımcıları karşılamaktadır. Uygulama tarafından katılımcıların kendi belirledikleri saatte günlük egzersizi hatırlatıcı bir bildirim gönderilmektedir. Uygulamanın ana ekran ve diğer bazı örnek ekran görüntüleri Ek 9' da verilmiştir.

2.2.3.2. Psikoeğitimin Günlere Göre İçeriği

Uygulama içerikleri dört ana tema üzerine şekillendirilmiştir. Bunlar; belirsizliğe tahammülsüzlük, kontrol odağı, duygu düzenleme ve psikolojik dayanıklılık-iyi oluşturma. Uygulamanın ilk iki günü katılımcılara sağlık kaygısı ve bilişsel davranışçı yaklaşım perspektifinden sağlık kaygısı formülasyonunu en sade ve anlaşılır biçimde aktarmak amaçlanmıştır.

- 1. Gün → Kaygı ve fazlası...

Uygulamanın ilk gününde katılımcılara kaygının doğasına dair bilgiler verilmiştir. Bilişsel-davranışçı yaklaşım perspektifinden kaygının formülasyonu açıklanmıştır. Bazı örneklerle daha açık hale getirilmiştir. En sonda da katılımcının kaygının doğasına dair öğrendiklerini sınavdığı bir egzersiz yer almıştır. Ekranda kaygıya dair gördüğü cümleleri doğruysa sağa yanlışsa sola sürüklemesi istenmiştir. Yanıtı doğruysa ekran yeşile, yanlışsa kırmızıya dönmüştür.

“Bazen duygular birdenbire ve sebepsiz yaşanıyormuş gibi görünse de aslında bu duygular, yaşadığımız olayların ya da durumların kendisiyle değil bunlara karşı beklentilerimiz ve yorumlarımızla yani düşüncelerimizle yakından ilgilidir.”

“Kaygıya yol açan düşünceler de algıladığımız fiziksel ve psikolojik tehlike ile ilgilidir, böylece kaygılı durumlarda var olan tehlikeyi olduğundan daha da abartılı olarak değerlendiririz.”

“Bir psikoterapi yaklaşımı olan Bilişsel-davranışçı yaklaşım duygularımızın düşüncelerimiz ve davranışlarımızdan etkilendiğini söyler. Yaşadığımız psikolojik sorunların bazı düşünce hatalarından (çarpıtmalar), işlevsel olmayan düşünme biçimlerinden ve işlevsel olmayan davranış örüntülerinden kaynaklanabileceğini söyler.”

- 2. Gün → İşlevsel olmayan düşünceler

Uygulamanın ikinci gününde işlevsel olmayan düşünceler ve alternatif düşüncelere dair detaylı ancak anlaşılır ve sade bir bilgilendirme yapılmıştır. “Olumsuz otomatik düşünceler”, “işlevsel olmayan inançlar”, “düşünce hataları” ve “alternatif düşünceler” örneklendirmelerle birlikte aktarılmıştır.

“Özellikle daha gergin ve kaygılı anlarımızda zihnimize sıklıkla daha olumsuz düşüncelerin üşüştüğünü görürüz. Bu düşünceler çok otomatik ve bir o kadar da hızlı bir şekilde gelirler. Sıklıkla olumsuz içerikteki bu otomatik düşüncelerin duygularımızı da etkilediğini görürüz. Bu düşünceleri sanki soru cümlesi gibi aktarıyoruz ancak zihnimizde tamamen “olumsuz” bir yapıda yankılanır.”

“Bu hastalığı atlatabilecek miyim?”, “Kalp krizi mi geçiriyorum?” gibi soru cümlesi değil de “Hastalığı atlatabileceğim.”, “Kalp krizi geçiriyorum” gibi olumsuz olarak düşünürüz ki sonucunda oldukça yoğun bir kaygının içinde buluruz kendimizi. Olumsuz otomatik düşüncelerin kaynakları ise işlevsel olmayan inançlar ve düşünce hatalarıdır.”

“İşlevsel olmayan inançlar, kendimiz ve yaşamımızla ilgili sahip olduğumuz genel inançlar ve kurallardır. Genellikle bu inançlar ve kuralları yaşam boyu öğreniriz. Bu inançlar, bizim bazı durum ve olayları daha olumsuz değerlendirmemize yol açabilir. Dünyaya baktığımız “gözlükler” gibi düşünebilirsiniz. Hangi gözlüğü takıyorsak onun renginde görüyoruz etrafımızı. Bu inançlar da yaşadığımız olaylara dair düşünce ve duygularımızı etkiliyorlar.”

“Düşünce hataları bir diğer adıyla bilişsel çarpıtmalar kaygılarımızı ve mutsuzluğumuzu arttıran zihinsel filtrelerimizdir. Bunlar aklımıza geldiği ilk anda mantıklı görünürler ancak sıklıkla olumsuz duygularla bağlantılı düşüncelerdir. Zihnimiz enerji tasarrufu yaparak kendine kısa yollar oluşturma konusunda oldukça iyidir. Bazı kısa yollar faydalıdır ancak bazen düşünce hataları gibi faydalı olmayan kısa yollar da oluşturulur. Gelin birlikte bakalım bu faydasız kısa yollara.”

“Felaketleştirme: Yaşanan olumsuzlukların sonucunun “felaket” olacağı, kişinin hayatında düzelmeyeceği bir sonuca gideceği şeklinde yorumlamasıdır. Kısaca “dünyanın sonu” gelecek gibi varsaymaktır.”

*Başım ağrımaya devam ederse yaşamaya devam edemem, okula gidemem, okulu bitiremem, atılırım.

*Kalp çarpıntım gittikçe artacak ve kalp krizi geçirmeme sebep olacak.

- 3-4-5. Günler → Belirsizlik... Ya sonra ne olacak?

Uygulamanın 3.- 4.- 5. günlerinde ‘belirsizliğe tahammülsüzlük’ teması işlenmiştir. 3. gün belirsizliğe tahammülsüzlüğün ne olduğu, niye kaygıyı tetiklediği, belirsizliğe karşı inançlarımıza odaklanılmıştır. Aynı zamanda bir örnek üzerinden belirsizliğe tahammülsüzlüğün olumsuz otomatik düşüncelere ve sağlık kaygısına etkisi gösterilmiş ve yine aynı örnek üzerinden daha dengeli bir alternatif düşüncenin kaygı düzeyine etkisi aktarılmıştır.

“Belirsizlik... Ne kadar da zorlar değil mi bizleri? Çünkü belirsiz olan yenidir, öngörülemezdir, ne olduğunu bilmeyiz ve haliyle olası olumsuzluklara “belirsizliği” sebebiyle hazırlanamayız.”

“Zihnimizin çalışma prensibi tanıdık, bildik, hızlı kısa yollar bulup her seferinde uzun uzun enerji harcamamaktır. Eğer bir “şey”in zihnimizde kısa yolu oluşmamışsa ya da henüz ne olacağını tam kestiremiyorsak tehlike çanları çalmaya başlar. Gerginlik, kaygı, korku gibi hisler ve bunlara eşlik eden bedensel yakınmalar...”

“Pek çok “yeni, belirsiz ya da öngörülemeyen” durum kaygı yaratmaya meyillidir, eğer belirsizliğe toleransımız düşükse bu kaygının şiddeti artar. Biz bu kaygıyı biraz daha spesifik hale getirip “sağlığımızla ilgili kaygılar” kısmına odaklanacağız.”

“Aslında bizi biraz zorlayanlar belirsizliğe karşı olumsuz inançlarımız. Ne olduklarına bir bakalım.

1-Hiç adil değil!

Diğerleri bu kadar çok belirsizlikle uğraşmak zorunda kalmıyor, onların hayatı daha öngörülebilir ve net! Bu hiç adil değil!

2-Felaket olacak!

Belirsizlikler kötü sonuçlanır ve sonucu muhtemelen korkunç olacak!

3-Ben bununla baş edemem ki!

Bu kötü sonuçlarla ben asla baş etmeyi beceremem ki!”

Uygulamanın 4. gününde kaygıyı azaltmak için kullanılan güvenlik davranışlarına yer verilmiştir. Kaçınma, erteleme, aşırı güvence arama, çifte kontrol, aşırı bilgi arama örneklerle sunulmuştur. Son olarak katılımcılardan belirsizliğe dair kendi deneyimlerini sorgulaması ve bunu bilişsel-davranışçı yaklaşım perspektifinden “üç kolon” şeklinde kaydetmeleri istenmiştir. Düşünce, duygu ve davranışa odaklanmaları ve alternatif düşünce üretmeleri için pratik yapmaları amaçlanmıştır. Bu uygulama ilerleyen günlerde de her tema için devam etmiştir.

“Tehlike hissettiğimiz durumlarda kendimizi korumak istememiz çok doğaldır. Aslında gerçek bir tehlike olmasa dahi ‘tehlikeli’ olarak algıladığımız durumlarda da yine kendimizi korumak ve kaygımızı azaltmak için bir şeyler yapma ihtiyacı duyarız. Bunlar güvenlik davranışlarıdır.”

“Kaçınma sıklıkla başvuru olan güvenlik davranışlarından. Kaçınma, hissettiğimiz kaygıda hızlı bir azalma sağlar, ancak uzun vadede kaygımızın sürmesine yol açar.”

“Güvenlik davranışlarına baktığımızda aslında pek çok insanın hayatında yapabileceği davranışlar olduğunu görürüz, bunları olumsuz hale getiren bu davranışları “niye” yaptığımızda gizli. O davranışı yapmayı seçerek, tercihle mi yapıyoruz yoksa kaygıyla mı?”

“Belirsizliğin ne kadar da kaygı uyandırıcı olduğunu gördük. Haydi şimdi sizin “belirsiz” hissettiğiniz ve sizde sağlığınıza ilgili kaygı uyandıran durumlardan biri üzerinde çalışalım! Daha iyi gözünüzde

canlandırabilmek için gözlerinizi kapatabilirsiniz, olabildiği kadar canlı hayal edin ve sonrasında aşağıdaki tabloyu doldurun.”

“O an neredeydiniz, ne yapıyordunuz? Nasıl bir belirsizlik kaygınızı harekete geçirdi? Belirsizlik inançlarından hangileri etkiliydi acaba? Adil değil, sonu facia, ben baş edemem ki! Hangileri daha yüksek sesliydi? Zihninizden neler geçti? Hangi bilişsel çarpıtmalar var bu düşüncelerde? Bu olumsuz otomatik düşünceler yerine bugün daha dengeli hangi düşünceleri koyabilirsiniz?”

Uygulamanın 5. günü belirsizliğe tahammülsüzlük temasının son günüdür. İlk olarak katılımcılara belirsizliğin yarattığı kaygıyla ilgili kısa öyküler sunulmuş ve bu örnekler üzerinden işlevsel olmayan düşünceleri, duyguları, bilişsel hataları ve alternatif düşünceleri bulmaları istenmiştir. Katılımcılar doğru yanıt verdiğiğinde ekran yeşile, yanlış yanıt verdiğiğinde ise kırmızıya dönmüştür. Bugünün son egzersizi olumsuz otomatik düşünce ve alternatif düşünceler üzerinedir. Katılımcılardan belirsizlikle ilgili ekranda karışık olarak gördükleri olumsuz otomatik düşünceler (OOD) ve alternatif düşüncelerden hangisinin OOD, hangisinin alternatif düşünce olduğunu seçmeleri istenmiştir. Doğru yanıtta ekran yeşile, yanlışta ise kırmızıya dönmektedir. Yine bu iki uygulama ilerleyen günlerde de her tema için devam etmiştir.

“Ali yakın zamanda bir akrabasını kalp krizi sebebiyle kaybetmiş ve kendi sağlığı için de biraz endişelidir. Merdivenlerden aşağı hızlı hızlı koşarak otobüse yetişmeye çalışırken bir yandan da yakın zamanda yaptırdığı check-up’ın sonucunu düşünmektedir ve belirsizlik canını epey sıkmaktadır. Sonucun ne olacağını düşündükçe de endişesi artmaktadır. Ali’nin aklına gelen işlevsel olmayan düşünce hangisi olabilir?”

- Kalbim yerinden çıkacak gibi atıyor, nefesim kesiliyor, kalp krizi geçiriyorum.
- Çok hızlı indim, biraz dinlenince kalbim normale döner.
- Check-up sonucum muhtemelen iyi olacak.

“OOD mi Alternatif mi?”

Her şey net ve belirli olmalı, aksi durumda işler çok karışır!

Belirsizlik çok kötü şeylerin habercisidir.

Bedenimi sürekli kontrol etmek hastalıklarla ilgili belirsizliği ortadan kaldırır.

Bazen belirsizlikle kalmam gerekebilir ve ben bununla baş edebilirim.

Sağlığım ile ilgili belirsizlikler her zaman kötüye işaret değildir.

Emin olamasam da iyi iş çıkarabilirim!

- 6-7-8. Günler → Kontrol kimde?

Uygulamanın 6.- 7.- 8. günlerinde ‘sağlık kontrol odağı’ teması işlenmiştir. 6. gün kontrol hissi, kontrole dair inançlarımız ve kontrol odağına odaklanılmıştır. Aynı zamanda bir örnek üzerinden kontrol odağının olumsuz otomatik düşüncelere ve sağlık kaygısına etkisi gösterilmiş ve yine aynı örnek üzerinden daha dengeli bir alternatif düşüncenin kaygı düzeyine etkisi aktarılmıştır. En sonda da katılımcının kontrol odağına dair öğrendiklerini sınavdığı bir egzersiz yer almıştır. Ekranda gördüğü cümleler doğruysa sağa yanlışsa sola sürüklemesi istenmiştir. Yanıtı doğruysa ekran yeşile, yanlışsa kırmızıya dönmüştür.

“Çoğu zaman kontrolü elde tutma ihtiyacında oluruz ki bu bize içsel bir rahatlama sağlar. Kontrolün bizde olduğunu bilmek zor durumlarla ve kaygıyla baş etmemizi kolaylaştırır. Kontrolün odağında bazen ‘biz’ oluruz, bazen ‘diğerleri’, bazen de ‘şans, kader’. Bunu belirleyen ise önceki deneyimlerimiz sonucunda oluşan inançlarımızdır.”

“Özellikle sağlığımız söz konusu olduğunda ‘kontrolün kimde olduğu’ daha da önemli hale geliyor. Eğer sağlığımızla ilgili durumları daha çok dışsal odaklara bağlarsak, yani diğerleri, şansa ve kadere, bu kaygımızı daha da arttırabilir. Kontrolümüzün odağı dışsal faktörler olursa olay ve durumlara karşı duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak olumsuz tepki verme yatkınlığımız da artar.”

Uygulamanın 7. gününde katılımcılardan kontrol hissine dair kendi deneyimlerini sorgulaması ve bunu bilişsel-davranışçı yaklaşım perspektifinden “üç kolon” şeklinde kaydetmeleri istenmiştir. Devamında da katılımcılara kontrol odağıyla ilgili kısa öyküler sunulmuş ve bu örnekler üzerinden işlevsel olmayan düşünceleri, duyguları, bilişsel hataları ve alternatif düşünceleri bulmaları istenmiştir.

“Melih iş yerinde arkadaşlarıyla yaptığı toplantı sonrasında içlerinden birinin influenza pozitif olduğunu öğrenmiş ve kendi sağlığından endişe duymaya başlamıştır. Kaygısı o kadar artmıştır ki karnına ağrılar girmiş ve tüm bedeninde yanma hissetmiştir. Sağlığını korumak ya da daha iyi hissetmek için elinden hiçbir şey gelmeyeceğini düşünmüş ve git gide daha da kaygılı hissetmiştir. Melih’in aklına gelen işlevsel olmayan düşünce hangisi olabilir?”

- Sağlığım üzerinde bir etkim yok, kesin hasta olacağım, günlerce hasta yatacağım, bir daha eski sağlığım olmayacak.
- Kaygılanınca hep bedenimde yanma hissederim, bu yanma da ondan sanırım.
- Biraz dinlenmek ve belirti olup olmadığına bakmak iyi olur.

Uygulamanın 8. günü kontrol odağı temasının son günüdür. Katılımcılardan kontrol odağına ilişkin ekranda karışık olarak gördükleri olumsuz otomatik düşünceler (OOD) ve alternatif düşüncelerden hangisinin OOD, hangisinin alternatif düşünce olduğunu seçmeleri istenmiştir.

“OOD mi Alternatif mi?”

Hastalıklar çok güçlü, benim onlara karşı yapabileceğim bir şey yok.

Sağlıkla ilgili her şey kader kısmet işidir.

Sağlığım ile ilgili konularda ‘etkisiz eleman’ gibiyim.

Hastalıklar sonrasında eski sağlıklı halime geri dönebilirim.

Hastalık herkesin başına gelebilir, iyileşmek için yapılabilecek şeyler vardır.

Sağlık üzerinde birçok şey etkilidir, sadece şansa bağlı olamaz.

- 9-10-11. Günler → Bu duygularla ne yapacağım?

Uygulamanın bu bölümünde duygu düzenleme temasına odaklanılmıştır. 9. günde işlenen konular; duygular, duyguyu düzenlemede yaşanan güçlükler, işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri ve işlevsel duygu düzenlemedir. Günün sonunda katılımcılara duygu düzenlemeye dair doğru yanlış egzersizi sunulmuştur.

“Duygular, insanları diğer canlılardan ayıran en büyük farklardan biri. Duygular hem iç hem dış dünyayı değerlendirmemizi ve gerekli düzenlemeleri yapmamızı sağlar. Her bir duygunun bir anlamı ve işlevi vardır, örneğin engellendiğimizde ve hayal kırıklığı yaşadığımızda öfke duygusu ağır basar. Bu duygu, bizi olumsuz etkileme ihtimali olan durumlara karşı bir savunma geliştirmemizi sağlar.”

“Duygumuzu bastırmaya, baskılamaya çalışmak ve inkar etmek kısa vadede bizi idare eden ama uzun vadede bizi sıkıntıya sokabilen stratejilerimiz. Yeniden değerlendirme işlevsel stratejilerden biri. Nasıl işlediğine bir bakalım.”

“Nasıl hissettiğimizi büyük oranda belirleyen şey o anki durumu nasıl değerlendirdiğimizdir. Yani nasıl düşündüğümüzü, o anki yorumumuzu değiştirirsek, yeniden değerlendirirsek aslında nasıl hissettiğimizi de değiştirebiliriz.”

Uygulamanın 10. Gününde katılımcılara duygu düzenleme güçlükleriyle ilgili kısa öyküler sunulmuş ve bu örnekler üzerinden işlevsel olmayan düşünceleri, duyguları, bilişsel hataları ve alternatif düşünceleri bulmaları istenmiştir.

Kaan sinemaya aylarca beklediği filmi izlemeye gider, filmin ortasında hoparlör çok yüksek ve tiz bir ses duyulur ve hoparlör arızalanır. Filme bir süre ara verilir, pek çok kişi bu tiz ve yüksek sestten rahatsız olmuştur Kaan gibi. Ancak Kaan kulağında bir çınlama fark eder ve bu sesin kulağında bir hasar bırakmış olabileceğini düşünür ve içinde adını koyamadığı bir sıkıntı belirir. Durumu yeniden değerlendirseydi o zaman nasıl düşünürdü?

- Yüksek ses çınlamaya yol açtı ve rahatsız etti, işitmemi kaybetme düşüncesi korkuttu ancak çınlama işitme hasarı yaşayacağım anlamına gelmez
- Bu çınlama asla geçmeyecek, bu sesle ömür boyu yaşamak zorunda kalacağım
- Bir insanın başına gelebilecek tüm aksilikler beni buluyor, bütün kötü olayları üzerine çeken bir magnet gibiyim

Uygulamanın 11. gününde katılımcılardan duygu düzenlemede yaşadıkları güçlüğü dair kendi deneyimlerini sorgulaması ve bunu bilişsel-davranışçı yaklaşım perspektifinden “üç kolon” şeklinde kaydetmeleri istenmiştir. Son olarak da katılımcılardan duygu düzenlemeye ilişkin ekranda karışık olarak gördükleri olumsuz otomatik düşünceler (OOD) ve alternatif düşüncelerden hangisinin OOD, hangisinin alternatif düşünce olduğunu seçmeleri istenmiştir.

“OOD mi Alternatif mi?”

Duygularım her zaman gerçeği anlatır

Duygumu değiştiremem

Duygularımın şiddeti beni korkutur

Duygular tıpkı bir dalga gibi gelir ve giderler

Duygularımı düzenleyebilirim

Duygularım her zaman gerçeğin habercisi olmayabilir

- 12-13-14. Günler → Psikolojik olarak “dayanıklı” ve “iyi” olmak

Uygulamanın son teması psikolojik dayanıklılık ve iyi oluş olarak belirlenmiştir. Psikolojik olarak dayanıklı ve iyi olmanın ne anlama geldiği örneklerle açık ve anlaşılır biçimde sunulmuştur. Bilişsel esnekliğe vurgu yapılmıştır. Son olarak da yine doğru yanlış egzersizi ile 12. gün tamamlanmıştır.

“İyi oluş, en temelde içinde doyumlu bir yaşamı ve yaşam boyu karşılaşılabileceğimiz zorlukları yönetilebilmeyi barındırır. Aslında karşılaştığımız zorluklardan hiç etkilenmemek değil de bunları idare edebilmek. İşte tam da burada devreye psikolojik dayanıklılığımız giriyor. “Dayanıklı” deyince sanki çok sert, kırılmaz, herhangi bir darbeden etkilenmez gibi düşünebilirsiniz ancak tam tersi psikolojik dayanıklılık deyince karşımıza çıkan ilk şey esneklik.”

Uygulamanın 13. gününde katılımcılara psikolojik dayanıklılık ile ilgili kısa öyküler sunulmuş ve bu örnekler üzerinden işlevsel olamayan düşünceleri, duyguları, bilişsel hataları ve alternatif düşünceleri bulmaları istenmiştir. Ardından katılımcılardan psikolojik dayanıklılık ve iyi oluşlarına dair kendi deneyimlerini sorgulaması ve bunu bilişsel-davranışçı yaklaşım perspektifinden “üç kolon” şeklinde kaydetmeleri istenmiştir.

“Özge hemşirelik 1. sınıfa başlamış ve ders yoğunluğunun içinde epey zor günler geçirmektedir. Derslerin zorluğunun yanında Özge’yi zorlayan bir başka konu da derslerde öğrendiği hastalıklardır. Her duyduğu hastalık Özge’yi epey korkutmakta ve her birinin kendisinde olabileceğine dair endişe duymaktadır. Bu endişeleri ders çıkışlarında hocaların yanına gidip kendinde fark ettiği belirtileri sorup bunun o hastalığa dair bir belirti olup olmadığını sormaktadır. Çoğu kez tekrar edince hocalar artık cevaplamamaya başlamış bu daha da endişelendirmiştir Özge’yi. Bu kez internetten hastalıklara dair araştırmalar yapmaya başlamıştır. Yine bu araştırmalar sonucunda yüzündeki benlerin cilt kanseri göstergesi olduğuna dair bir düşünce zihnine üşüşür ve korkusu iyice tırmanır. Durumu yeniden değerlendirseydi o zaman nasıl düşünürdü?”

- O kadar dayanıksızım ki... Bir hastalığının olması demek benim bittiğim anlamına gelir. Kendimi korumak için tüm olasılıkları düşünmeliyim.
- Durmadan tetikte olup hastalıklarla ilgili bir şeyler okumak elbette daha da korkmama, endişelenmeme sebep oluyor. Aklıma gelen bu düşüncelerin hepsi doğru olamaz.
- Her şeye hazırlıklı olmam için durmaksızın düşünmeli ve okumalıyım. Vücudumdaki tüm değişiklikleri takip etmeliyim. Başka türlü hastalıktan korunamam.

14. gün hem psikolojik dayanıklılık temasının hem de uygulamanın son günüdür. Katılımcılardan psikolojik dayanıklılığa ilişkin ekranda karışık olarak gördükleri olumsuz otomatik düşünceler (OOD) ve alternatif düşüncelerden hangisinin OOD, hangisinin alternatif düşünce olduğunu seçmeleri istenmiştir. En sonunda uygulamanın tamamlandığına dair bir geri bildirim almışlardır.

“OOD mi Alternatif mi?”

- Bedenim zayıf, toparlanamaz
- Güçsüzüm, hastalıklarla baş edemem
- Tüm bedenimi takip etmeliyim ki hasta olmayayım
- Bedenimdeki her değişim hastalık belirtisi değildir
- Bazen hasta olmak dayanıksızlık göstergesi değildir
- Hastalıklarla başa çıkabilirim

2.2.3.3. Pilot Uygulama

Uygulamanın hazırlanmasının ardından pilot uygulama için katılımcılarla iletişime geçilmiş ve Bilgilendirilmiş Onam formunu okuyup araştırmaya katılımı kabul eden katılımcılara uygulamanın telefonlarına nasıl indirileceği ve uygulamayı nasıl kullanacakları araştırmacı tarafından açıklanmıştır. Pilot uygulamanın sonunda katılımcılardan ön ölçümde alınan ölçümler tekrar alınmış ve uygulamayı kullanırken karşılaştıkları eksiklikler ve zorluklarla ilgili geri bildirimleri alınmıştır. Geri bildirimler

sonucu uygulamada yazılımla ilgili bazı iyileştirilmeler yapılmış ve asıl uygulama için son hali verilmiştir.

2.2.3.4. Asıl Uygulama

2.2.3.4.1. Mobil Uygulama Grubu

Araştırmanın bu aşamasında Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nden ortalamadan 1 standart sapma yüksek puan alan katılımcılardan araştırmanın ikinci aşamasına katılımı kabul eden ve seçkisiz atama sonucu mobil uygulama grubunda yer alan 13 katılımcı ile iletişime geçilmiştir. Ardından uygulamanın telefonlarına nasıl indirileceği ve uygulamayı nasıl kullanacakları araştırmacı tarafından açıklanmıştır.

Puanları ortalamadan 1 standart sapma yukarıda olan katılımcıların seçilmesindeki sebeplerden biri güncel çalışmada analog örneklem ile çalışılmasıdır. Bu örnekleme katılımcılar klinik örnekleme benzemekte ancak tanı alacak ölçüde belirti göstermemektedir. Aynı zamanda 1 standart sapmanın üzerinde puan alan katılımcıların çoğunlukla dışlama kriterlerini (psikiyatrik tanı, psikiyatrik ilaç kullanımı ve psikoterapi) karşıladığı görülmüştür. Tüm bu sebepler ikinci aşamada yer alacak katılımcıları belirlerken 1 standart sapma yukarıda puan alan katılımcıların seçilmesinde etkili olmuştur.

Akıllı telefonlarıyla uyumlu işletim sistemi üzerinden uygulamayı telefonlarına indirmeleri sağlanarak belirlenen günde uygulamayı kullanmaya başlamaları istenmiştir. Tüm katılımcıların uygulamayı kullanmaya aynı günde başlaması sağlanmıştır. Uygulamanın tamamlanması 14 gün sürmüştür. Uygulamanın düzenli kullanımının takip edilebilmesi için çalışmanın 3., 6., 9., 12. ve 14. günlerinde katılımcılardan uygulamanın kaçınıcı gününde olduklarına dair geri bildirim istenmiş ve olası katılımcı kaybının önüne geçilmeye çalışılmıştır. Uygulamanın tamamlandığı gün katılımcılardan son ölçüm olarak Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği, HealingBox Tutum Ölçeği, Teknoloji Tutum Ölçeği'nden oluşan ölçek setini doldurmaları istenmiştir.

2.2.3.4.2. Kontrol Grubu

Kontrol grubundaki katılımcılara bu süreçte herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Çalışmanın sonlanmasının ardından kontrol grubundaki katılımcılara da son ölçüm olarak aynı veri seti gönderilmiştir. Talep eden katılımcıların çalışma tamamlandıktan sonra mobil uygulamayı kullanmalarını sağlanmıştır.

2.2.3.4.3. Açık Uçlu Sorular

Mobil uygulamayı kullanan katılımcılara kullanıcı deneyimlerine ilişkin açık uçlu sorular iletilmiştir. Bazı sorular belirlenmiş ve her katılımcıya aynı sorular iletilmiştir. Belirlenen sorular şöyledir:

Uygulamanın sevdiğiniz özellikleri neler oldu?

Uygulamada faydalı bulduğunuz neler oldu?

Uygulamada eksik olarak gördüğünüz neler oldu?

Uygulamada neyin değişmesini isterdiniz?

2.2.4. Verilerin Analizi

Araştırmanın ikinci aşamasında elde edilen ölçümler 2 (Grup: Mobil Uygulama Grubu, Kontrol Grubu) X 2 (Zaman: ön test, son test) Karma Desen ANOVA ile analiz edilmiştir. Böylece, analizlerin sonucunda katılımcıların ölçümlerinde anlamlı bir değişimin olup olmadığı değerlendirilmiştir.

3. BÖLÜM

BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde öncelikle katılımcıların sağlık kaygısı belirti düzeyi, sağlık kontrol odağı, duygu düzenleme güçlüğü, belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş ve dayanıklılık düzeyleri incelenmiş ve sağlık kaygısı düzeyi yüksek ve düşük katılımcıların belirtilen değişkenler bakımından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda ilk olarak katılımcıların sağlık kaygısı, sağlık kontrol odağı, duygu düzenleme güçlüğü, belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş ve dayanıklılık toplam puanları hesaplanmıştır. Ardından sağlık kaygısı yüksek ve düşük katılımcıların bu boyutlar doğrultusunda da karşılaştırılması amacıyla bu değişkenlere dair alt boyutların toplam puanları hesaplanmıştır.

3.1. SAĞLIK KAYGISI YÜKSEK ve DÜŞÜK GRUPLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Toplam puanlar hesaplanmadan önce kayıp veri analizi yapılarak ortalamaya göre kayıp veri ataması yapılmıştır. Ardından normallik ve doğrusallık değerleri incelenmiş ve uç değerler z dağılımına göre ($|z| \geq 3.29$) (Tabachnick ve Fidell, 2007) kontrol edildikten sonra 5 katılımcı veri setinden çıkarılmıştır.

Katılımcıların sağlık kaygısı, sağlık kontrol odağı, duygu düzenleme güçlüğü, belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş ve dayanıklılık toplam puanları ve alt boyutlara ilişkin puanlar, ortalamalar, standart sapma, en düşük ve en yüksek puanlar Tablo 2’de, alt boyutlar arasındaki korelasyonlar Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 2 Değişkenler ve Alt Boyutlara İlişkin Ortalama, Standart Sapma, En Düşük ve En Yüksek Değerler

	Ortalama	Standart Sapma	En Düşük	En Yüksek
Sağlık kaygısı	17.81	11.41	3	39
Bedensel belirti duyarlılık	14.10	8.82	2	30
Hastalık sonucu	3.71	3.18	0	11
Psikolojik iyi oluş	39.95	10.18	15	56
Psikolojik dayanıklılık	114.54	21.73	76	161
Yapısal stil	13.71	3.90	4	20
Gelecek algısı	13.45	4.54	4	20
Aile uyumu	19.47	5.63	7	30
Kendilik algısı	21.37	5.77	10	30
Sosyal yeterlilik	20.63	4.95	7	30
Sosyal kaynaklar	25.92	5.28	12	35
Sağlık kontrol odağı	61.54	10.16	38	96
İç kontrol	24.89	4.60	14	35
Şans	16.17	5.86	6	30
Güçlü diğerleri	20.48	6.91	6	34
Belirsizliğe tahammülsüzlük	86.16	25.84	27	135
Stres verici	31.13	10.04	9	45
Olumsuz benlik	22.48	7.61	8	40
Geleceği bilmeme	12.84	4.83	4	20
Eylemi engelleme	16.36	4.77	5	25
Duygu düzenleme güçlüğü	93.02	31.31	37	158
Açıklık	12.03	4.61	5	22
Farkındalık	13.56	4.60	6	25
Dürtüsellik	15.62	6.60	6	30
Kabul etmeme	14.34	6.43	6	30
Amaç	16.10	5.63	5	25
Strateji	21.37	8.93	8	40

Tablo 3 *Alt boyutlar arasındaki korelasyonlar*

Alt Boyutlar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1. Bed. Bel. Duy.																					
2. Hast. Sonucu	.53**																				
3. Psk. İyi Oluş	-.38**	-.47**																			
4. Yapısal Stil	-.17**	-.18**	.39**																		
5. Gelecek Alg.	-.35**	-.40**	.60**	.42**																	
6. Aile Uyumu	-.19**	-.29**	.40**	.21**	.37**																
7. Kendilik Alg.	-.48**	-.48**	.61**	.39**	.59**	.33**															
8. Sosyal Yet.	-.19**	-.24**	.43**	.13*	.26**	.17**	.39**														
9. Sosyal Kay.	-.26**	-.33**	.54**	.24**	.45**	.45**	.47**	.39**													
10. İç Kontrol	-.15**	-.09	.16**	.17**	.11*	.10	.17**	.05	.05												
11. Şans	.19**	.12*	-.11*	-.15**	-.19**	-.07	-.25**	-.05	-.05	-.19**											
12. Güçlü Diğ.	.10	.02	.06	.04	.00	.13*	-.02	.09	.11*	.18**	.18**										
13. Stres Verici.	.36**	.39**	-.41**	-.18**	-.39**	-.26**	-.48**	-.22**	-.33**	-.02	.22**	.07									
14. Olumsuz Ben.	.33**	.37**	-.40**	-.23**	-.45**	-.23**	-.49**	-.21**	-.32**	.01	.27**	.13*	.72**								
15. Gel. Bilmeme	.35**	.38**	-.32**	-.10	-.33**	-.23**	-.42**	-.24**	-.29**	-.02	.17**	.05	.82**	.72**							
16. Eylem Eng.	.32**	.31**	-.31**	-.14*	-.33**	-.14*	-.37**	-.16**	-.19*	-.02	.19**	.12*	.70**	.66**	.64**						
17. Açıklık	.34**	.35**	-.44**	-.31**	-.37**	-.16**	-.53**	-.21**	-.23**	-.19**	.24**	.05	.35**	.42**	.34**	.32**					
18. Farkındalık	.25**	.23**	-.37**	-.24**	-.33**	-.16**	-.42**	-.23**	-.27**	-.18*	.14**	.06	.22**	.28**	.24**	.20**	.56**				
19. Dürtü	.36**	.43**	-.43**	-.25**	-.42**	-.28**	-.56**	-.19**	-.30**	-.08	.23**	.03	.49**	.57**	.53**	.45**	.57**	.38**			
20. Kabul Etme.	.30**	.40**	-.38**	-.19**	-.36**	-.21**	-.47**	-.16**	-.27**	-.11	.22**	.09	.47**	.58**	.51**	.44**	.52**	.39**	.70**		
21. Amaçlar	.39**	.46**	-.46**	-.28**	-.41**	-.27**	-.53**	-.21**	-.28**	-.15**	.16**	.00	.49**	.48**	.47**	.43**	.45**	.28**	.70**	.54**	
22. Stratejiler	.42**	.56**	-.50**	-.26**	-.48**	-.31**	-.66**	-.21**	-.36**	-.10	.28**	.10	.57**	.62**	.58**	.46**	.53**	.37**	.80**	.71**	.72**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Bed. Bel. Duy=Bedensel belirtilere duyarlılık, Hast. Sonucu= Hastalığın sonucuna dair kaygı, Psk. İyi oluş = Psikolojik iyi oluş, Gelecek Alg.= Gelecek algısı, Kendilik Alg.= Kendilik algısı, Sosyal yet.= Sosyal yetkinlik, Sosyal kay.= Sosyal kaynaklar, Güçlü diğ.=Güçlü diğerleri, Stres verici.= Stres vericilik, Olumsuz ben.= Olumsuz benlik, Gel. Bilmeme= Geleceği bilmeme, Eylem eng.= Eylemi engelleme, Kabul etme= Kabul etmeme

Sonraki aşamada, sağlık kaygısı yüksek ve düşük grupları belirlemek adına Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nden elde edilen puanların ortalamaları alınmış ve ortalamadan en az 1 standart sapma yukarda puan alan katılımcılar (22.67 ve üzerindeki puanlar) yüksek sağlık kaygısına sahip grup olarak, en az 1 standart sapma aşağıda puan alan katılımcılar (8.45 ve altındaki puanlar) ise düşük sağlık kaygısına sahip grup olarak belirlenmiştir. Gruplara ilişkin kişi sayıları, ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4 *Düşük ve Yüksek Sağlık Kaygısı Gruplarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri*

	SK Belirti Düzeyi			
	Düşük SK (n=48)		Yüksek SK (n=53)	
	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>
Bedensel belirtilere duyarlılık	5.42	1.41	21.96	3.91
Hastalık sonucu	1.00	1.20	6.17	2.29
SK toplam puan	6.41	1.28	28.13	4.51

SK= Sağlık Kaygısı

Tablo 4'ten görüldüğü üzere düşük sağlık kaygısı grubunda 48 katılımcı yer almıştır ve sağlık kaygısı toplam puanları 9 ve 3 arasında değişmektedir. Yüksek sağlık kaygısı grubunda ise 53 katılımcı yer almıştır ve sağlık kaygısı toplam puanları 23 ve 39 arasında değişmektedir.

Çalışmanın bu aşamasında yüksek ve düşük sağlık kaygısı gruplarının duygu düzenleme güçlüğü, belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş ve dayanıklılık açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda Bağımsız gruplar t testi ile analizler gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5 *Yüksek ve Düşük SK Gruplarının Karşılaştırılması*

	SK Belirti Düzeyi				t testi		
	Düşük SK (n=48)		Yüksek SK (n=53)		t	df	p
	Ort.	SS	Ort.	SS			
Psikolojik iyi oluş	45.84	8.62	34.62	8.44	6.61	99	.00
Belirsizliğe tahammülsüzlük	70.65	25.06	100.21	17.12	6.85	81.90	.00
Duygu düzenleme güçlüğü	72.44	25.51	111.68	23.47	8.05	99	.00
Psikolojik dayanıklılık	127.38	19.32	102.92	16.76	6.81	99	.00

SK = Sağlık Kaygısı

Bağımsız gruplar t testi analizi sonuçları belirsizliğe tahammülsüzlük ($t[81.90] = -6.85, p < .01$), duygu düzenleme güçlüğü ($t[99] = -8.05, p < .01$), psikolojik iyi oluş ($t[99] = 6.61, p < .01$) ve dayanıklılık ($t[99] = 6.81, p < .01$) bakımından düşük ve yüksek sağlık kaygısı gruplarının istatistiksel olarak birbirinden farklılaştığını göstermiştir. Başka bir ifadeyle, yüksek sağlık kaygısına sahip bireyler daha fazla belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu düzenleme güçlüğü yaşadıklarını ve daha düşük psikolojik iyi oluş ve dayanıklılık deneyimlediklerini ifade etmişlerdir.

Devam eden aşamada yüksek ve düşük sağlık kaygısı gruplarının belirtilen değişkenlerin alt boyutları bakımından karşılaştırılması amacıyla Çok Değişkenli Varyans Analizi (MANOVA) yapılmıştır. Yürütülen analizlerdeki Tip 1 hatayı engellemek amacıyla Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Anlamlılık değeri belirsizliğe tahammülsüzlük için 0.013 (0.05/4), psikolojik dayanıklılık ve duygu düzenleme güçlüğü için 0.008 (0.05/6) olarak kabul edilmiştir. MANOVA sonucu incelendiğinde düşük ve yüksek sağlık kaygısı gruplarının belirsizliğe tahammülsüzlük değişkeninin stres vericilik ($F[1, 99] = 53.89, p < .001, \eta^2_{kismi} = .35$), olumsuz benlik ($F[1, 99] = 22.78, p < .001, \eta^2_{kismi} = .19$), geleceği bilmeme ($F[1, 99] = 39.91, p < .001, \eta^2_{kismi} = .29$), eylemi engelleme ($F[1, 99] = 43.85, p < .001, \eta^2_{kismi} = .31$) alt boyutlarında farklılaştığı görülmüştür. Bulgular benzer biçimde psikolojik dayanıklılık değişkeninin sosyal yeterlilik ($F[1, 99] = 12.85, p < .001, \eta^2_{kismi} = .12$), sosyal kaynaklar ($F[1, 99] = 18.71, p < .001, \eta^2_{kismi} = .16$), gelecek algısı ($F[1, 99] = 28.78, p < .001, \eta^2_{kismi} = .23$), kendilik algısı ($F[1, 99] = 68.79, p < .001, \eta^2_{kismi} = .41$) ve aile uyumu ($F[1, 99] = 9.03, p = .003, \eta^2_{kismi} = .08$) alt boyutlarında iki grup

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğuna işaret etmiştir. Yalnızca yapısal stil ($F[1, 99] = 7.11, p = .009$) alt boyutunda gruplar arası anlamlı bir fark gözlenmemiştir. MANOVA analizi bulguları duygu düzenleme güçlüğü değişkeninin açıklık ($F[1, 99] = 26.03, p < .001, \eta^2_{kismi} = .21$), farkındalık ($F[1, 99] = 13.79, p < .001, \eta^2_{kismi} = .12$), dürtüsellik ($F[1, 99] = 37.97, p < .001, \eta^2_{kismi} = .28$), kabul etmeme ($F[1, 99] = 38.02, p < .001, \eta^2_{kismi} = .28$), amaç ($F[1, 99] = 53.85, p < .001, \eta^2_{kismi} = .35$) ve strateji ($F[1, 99] = 70.99, p < .001, \eta^2_{kismi} = .42$) alt boyutlarında yüksek ve düşük sağlık kaygısı gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığını göstermiştir.

Tablo 6'dan görüleceği üzere belirsizliğe tahammülsüzlük ve duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarında sağlık kaygısı yüksek grubun ortalamalarının sağlık kaygısı düşük gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Psikolojik dayanıklılığın alt boyutlarına bakıldığında ise sağlık kaygısı yüksek katılımcıların ortalamalarının sağlık kaygısı düşük katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 6 Yüksek ve Düşük SK Gruplarının Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Psikolojik Dayanıklılık ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Alt Boyutlarındaki Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	SK Belirti Düzeyi			
	Düşük SK (n=48)		Yüksek SK (n=53)	
	Ort.	SS	Ort.	SS
Belirsizliğe Tahammülsüzlük				
Stres vericilik	24.90 _a	9.43	36.77 _b	6.71
Olumsuz benlik	19.04 _a	7.65	25.58 _b	6.12
Geleceği bilmeme	10.12 _a	4.79	15.28 _b	3.35
Eylemi engelleme	13.59 _a	4.56	18.86 _b	3.39
Psikolojik Dayanıklılık				
Sosyal yeterlilik	22.38 _a	4.85	19.04 _b	4.51
Sosyal kaynaklar	28.12 _a	4.96	23.93 _b	4.77
Yapısal stil	14.76 _a	3.39	12.76 _a	4.11
Gelecek algısı	15.70 _a	4.11	11.41 _b	3.93
Aile uyumu	21.17 _a	5.45	17.92 _b	5.38
Kendilik algısı	25.24 _a	4.23	17.86 _b	4.65
Duygu Düzenleme Güçlüğü				
Açıklık	9.83 _a	3.78	14.02 _b	4.41
Farkındalık	11.87 _a	4.31	15.08 _b	4.35
Dürtüsellik	11.99 _a	4.94	18.92 _b	6.21
Kabul etmeme	10.82 _a	5.36	17.55 _b	5.61
Amaç	12.60 _a	5.13	19.27 _b	3.96
Strateji	15.34 _a	7.01	26.84 _b	6.71

*Her bir satırda aynı harfin yer aldığı ortalama değerler birbirinden farklılaşmamaktadır.

SK = Sağlık Kaygısı

Katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu düzenleme güçlüğü, psikolojik iyi oluş ve psikolojik dayanıklılık düzeylerine sağlık kaygısı düzeyi ve sağlık kontrol odağının ortak etkisini incelemek üzere İki Yönlü MANOVA yürütülmüştür. Bulgular duygu düzenleme güçlüğü ($F[2, 95] = 0.74, p = .48$), belirsizliğe tahammülsüzlük ($F[2, 95] = 0.07, p = .93$), psikolojik iyi oluş ($F[2, 95] = 0.62, p = .54$) ve dayanıklılık ($F[2, 95] = 0.14, p = .87$) üzerinde kontrol odağı temel etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir. Benzer biçimde analiz sonuçları duygu düzenleme güçlüğü ($F[2, 95] = 1.01, p = .37$), belirsizliğe tahammülsüzlük ($F[2, 95] = 0.92, p < .40$), psikolojik iyi

oluş ($F[2, 95] = 0.40, p = .67$) ve dayanıklılık ($F[2, 95] = 1.09, p = .34$) üzerinde sağlık kaygısı düzeyi x kontrol odağı etkileşim etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir. Duygu düzenleme güçlüğü ($F[1, 95] = 33.98, p < .001, \eta^2_{kismi} = .26$), belirsizliğe tahammülsüzlük ($F[1, 95] = 28.29, p < .001, \eta^2_{kismi} = .23$), psikolojik iyi oluş ($F[1, 95] = 25.53, p < .001, \eta^2_{kismi} = .21$), ve dayanıklılık ($F[1, 95] = 27.40, p < .001, \eta^2_{kismi} = .22$), üzerinde sağlık kaygısı düzeyi için temel etki gözlenmiştir.

3.2. ARACI DEĞİŞKEN ANALİZLERİ

Alanyazın incelemesi sonucunda sağlık kaygısı ve psikolojik iyi oluş üzerinde etkili olabileceği düşünülen değişkenlerin bir model ile değerlendirilerek mobil uygulamaların içeriklerinin oluşturulması amaçlanmıştır. Tez çalışmasının bu aşamasında psikolojik iyi oluş ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide belirsizliğe tahammülsüzlüğün, sağlık kontrol odağının (iç kontrol, şans, güçlü diğerleri), psikolojik dayanıklılığın ve duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı etkisi incelenmiştir. Bu amaç doğrultusunda Preacher ve Hayes (2008)'in geliştirdiği Bootstrap yöntemi ile çoklu aracılı model testi kullanılmıştır (Model 4). Oluşturulan modele ilişkin bulgular devam eden bölümde aktarılmıştır.

3.2.1. Psikolojik İyi Oluş ile Sağlık Kaygısı Arasındaki İlişkide Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün, Sağlık Kontrol Odağının (İç Kontrol, Şans, Güçlü Diğerleri), Psikolojik Dayanıklılığın ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Etkisi

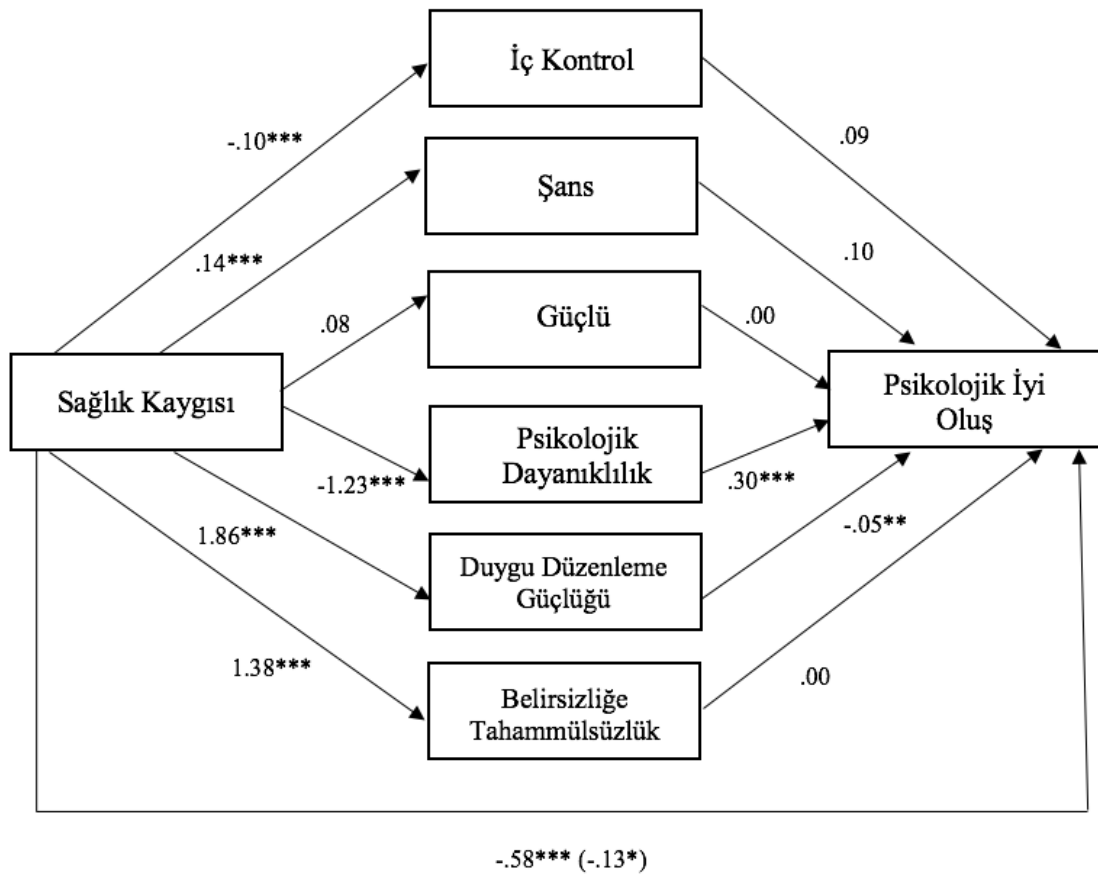
Bu bölümde sağlık kaygısının belirsizliğe tahammülsüzlük, sağlık kontrol odağı (iç kontrol, şans, güçlü diğerleri), psikolojik dayanıklılık ve duygu düzenleme güçlüğü aracılığıyla psikolojik iyi oluşu yordayıp yordamadığı test edilmiştir. Analiz sonuçlarında doğrudan etkilere bakıldığında sağlık kaygısının belirsizliğe tahammülsüzlük ($\beta = 1.38, p < .001$), iç kontrol ($\beta = -.10, p < .001$), şans ($\beta = .14, p < .001$), psikolojik dayanıklılık ($\beta = -1.23, p < .001$) ve duygu düzenleme güçlüğü ($\beta = 1.86, p < .001$) üzerinde doğrudan etkisi saptanmıştır. Öte yandan, sağlık kaygısının güçlü diğerleri ($\beta = .08, p > .05$) üzerinde doğrudan bir etkisi olmadığı görülmüştür. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün ($\beta = -.003, p > .05$), iç kontrolün ($\beta = .09, p > .05$), şansın ($\beta = .10, p > .05$), güçlü diğerlerinin ($\beta = .004, p > .05$) psikolojik iyi oluş üzerinde doğrudan anlamlı etkisi olmadığı sonucuna

ulaşmıştır. Öte yandan, psikolojik dayanıklılığın ($\beta = .30, p < .001$) ve duygu düzenleme güçlüğü'nün ($\beta = -.05, p < .01$) psikolojik iyi oluş üzerinde doğrudan anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür. Sağlık kaygısı ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkinin anlamlı ve negatif yönlü olduğu görülmüştür ($\beta = -.58, p < .001$).

Aracı etkiler ayrı ayrı incelendiğinde sağlık kaygısı ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın [(b = -.36, GA = -.4463, -.2838)] ve duygu düzenleme güçlüğü'nün [(b = -.09, GA = -.1633, -.0252)] aracılık rolünün anlamlı olduğu, belirsizliğe tahammülsüzlüğün [(b = -.004, GA = -.0524, .0488)], iç kontrolün [(b = -.008, GA = -.0264, .0055)], şansın ve güçlü diğerleri sağlık kontrol odağının [(b = .000, GA = -.0089, .0112)] aracılık rolünün anlamlı olmadığı saptanmıştır. Ancak psikolojik dayanıklılık ve duygu düzenleme güçlüğü ile birlikte belirsizliğe tahammülsüzlüğün ve sağlık kontrol odağının (iç kontrol, şans, güçlü diğerleri) toplam aracılık etkisinin anlamlı olduğu görülmüştür [(b = -.45, GA = -.5480, -.3574)]. Aracı değişkenlerin modelden çıkarıldığı durumda ise sağlık kaygısı ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkinin azaldığı saptanmıştır ($\beta = -.13, p < .05$). Sonuç olarak, psikolojik dayanıklılığın ve duygu düzenleme güçlüğü'nün sağlık kaygısı ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkide “kısmi aracılık” etkisi olduğu görülmüştür. Ek olarak, modelin anlamlı olduğu ($F(1, 335) = 86.73, p < .001$) ve varyansın %21'ini açıkladığı bulunmuştur.

Tablo 7 Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Sağlık Kontrol Odağı (İç kontrol, Şans, Güçlü diğerleri), Psikolojik Dayanıklılık ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Sağlık Kaygısı ile Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişkide Aracılık Etkisi

Değişken	B	SH	%95 Güven Aralığı	
			Düşük	Yüksek
Toplam	-.45	.05	-.5480	-.3574
SKO-İç Kontrol	-.01	.01	-.0264	.0055
SKO-Şans	.02	.01	-.0024	.0378
SKO-Güçlü Diğerleri	.00	.01	-.0089	.0112
Belirsizliğe Tahammülsüzlük	-.004	.03	-.0524	.0488
Psikolojik Dayanıklılık	-.36	.04	-.4463	-.2838
Duygu Düzenleme Güçlüğü	-.09	.04	-.1633	-.0252



Şekil 3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Sağlık Kontrol Odağı (İç kontrol, Şans, Güçlü diğerleri), Psikolojik Dayanıklılık ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Sağlık Kaygısı ile Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişkide Aracı Rolü

Not. Şekilde standardize olmayan betalara yer verilmiştir. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

3.3. MOBİL UYGULAMA GRUBU VE KONTROL GRUBUNUN KARŞILAŞTIRILMASI

Mobil uygulama grubundan (n=13) uygulama öncesinde ön test ölçümleri alınmıştır. Kontrol grubundan (n=13) da mobil uygulama grubuyla aynı zamanda ön test ölçümleri alınmıştır. Mobil uygulamaların tamamlanmasının ardından her iki gruptan da son test ölçümleri alınmıştır. Mobil uygulama grubunun mobil uygulamayı kullandığı 14 günlük sürede kontrol grubuna herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Araştırma kapsamında analizler IBM SPSS 23 paket programı kullanılarak yürütülmüştür.

Ön ölçümlerde gruplar arası bir farkın olup olmadığını değerlendirmek üzere SAÖ, PİÖÖ, PDÖ, ÇSKÖÖ, DDGÖ, BTÖ, TTÖ ön test puanları tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yürütülmüştür. Ardından mobil uygulamanın sağlık kaygısı, psikolojik iyi oluş, psikolojik dayanıklılık, sağlık kontrol odağı, duygu düzenleme güçlüğü ve belirsizliğe tahammülsüzlük üzerindeki etkisini ve gruplar arası farkı incelemek üzere 2 (Grup: Mobil Uygulama Grubu, Kontrol Grubu) X 2 (Zaman: ön test, son test) Karma Desen ANOVA yürütülmüştür.

Analizler yürütülmeden önce kayıp değer ve uç değerler incelenmiştir. Varyans analizlerini yürütebilmek için gerekli varsayımlar (normallik, homojenlik ve küresellik) gözden geçirilmiştir. Örneklemin (n=26) 50'nin altında olmasından dolayı Shapiro-Wilk normallik testi kullanılmıştır (Büyüköztürk, 2019). Testin sonuçları mobil uygulama ve kontrol gruplarının hem ön ölçüm hem son ölçümlerinin normal dağıldığını göstermiştir ($p > .05$). Aynı zamanda normallik varsayımının basıklık ve eğiklik değerleriyle incelenmesi sonucunda da ön ölçüm ve son ölçüm değerlerinin -1.5 ve 1.5 değerleri arasında olduğu görülmüştür. Buradan hareketle verilerin normal dağılım gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Homojenliği değerlendirmek üzere Levene eşitlik testi sonuçları incelendiğinde ön ölçüm ve son ölçüm puanlarına ilişkin varyansların homojen dağıldığı görülmüştür. Mobil uygulama grubu ve kontrol grubunun ön ölçüm ve son ölçüm puan ortalamaları ve standart sapma değerleri Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8 Mobil Uygulama ve Kontrol Grubunun Ön Test ve Son Test Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Mobil Uygulama Grubu				Kontrol Grubu			
	Ön test		Son test		Ön test		Son test	
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS
SAÖ	26.77	4.68	21.69	6.42	24.85	4.58	24.69	5.56
PİOÖ	37.46	9.82	37.62	8.82	39.00	8.06	41.69	6.02
PDÖ	110.69	19.26	111.15	17.71	115.31	20.11	111.69	18.78
ÇBSKOÖ	58.23	13.57	59.46	8.84	63.46	9.31	65.31	6.02
DDGÖ	111.08	20.48	105.62	27.45	95.31	29.97	100.77	32.43
BTÖ	109.23	12.78	97.46	20.53	95.08	20.85	90.46	25.42
CAÖ	27.23	5.97	27.00	0.01	26.38	3.78	26.38	4.17
TTÖ	147.08	26.90	146.15	21.37	138.08	10.80	136.00	12.45

SAÖ=Sağlık anksiyetesi ölçeği, PİOÖ= Psikolojik iyi oluş ölçeği, PDÖ= Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, ÇBSKOÖ=Çok boyutlu sağlık kontrol odağı ölçeği, DDGÖ= Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği, BTÖ=Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği, CAÖ=Covid algısı ölçeği, TTÖ=Teknoloji tutum ölçeği

3.3.1. Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun Ön Test Puanlarının Karşılaştırılması

Mobil uygulama ve kontrol grubu katılımcılarının ön ölçüm puanları arasında bir farkın olup olmadığını değerlendirmek üzere SAÖ, PİOÖ, PDÖ, ÇBSKOÖ, DDGÖ, BTÖ, TTÖ ön ölçüm puanları tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonuçları ön ölçümler açısından iki grup arasında bir farkın olmadığını göstermiştir ($p > .05$). Sonuçlar Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9 Mobil Uygulama ve Kontrol Grubunun Ön Ölçüm Puanları Açısından ANOVA ile Karşılaştırılması

	Mobil Uygulama Grubu		Kontrol Grubu		F	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
SAÖ	26.77	4.68	24.85	4.58	1.12	.30
PİOÖ	37.46	9.82	39.00	8.06	0.19	.67
PDÖ	110.69	19.26	115.31	20.11	0.36	.57
CAÖ	58.23	13.57	63.46	9.31	0.19	.67

ÇBSKOÖ	111.08	20.48	95.31	29.97	1.31	.26
BTÖ	109.23	12.78	95.08	20.85	4.36	.05
DDGÖ	27.23	5.97	26.38	10.80	2.45	.13
TTÖ	147.08	26.90	138.08	10.80	1.25	.27

SAÖ=Sağlık anksiyetesi ölçeği, PİOÖ= Psikolojik iyi oluş ölçeği, PDÖ= Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, ÇBSKOÖ=Çok boyutlu sağlık kontrol odağı ölçeği, DDGÖ= Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği, BTÖ=Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği, CAÖ=Covid algısı ölçeği, TTÖ=Teknoloji tutum ölçeği

Mobil uygulama ve kontrol grubunun cinsiyet ve eğitim durumu gibi özellikler bakımından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek üzere ki-kare testi yürütülmüştür. İki grubun yaş değişkeni bakımından farklarını incelemek üzere tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yürütülmüştür. Analiz sonuçları çalışmadaki iki grubun cinsiyet [$\chi^2(1) = 3.39$, $p = .220$] ve eğitim durumu [$\chi^2(2) = 1.36$, $p = .506$] bakımından farklılaşmadığını göstermiştir. Varyans analizi sonucu da benzer biçimde iki grubun yaş bakımından benzer olduğuna işaret etmiştir [$F(1,24) = .30$, $p = .592$].

3.3.2. Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun Ön Test ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılması

Mobil uygulamanın sağlık kaygısı, belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu düzenleme güçlüğü, sağlık kontrol odağı, psikolojik dayanıklılık ve iyi oluş düzeyine etkisini incelemek ve mobil uygulamanın etkililiğini kontrol grubu ile karşılaştırmak üzere 2 (Grup: mobil uygulama grubu, kontrol grubu) x 2 (Zaman: ön test, son test) karma desenler için iki yönlü varyans analizi (ANOVA) yürütülmüştür.

3.3.2.1. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) Ön Test ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılması

SAÖ ön test ve son test puanlarını karşılaştırmak üzere yürütülen karma desenler için iki yönlü varyans analizi sonucu zamanın temel etkisinin [$F(1,24) = 8.17$, $p < .001$, $\eta^2_{kısmi} = .25$] ve zaman ile grup etkileşim etkisinin [$F(1,24) = 7.24$, $p < .001$, $\eta^2_{kısmi} = .23$] istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. Ancak grubun temel etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür [$F(1,24) = 0.08$, $p = .779$] (Tablo 10). Covid-19 algısı etkisi kontrol edildiğinde dahi zaman ve grup etkileşim etkisinin

Mobil Uyg. G. 26.77 4.68 21.69 6.42 5.08 1.29 .001 2.41 7.75

Kontrol G. 24.85 4.58 24.69 5.56 0.15 1.29 .906 -2.52 2.83

Mobil Uyg. G.= Mobil uygulama grubu

Kontrol G. = Kontrol grubu

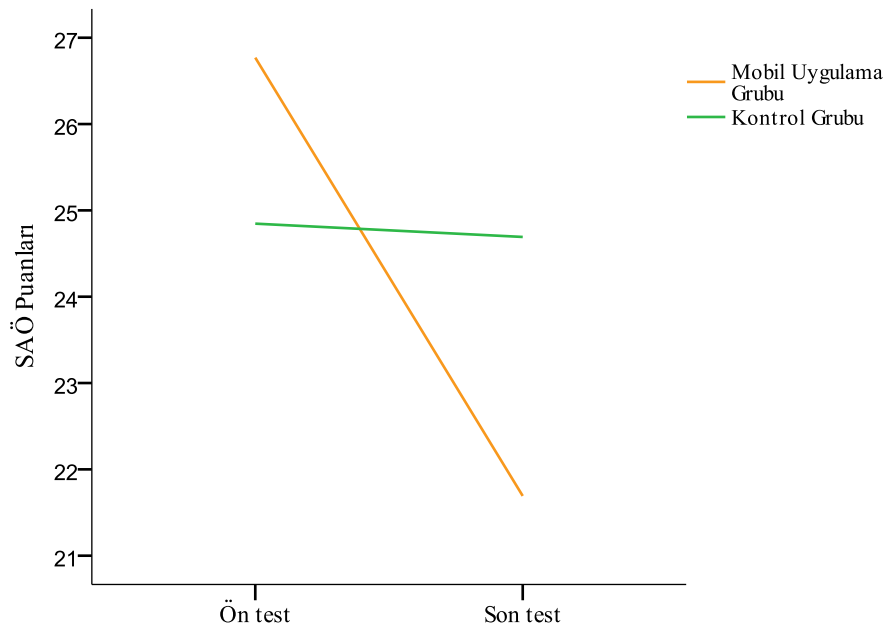
SAÖ ön test ve son test puanlarının gruplar arasında Covid-19 virüsüne yakalanıp yakalanmama ve internet üzerinden hastalık araştırma sıklığı açısından karşılaştırmak üzere yürütülen karma desenler için iki yönlü varyans analizi sonucu zaman, grup ve Covid-19 etkileşim etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir [$F(1,13) = 0.50$, $p = .492$]. Ayrıca sonuçlar, zaman, grup ve internet üzerinden hastalık arama sıklığının etkileşim etkisinin [$F(2,13) = 0.44$, $p = .656$] istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir. Ek olarak, zaman, grup, Covid-19 geçmişi ve internetten hastalıklarla ilgili araştırma sıklığının etkileşim etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür [$F(1,13) = 0.19$, $p = .670$] (Tablo 12).

Tablo 12 Covid-19 Geçmişi ve İnternette Hastalık Arama Sıklığına ve Gruba Göre SAÖ Ön test ve Son test Puanlarına İlişkin Çok Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p	η^2
Gruplar arası						
Grup	1.53	1	1.53	0.06	.805	.01
İHA	40.55	4	10.14	0.42	.792	.11
Co-19	35.51	1	35.51	1.47	.247	.10
Grup*Co-19	0.03	1	0.03	0.00	.971	.00
Grup*İHA	9.35	2	4.67	0.19	.827	.03
İHA*Co-19	16.65	2	8.32	0.34	.715	.05
Grup*Co-19*İHA	9.87	1	9.87	0.41	.534	.03
Hata	314.49	13	24.19			
Grup içi						
Zaman	95.92	1	95.92	7.94	.015	.38

Zaman*Grup	39.22	1	39.22	3.25	.095	.20
Zaman*İHA	5.76	4	1.44	0.12	.973	.04
Zaman*Co-19	31.68	1	31.68	2.62	.129	.17
Zaman*Grup*Co-19	6.04	1	6.04	0.50	.492	.04
Zaman*Grup*İHA	10.53	2	5.26	0.44	.656	.06
Zaman*Co-19*İHA	19.22	2	9.61	0.80	.472	.11
Zaman*Grup*Co-19*İHA	2.30	1	2.30	0.19	.670	.01
Hata	156.98	13	12.08			

Co-19=Covid-19, İHA= İnternette Hastalık Arama Sıklığı



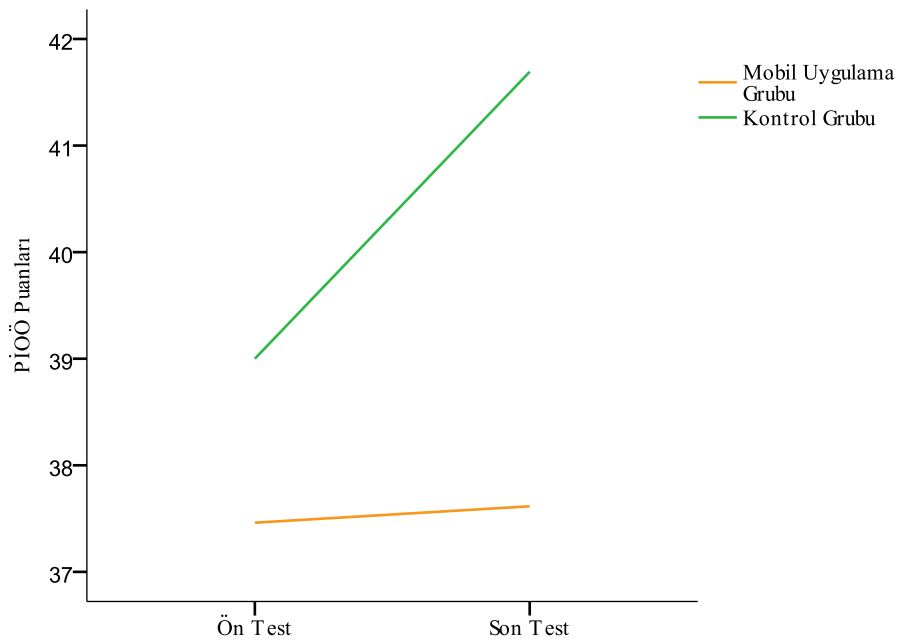
Şekil 4. Grupların Ön test ve Son test SAÖ Puanları

3.3.2.2. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ) Ön Test ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılması

PİOÖ ön test ve son test puanlarını karşılaştırmak üzere yürütülen karma desenler için iki yönlü varyans analizi sonucunda zamanın [$F(1,24) = 1.83, p = .189$] ve grubun temel etkisinin [$F(1,24) = 0.83, p = .371$] istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Bulgular zaman ve grup etkileşim etkisinin de [$F(1,24) = 1.46, p = .239$] istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir (Tablo 13).

Tablo 13 Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun PİOÖ Ön test ve Son test Puanlarına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p	η^2
Gruplar arası						
Grup	51.24	1	51.24	0.83	.371	.03
Hata	1479.92	24	61.66			
Grup içi						
Zaman	26.33	1	26.33	1.83	.189	.07
Grup*Zaman	20.94	1	20.94	1.46	.239	.06
Hata	345.231	24	14.39			



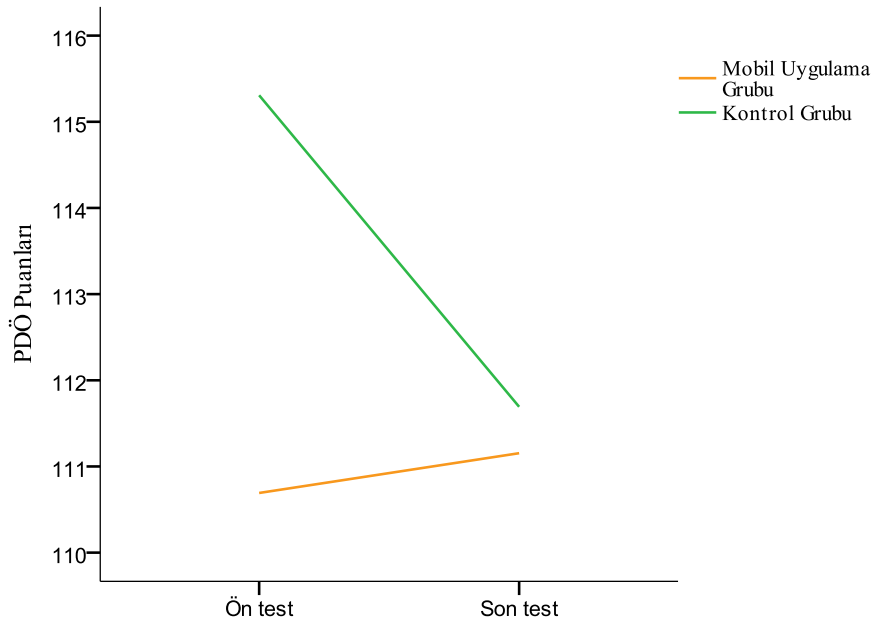
Şekil 5. Grupların Ön test ve Son test PİOÖ Puanları

3.3.2.3. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) Ön Test ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılması

PDÖ ön test ve son test puanlarını karşılaştırmak üzere karma desenler için iki yönlü varyans kullanılmıştır. Analiz sonuçları zamanın [$F(1,24) = 1.83, p = .189$] ve grubun temel etkisinin [$F(1,24) = 0.83, p = .371$] istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir. Aynı zamanda bulgular zaman ve grup etkileşim etkisinin de [$F(1,24) = 1.46, p = .239$] istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir (Tablo 14).

Tablo 14 Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun PDÖ Ön test ve Son test Puanlarına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p	η^2
Gruplar arası						
Grup	43.16	1	43.16	0.12	.727	.00
Hata	8326.42	24	346.93			
Grup içi						
Zaman	32.33	1	32.33	1.16	.292	.05
Grup*Zaman	54.02	1	54.02	1.94	.177	.08
Hata	669.15	24	27.88			



Şekil 6. Grupların Ön test ve Son test PDÖ Puanları

3.3.2.4. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ) Ön Test ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılması

BTÖ ön test ve son test puanlarını karşılaştırmak amacıyla yürütülen karma desenler için iki yönlü varyans analizi sonuçları zamanın [$F(1,24) = 7.27, p < .01$] temel etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. Öte yandan bulgular grup temel etkisinin [$F(1,24) = 2.04, p = .166$] ve zaman ile grup etkileşim etkisinin [$F(1,24) = 1.39, p = .251$] istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir (Tablo 15). Covid-19 algısının sonuçlara etkisini incelemek üzere yürütülen karma desen ANCOVA analizi sonuçları zamanın temel etkisinin ortadan kalktığını göstermiştir [$F(1,22) = 1.14, p = .297$].

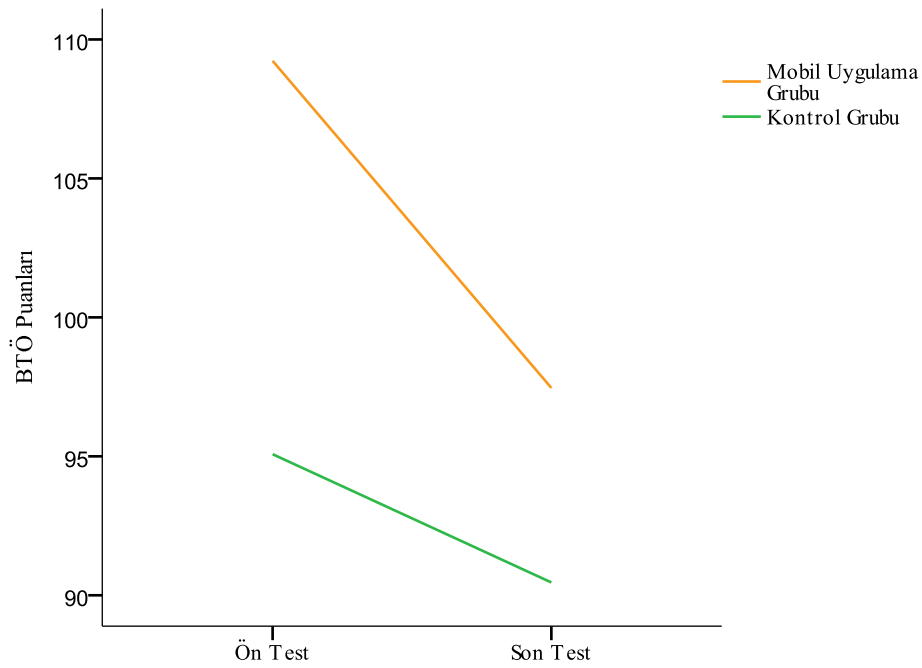
Tablo 15 Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun BTÖ Ön Test ve Son Test Puanlarına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p	η^2
Gruplar arası						
Grup	727.16	1	727.16	2.04	.166	.08
Hata	8552.50	24	356.35			
Grup içi						
Zaman	872.48	1	872.48	7.27	.013	.23
Grup*Zaman	166.33	1	166.33	1.39	.251	.06
Hata	2880.69	24	120.03			

Zamanın temel etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olması üzerine etkinin kaynağını incelemek üzere Bonferroni düzeltmeli karşılaştırmalara bakıldığında mobil uygulama grubunda BTÖ puanlarının son testte ($Ort. = 97.46$, $SS = 20.53$) ön teste ($Ort. = 109.23$, $SS = 13.78$) kıyasla daha düşük olduğu görülmüştür ($p = .01$, $\eta^2_{kısmi} = .24$). Öte yandan BTÖ puanlarının kontrol grubunda ön test ($Ort. = 95.08$, $SS = 20.85$) ve son testte ($Ort. = 90.46$, $SS = 25.42$) farklılaşmadığı görülmüştür ($p > .05$). Bulgular değerlendirildiğinde iki grubun belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinin zamana bağlı olarak azalma eğiliminde olduğu görülmüştür. Gruplar arası farklılaşmanın değerlendirildiği Bonferroni düzeltmeli karşılaştırmalar ise gruplar arası anlamlı bir farkın olmadığına işaret etmiştir (Tablo 16).

Tablo 16 Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun BTÖ Ön test ve Son test Puanlarının Karşılaştırılması

Grup	Ön test		Zaman		Ort. Fark	SH	p	%95 Güven Aralığı	
	Ort.	SS	Ort.	SS				Alt Sınır	Üst Sınır
Mobil Uyg. G.	109.23	12.78	97.46	20.53	11.77	4.30	.011	2.90	20.64
Kontrol G.	95.08	20.85	90.46	25.42	4.62	4.30	.293	-4.25	13.48



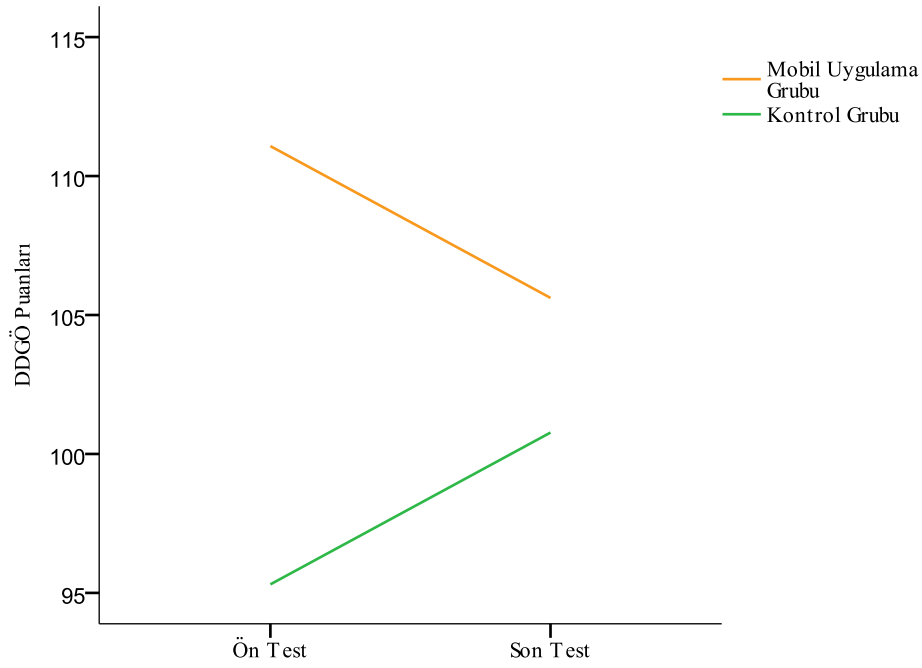
Şekil 7. Grupların Ön test ve Son test BTÖ Puanları

3.3.2.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) Ön Test ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılması

DDGÖ ön test ve son test puanlarını karşılaştırmak üzere karma desenler için iki yönlü varyans kullanılmıştır. Analiz sonuçları zamanın [$F(1,24) = 0.00, p = 1.000$] ve grubun temel etkisinin [$F(1,24) = 1.00, p = .328$] istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir. Aynı zamanda bulgular zaman ve grup etkileşim etkisinin de [$F(1,24) = 2.18, p = .153$] istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir (Tablo 17).

Tablo 17 Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun DDGÖ Ön Test ve Son Test Puanlarına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p	η^2
Gruplar arası						
Grup	690.62	1	690.62	1.00	.328	.04
Hata	16602.42	24	691.77			
Grup içi						
Zaman	0.00	1	0.00	0.00	1.000	.00
Grup*Zaman	387.77	1	387.77	2.18	.153	.08
Hata	4268.23	24	177.84			



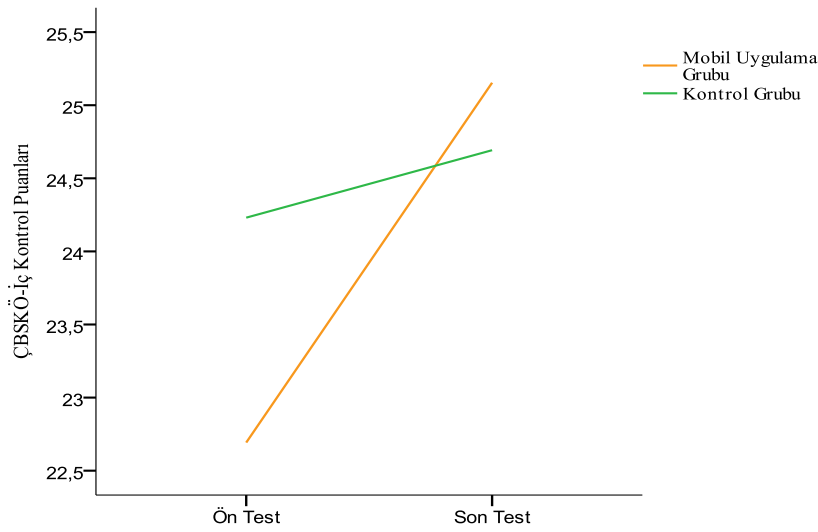
Şekil 8. Grupların Ön test ve Son test DDGÖ Puanları

3.3.2.6. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği (ÇBSKOÖ)'nin İç Kontrol, Şans ve Güçlü Diğerleri Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılması

ÇBSKOÖ alt boyutlarının ön test ve son test puanlarını karşılaştırmak amacıyla karma desenler için iki yönlü varyans analizi yürütülmüştür. İlk olarak ÇBSKOÖ-İç kontrol alt boyutu için analiz sonuçları zamanın [$F(1,24) = 2.95, p = .100$] ve grubun [$F(1,24) = 0.12, p = .729$] temel etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir. Aynı zamanda bulgular zaman ve grup etkileşim etkisinin [$F(1,24) = 1.38, p = .252$] istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir (Tablo 18). Covid-19 algısı kontrol edildiğinde de zaman ve grup etkileşim etkisinin anlamlı olmadığı görülmüştür [$F(1,23) = 1.47, p = .238$].

Tablo 18 Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun ÇBSKÖ-İç Kontrol Ön test ve Son test Puanlarına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p	η^2
Gruplar arası						
Grup	1.89	1	1.89	0.12	.729	.01
Hata	368.65	24	15.36			
Grup içi						
Zaman	27.77	1	27.77	2.95	.10	.11
Grup*Zaman	13.00	1	13.00	1.38	.252	.05
Hata	226.23	24	9.43			



Şekil 9. Grupların Ön test ve Son test CBSKÖ-İç Kontrol Puanları

ÇBSKÖ-Şans alt boyutu için yürütülen analiz sonuçları zamanın [$F(1,24) = 4.66, p = .041$] ve grubun [$F(1,24) = 6.50, p = .018$] temel etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. Öte yandan analiz bulguları zaman ve grup etkileşim etkisinin [$F(1,24) = 2.79, p = .108$] istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir (Tablo 19). Covid -19 algısı etkisi kontrol edildiğinde dahi zaman [$F(1,22) = 7.59, p = .012$] ve grup [$F(1,22) = 6.33, p = .020$] temel etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olması durumu korunmuştur.

Tablo 19 Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun ÇBSKÖ-Şans Ön test ve Son test Puanlarına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

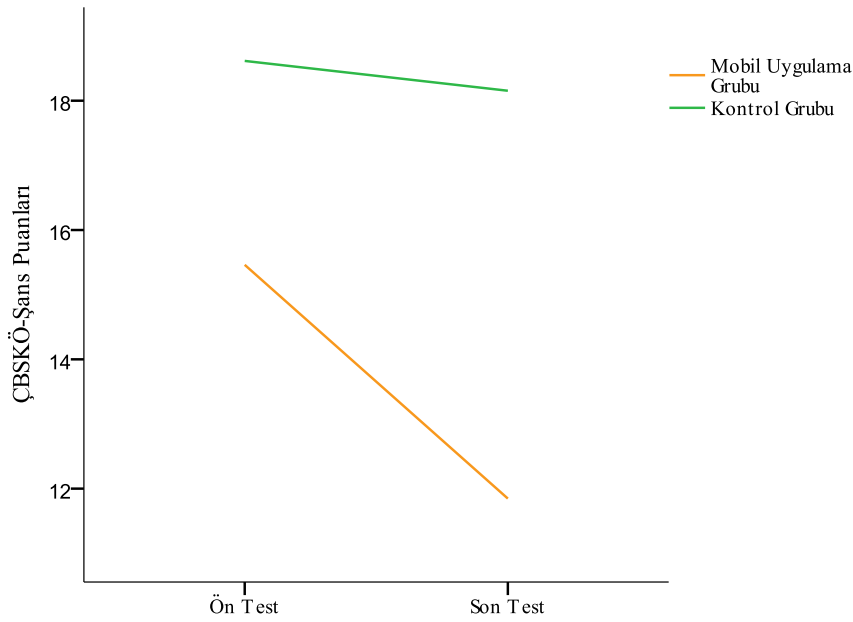
Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p	η^2
Gruplar arası						
Grup	145.47	1	145.47	6.50	.018	.21
Hata	538.77	24	22.37			
Grup içi						
Zaman	54.02	1	54.02	4.66	.041	.16
Grup*Zaman	32.33	1	32.33	2.79	.108	.10

Hata 278.15 24 11.59

Zamanın ve grubun temel etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olması üzerine etkinin kaynağını incelemek üzere Bonferroni düzeltmeli karşılaştırmalar incelenmiştir. Bulgulara göre mobil uygulama grubunda ÇBSKÖ-Şans puanlarının son testte ($Ort.= 11.85$, $SS = 5.16$) ön teste ($Ort.= 15.46$, $SS = 5.22$) kıyasla daha düşük olduğu görülmüştür ($p = .01$, $\eta^2_{kısmi} = .23$). Öte yandan ÇBSKÖ-Şans puanlarının kontrol grubunda ön test ($Ort.= 18.62$, $SS = 5.49$) ve son testte ($Ort.= 18.15$, $SS = 3.35$) farklılaşmadığı görülmüştür ($p > .05$). Bulgular değerlendirildiğinde mobil uygulama grubunun sağlıkları üzerinde hissettikleri kontrolü şansa atfetme düzeyinin azalma eğiliminde olduğu görülürken kontrol grubunda anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Gruplar arası farklılaşmanın değerlendirildiği Bonferroni düzeltmeli karşılaştırmalar ise gruplar arası anlamlı bir farkın olmadığına işaret etmiştir (Tablo 20).

Tablo 20 Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun ÇBSKÖ-Şans Ön Test ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılması

Grup	Zaman		Ort.	SH	p	%95 Güven Aralığı			
	Ön test	Son test				Alt Sınır	Üst Sınır		
	Ort.	SS						Ort.	SS
Mobil Uyg. G.	15.46	5.22	11.85	5.16	3.62	1.34	.012	0.86	6.37
Kontrol G.	18.62	5.49	18.15	3.35	0.46	1.34	.733	-3.22	2.29



Şekil 10. Grupların Ön test ve Son test CBSKÖ-Şans Puanları

ÇBSKÖ-Güçlü diğerleri alt boyutu için yürütülen analiz sonuçları zamanın temel etkisinin [$F(1,24) = 5.32, p = .030$] istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. Öte yandan analiz sonuçları grubun temel etkisinin [$F(1,24) = 0.02, p = .882$] ve zaman ile grup etkileşim etkisinin [$F(1,24) = 0.09, p = .772$] istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir (Tablo 21). Covid -19 algısı etkisi kontrol edildiğinde zaman temel etkisinin [$F(1,22) = 0.18, p = .674$] istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Tablo 21 Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun ÇBSKÖ-Güçlü Diğerleri Ön Test ve Son Test Puanlarına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

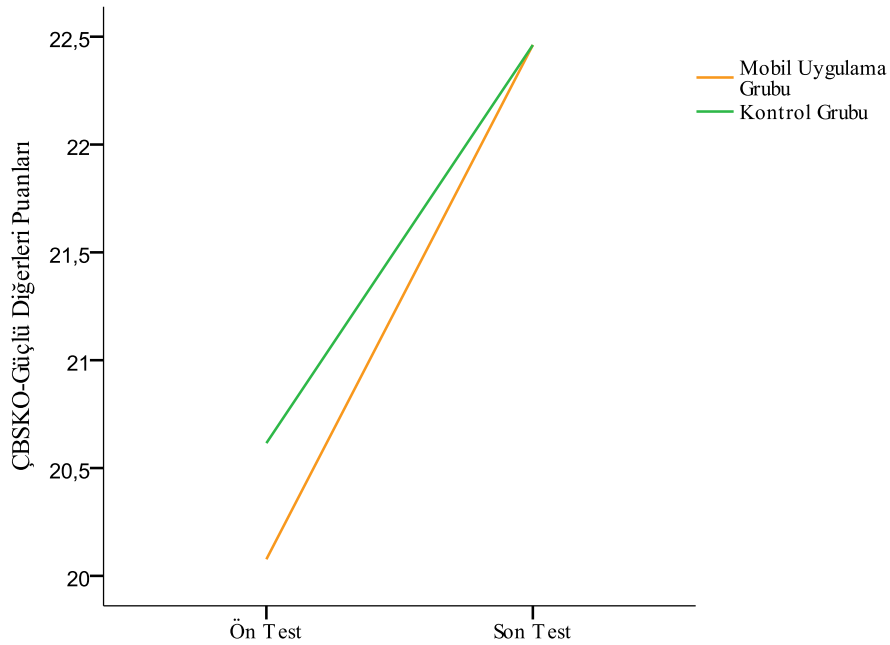
Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p	η^2
Gruplar arası						
Grup	145.47	1	145.47	0.02	.882	.00
Hata	503.04	24	20.96			

Grup içi						
Zaman	58.17	1	58.17	5.32	.030	.18
Grup*Zaman	0.94	1	0.94	0.09	.772	.00
Hata	262.39	24	10.93			

Zamanın temel etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olması üzerine etkinin kaynağını incelemek üzere Bonferroni düzeltmeli karşılaştırmalar incelenmiştir. Bulgular gruptan bağımsız olarak ÇBSKÖ-Güçlü diğerleri puanlarının son testte ($Ort. = 22.46$, $SS = 0.89$) ön teste ($Ort. = 20.35$, $SS = 1.11$) kıyasla daha yüksek olduğuna işaret etmiştir ($p = .03$, $\eta^2_{kısmi} = .18$). Bulgular değerlendirildiğinde mobil uygulama ve kontrol grubunun sağlıkları üzerinde hissettikleri kontrolü güçlü diğerlerine atfetme düzeyinin zamanla artma eğiliminde olduğu görülmüştür. Gruplar arası farklılaşmanın değerlendirildiği Bonferroni düzeltmeli karşılaştırmalar ise gruplar arası anlamlı bir farkın olmadığına işaret etmiştir (Tablo 22).

Tablo 22 Mobil Uygulama Grubu ve Kontrol Grubunun ÇBSKÖ-Güçlü diğerleri Ön test ve Son test Puanlarının Karşılaştırılması

Grup	Zaman								
	Ön test		Son test		Ort. Fark	SH	p	%95 Güven Aralığı	
	Ort.	SS	Ort.	SS				Alt Sınır	Üst Sınır
Mobil Uyg. G.	20.08	6.89	22.46	4.09	2.39	1.30	.078	-5.06	0.29
Kontrol G.	20.62	4.09	22.46	3.05	1.85	1.30	.167	-4.52	0.83



Şekil 11. Grupların Ön test ve Son test CBSKOÖ-Güçlü Değerleri Puanları

3.4. SAĞLIK KAYGISI FARK PUANLARI İLE TEKNOLOJİ TUTUM ÖLÇEĞİ VE HEALINGBOX TUTUM ÖLÇEĞİ PUANLARININ KORELASYONLARI

Sağlık kaygısı son test ve ön test puanları arasındaki farkın teknoloji tutum puanlarıyla ilişkisi Pearson korelasyonu ile incelenmiştir. Analiz sonuçları mobil uygulama grubu [$r(11) = -.07, p = .82$] ve kontrol grubu [$r(11) = -.14, p = .64$] katılımcılarının sağlık kaygısı fark puanları ile teknoloji tutum puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir.

Mobil uygulama grubunun HealingBox tutum puanları ve sağlık kaygısı fark puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçları iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olmadığına işaret etmiştir [$r(11) = -.39, p = .18$].

3.5. HEALINGBOX'A İLİŞKİN DENEYİMLER

Katılımcı No	Sevilen Özellikler	Sağlanan Fayda	Kullanıma Devam Sebepleri	Değişmesi İstenenler
1.	Bildiri vermesi	Kendimi daha rahatlamış hissediyorum	Kendim için bir şey yapabiliyor olmak	Sürekli aynı şeyi dinlemek bir noktadan sonra sıkıcı bir hal alabiliyor, belki her gün için ayrı bir ses tonu veya vurgu daha etkileyici olabilir.
2.	Her zaman ulaşılabilir	Rahatlamak	Ulaşılabilir	Ara yüz değişmeli
3.	Sesli gevşeme egzersizi	Gevşeme, rahatlama, duygularımızın farkına varmamızı sağlama	Stresimi azaltmak, düşüncelerimin farkına varmak	Daha fazla gevşeme egzersizleri ve öneriler
4.	Kolay ulaşılabilir	Bir konuya erişme	Kolay kullanım	Yok
5.	Basit anlaşılır kolay günlük periyotlar olması	Farkındalık duygularımı düşüncelerimi ayırtılabilmek	Bir süre bana katkı sağlayacağı düşünmem duygularım ve kaygılarım konusunda	Günlük rutinlerin uzun olması ilgiyi azaltıyor ve altta sayfa sayısı görünmesi psikolojik olarak yoruyor aslında kolay uygulama
6.	Nefes egzersizi ve meditasyon içermesi. Kolay kullanımı ve birçok kitapta okuduğum bilgilerin en önemli kısımlarının örnekler ile gösterilmesi	Duygularımı tanımlayabilmek ve otomatik düşüncelerin farkına varmayı kolaylaştırması.	Otomatik düşüncelere çok yatkınım bu farkındalığı hayatıma daha fazla adapte edebilmek için kullanmaya devam etmek isterim.	Daha fazla günlük meditasyon ve rahatlatıcı aktivite örnekleri eklenebilir.
7.	Bir günlük gibi duygu durumumu kontrol etmemi ve gün içinde kendime nasıl hissettiğimi sormamı sağladı. Bunun yanında verdiği bilgiler ve yönergelerle olaylara farklı şekilde bakma fırsatım oldu	Bir uzman kontrolündeymişim gibi hissettim. Sakinleştirici nefes egzersizleri çok faydalıydı.	Hali hazırda hala bazı konuları çözemediğimi hissediyorum ve bana gerçekçi düşünme alışkanlığı kazandırabileceğine inanıyorum	Uygulamada bazen takılmalar meydana geliyor günlük görevlerin geldiğini göremedim. Kendim yenilemek durumunda kaldım. Bunun dışında alternatif egzersizler eklenebilir. Kapsamı genişletilerek diğer kaygı ve duygu durum bozukluklarına yönelik bilgiler de eklenebilir.

8.	Pratiklerin çokluğu	Farkındalık	App'i geliştirmeye yardım	Not alma kısmının geliştirilmesi
9.	Nefes egzersizleri hoşuma gitti beni rahatlattı	Kendi değerimi anlamamı sağladı	Benliğim ve sağlığım için yol gösterici olması	Değişmesini istediğim bir şey yok
10.	Eğlenceli ve kullanımı kolay	Başkalarıyla ilgili verilen spesifik örnekler konuyu kafamda somutlaştırmamı sağladı.	Yüz yüze terapi beni strese sokar. Ama healingboxta evimin rahatlığında duygu ve düşüncelerimin farkına varabilirim.	Bu konuda bir fikrim henüz yok.
11.	Tasarımı	-	-	Kullanım çok zor. Kullanım yönlendirmeleri hiç yok. Özellikle sağa veya sola kaydırmalılarda sadece tek bir yönden algılıyor. Bunların değişmesi iyi olurdu.
12.	Kendi hakkında düşünmeye vakit ayırmak isteyen birisi için doğru yönlendirmelerle farkındalık kazandırabilecek niteliğe sahip olması	Kişinin birçok davranışının arkasındaki otomatik düşüncelerinin farkına varmasını sağlamakta ve bunları daha sağlıklı alternatif düşüncelerle nasıl değiştirebileceğini öğretmektedir	Farkındalık düzeyimi arttıracak doğru bilgilerle hazırlanmış nitelikli bir uygulama olması	Sadece sağlık kaygısı yerine diğer kaygı çeşitlerini de içermesini isterdim (örn; sosyal anksiyete)
13.	Bilgi öğrenmek	Yalnız olmadığımı öğrendim	Yeni bilgiler okumak hoşuma gidiyor	Farklı sorular olmalı, hep aynı sorular tekrar tekrar sorulmuş. Kafa karışıklığına neden oluyor

4. BÖLÜM TARTIŞMA

Bu çalışmada, mevcut araştırma kapsamında geliştirilen biliş-davranış temelli çevrimiçi mobil uygulama kullanımının katılımcıların sağlık kaygısı belirti şiddetine, belirsizliğe tahammülsüzlük, sağlık kontrol odağı, psikolojik iyi oluş, duygu düzenleme güclüğü düzeylerine ve dayanıklılıklarına etkisi incelenmiştir. İlk olarak sağlık kaygısı düzeyi yüksek ve düşük katılımcılar belirtilen değişkenler açısından karşılaştırılmış, ardından alanyazın ışığında belirlenen değişkenlerin yer aldığı bir model oluşturulmuştur. Oluşturulan modele göre mobil uygulama içerikleri düzenlenmiştir. Son olarak, mobil uygulamanın etkisini inceleyebilmek adına mobil uygulamayı kullanan katılımcıların ve kontrol grubu katılımcılarının uygulama öncesi ve sonrası alınan ölçümleri karşılaştırılmış ve sonuçlar bulgular bölümünde sunulmuştur. Araştırmanın bu bölümünde elde edilen sonuçlar ilgili alanyazın ışığında tartışılmış ve araştırmanın klinik doğruları, sınırlılıkları ve gelecek çalışmalar için öneriler paylaşılmıştır.

4.1. SAĞLIK KAYGISI YÜKSEK VE DÜŞÜK GRUPLARIN BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK, PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK, DUYGU DÜZENLEME GÜCLÜĞÜ VE SAĞLIK KONTROL ODAĞI DEĞİŞKENLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Mevcut çalışmadan elde edilen bulgular incelendiğinde sağlık kaygısı yüksek grubun bedensel belirtilere çok daha duyarlı olduğu görülmektedir. Aynı zamanda hastalığın olumsuz sonucu olacağına dair inancın da yine sağlık kaygısı yüksek olan grupta daha fazla olduğu görülmektedir. Salkovskis ve Warwick (2001)'in sunduğu sağlık kaygısının bilişsel formülasyonuna bakıldığında bedensel duyumlara seçici bir dikkatle yoğunlaştığı ve kişi tarafından “aşırı” hissedildiği görülmektedir. Devamında ise bu duyumların abartılı bir tehdit olarak algılandığı bilinmektedir. Tüm bunlar sağlık kaygılarının meydana gelmesine ve sürmesine sebep olmaktadır. Mevcut çalışmadaki bu bulgu da sağlık kaygısının bilişsel formülasyonu ile paralel bir sonuca işaret etmektedir. Sağlık kaygısı yüksek bireyler bedensel belirtilerine daha duyarlıdır ve hastalığın

olumsuz bir sonucu olacağına dair inançları daha fazladır (Haenen ve ark., 2000; Rief ve ark., 1998).

4.1.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlük

Alanyazın incelendiğinde kaygıyla ilişkili olarak karşımıza çıkan kavramlardan biri olan belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlık kaygısında da etkin bir rolü olduğu görülmektedir. Yeni olan, bilinmeyen, net olmayan pek çok durum kaygıyı tetiklemektedir. Belirsizliğe dair olumsuz inançlar gelecekte olacakların daha “felaket” olacağı, baş edilemeyeceği gibi düşünceleri meydana getirebilmektedir. Mevcut araştırmadan elde edilen bulgular da sağlık kaygısı yüksek olan grubun sağlık kaygısı düşük olan gruba kıyasla daha fazla belirsizliğe tahammülsüzlük deneyimlediğini göstermektedir. Bu bulgu alanyazında sağlık kaygısıyla ilişkisi öne çıkmaya başlayan belirsizliğe tahammülsüzlüğe dair tutarlı bir sonuç ortaya koymaktadır (Fergus ve Valentiner, 2011). Sağlık kaygısı yüksek ve düşük olan gruplar arasındaki bu fark belirsizliğe tahammülsüzlüğün alt boyutlarında da benzer biçimde gözlenmiştir. Sağlık kaygısı yüksek bireylerin sağlık kaygısı düşük olanlara kıyasla belirsizliği daha stres verici algıladığı bulgusu incelendiğinde yine sağlık kaygısının bilişsel formülasyonundaki “felaket inançları”nı akla getirmektedir. Belirsizliğin mutlak bir felaketle sonuçlanacağına dair bir üstbilis, belirsizlikle her karşılaşmada yoğun bir kaygıyı tetikleyebildiğini düşündürmüştür.

En temel dürtülerimizden biri tehlikelerle dolu bu dünyada hayatta kalabilmektir, nitekim sağlığı tehdit edebilecek tüm stresörler de bu tehlikelerin başında gelir. Evrimsel olarak daha doğar doğmaz hayatta kalabilmek için adaptif bir süreç başlar, güvenli ve korunaklı anne karnından bilinmez bir dünyaya gelmek oldukça stres vericidir. Güvende olduğuna dair ipuçları toplandıkça, ihtiyaçlar bir bakımveren tarafından giderildikçe, belirsizlikler giderilip alışkanlıklar ve rutinler oluştuğunda stres tepkisi azalır. Sonuç olarak belirsizliğin stres kaynağı ve üzücü olduğu düşüncesi, özellikle sağlıkla ilgili konular söz konusu olduğunda daha yoğun yaşanıyor olabilir.

Bir diğer alt boyut olan belirsizlikle ilgili olumsuz benlik değerlendirmesinde de yine sağlık kaygısı yüksek olan bireylerin sağlık kaygısı düşük olanlara kıyasla daha yüksek

puan aldıkları görülmektedir. Bir diğer deyişle, sağlık kaygısı yüksek olanlar belirsizlik söz konusu olduğunda benliklerini daha olumsuz değerlendirmeye meyilli olmuşlardır. Alanyazındaki pek çok çalışmada benlik saygısı ve sağlık kaygısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu vurgulanmış (Noyes ve ark., 2005) ve düşük benlik saygısına sahip bireylerin daha fazla sağlık kaygısı deneyimledikleri görülmüştür (Marcus, 1999). Mevcut çalışmadaki olumsuz benlik değerlendirmesine dair bu bulgu alanyazındaki araştırma bulgularıyla tutarlılık göstermektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün geleceği bilmemenin rahatsız ediciliğine dair olan alt boyutunda da yine sağlık kaygısı yüksek ve düşük bireyler arasında anlamlı bir fark gözlenmiştir. Yüksek sağlık kaygısı olan bireyler gelecekte olacakları bilmemekten çok daha fazla rahatsızlık duymaktadır. Bu bulguya Wells (2009)'in sağlık kaygısının metakognitif modeli ışığında bakıldığında, bireylerin belirsizliğin olumsuz sonuçlanacağına dair inançlarından kaynaklı daha yoğun endişe yaşıyor olabileceği düşünülmüştür.

Belirsizliğin eyleme geçmeyi engellemesine ilişkin alt boyutuna bakıldığında benzer şekilde yüksek ve düşük sağlık kaygısına sahip bireyler arasında anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir. Yüksek sağlık kaygısına sahip bireyler belirsizlik söz konusu olduğunda eyleme geçmekte daha fazla zorlanmaktadır. Barlow (2002)'un adaptif alarm modeline göre bir tehdit ya da tehlike anında kaç ya da savaş yanıtının işlevsel olmadığı durumlarda dona kalma yanıtı verilebilmektedir. Mevcut çalışmadaki eyleme geçmenin engellenmesine ilişkin bulgu, kaygı ve korku anında verilen kaç-savaş-dona kal yanıtlarından biri olan dona kalmayla ilişkili olabileceğini düşündürmüştür.

4.1.2. Psikolojik İyi Oluş ve Dayanıklılık

Psikolojik iyilik hali hem pek çok araştırmacının merak ettiği ve çalışmalar yürüttüğü hem de pek çok insanın korumaya ve iyileştirmeye çalıştığı önemli bir olgudur. Doğar doğmaz hayatta kalma modunda olunmasının yanı sıra pek çok insan hayatlarını devam ettirirken hem psikolojik hem de bedensel bir iyilik halini arzulamaktadır. Ancak yaşamın içindeki bazı stresörler iyilik halini olumsuz yönde etkileyebilmektedir ve sağlıkla ilgili kaygılar da bunlardan biridir. Mevcut çalışmadaki yüksek ve düşük sağlık kaygısına sahip bireylerin psikolojik iyi oluş düzeyleri karşılaştırıldığında yüksek sağlık kaygısına sahip

bireylerin daha düşük psikolojik iyi oluşa sahip oldukları görülmüştür. Alanyazın psikolojik iyi oluşun pek çok psikopatoloji ile olumsuz bir ilişkide olduğunu göstermektedir. Ayrıca, psikolojik iyi oluş ve psikolojik dayanıklılık arasındaki güçlü bağ bu iki değişkeni bir arada değerlendirmeyi önemli hale getirmektedir.

Psikolojik dayanıklılık, psikolojik iyi oluşu etkileyen önemli faktörlerden biridir (Southwick ve ark., 2005). Nitekim, psikolojik dayanıklılığın düşük olması psikolojik bozukluklarla ilişkilendirilmektedir (Campbell-Sills ve ark., 2006). Dayanıklılığın farklı boyutlardan ele alındığı ve bu sebeple farklı biçimlerde tanımlandığı görülmektedir. Araştırmacılar dayanıklılığı bir uyum süreci olarak görmekte ve zorlu yaşam olayları sonrasında toparlanabilme gücü olarak tarif etmektedir (Garnezy, 1991; Tusaie ve Dyer, 2004). Mevcut çalışmanın bulguları incelendiğinde sağlık kaygısı yüksek bireylerin daha düşük psikolojik dayanıklılığa sahip olduğu görülmüştür. Bir başka deyişle, sağlık kaygısı yüksek olanlar kendilerini daha dayanıksız görmeye eğilimli olmuşlardır. Hem psikolojik hem de fiziksel dayanıklılığa dair işlevsel olmayan inançlar özellikle sağlık kaygısının bilişsel formülasyonunda önemli bir yere sahiptir.

Psikolojik dayanıklılığın alt boyutlarındaki gruplar arası fark incelendiğinde yapısal stil alt boyutu haricinde diğer bütün alt boyutlarda anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır. Sosyal yeterlilik alt boyutu, kişinin sosyal yaşamın içinde kendini yetkin ve yeterli olarak görmesi, sosyal etkileşimde daha rahat ve esnek davranabilmesini içerir. Sosyal kaynaklar alt boyutu kişinin aile ve arkadaşlık ilişkilerinde ihtiyaç duyduğu sosyal desteği almasını içerir. Aile uyumu alt boyutunda ise zor zamanlarda aile üyelerinin birbirlerine sağladıkları destek söz konusudur. Kaygı bozukluğuna sahip bireylerin aile işlevselliğine dair yapılan bir çalışmada duygusal paylaşımın yetersiz olmasının kaygı bozuklukları için önemli bir risk faktörü olabileceği belirtilmiştir (Wang ve ark., 2015). Mevcut çalışmadaki bulgulara bakıldığında sağlık kaygısı yüksek olan grubun sağlık kaygısı düşük olan gruba kıyasla sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar ve aile uyumu puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Sosyal yeterlilik alt boyutunda görülen bu fark sağlık kaygısı yüksek olan bireylerin sosyal etkileşimlerde kendi bedenlerine, beden duyularındaki değişimlere odaklı olabileceklerini ve sosyal ortamlarda daha fazla zorlanıyor olabileceklerini düşündürmüştür. Sosyal kaynaklar alt boyutundaki fark ise

sağlık kaygısı yüksek kişilerin diğerlerinden bekledikleri güvence arama davranışıyla ilişkili olabileceğini akla getirmiştir. Sağlık kaygılarında sıklıkla kişilerin diğerlerinden bekledikleri bir güvence olduğu bilinmektedir (Kobori ve Salkovskis, 2013; Abramowitz ve Moore, 2007). Artan beklentilere yanıt verilmemesi durumunda sağlık kaygısı yüksek kişiler sosyal kaynakların yetersiz olduğunu düşünüp kendilerini sosyal ilişkilerde geri çekiyor olabilir. Halldorsson ve Salkovskis (2017)'in çalışma bulguları da sağlık kaygısı yüksek katılımcıların çoğunun güvence arama davranışları sebebiyle sosyal ilişkilerinde problemler yaşadıklarına işaret etmektedir.

Ayrıca Norbye ve arkadaşlarının (2022) araştırma bulguları sosyal etkileşim ile sağlık kaygısı arasında olumsuz yönde güçlü bir ilişki olduğuna işaret etmiştir. Özellikle arkadaşlık kalitesinin sağlık kaygılarıyla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Algılanan arkadaşlık kalitesinin (yakınlık, gizlilik, destek vb.) düşmesi sağlık kaygısındaki artışı yordayan en güçlü faktör olmuştur. Yine aynı çalışmada sosyal etkinliklere katılmaya ilişkin bulgular da dikkat çekicidir. Haftada en az bir kez sosyal bir etkinliğe katılımın daha düşük sağlık kaygısıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Norbye ve ark., 2022). Sosyal etkileşimlerin ve sosyal desteğin yaşam doyumunu ve iyi oluşu arttırdığı bilinmektedir. Nitekim, sosyal destek kaygı bozukluklarının gelişimi için koruyucu bir faktördür (Verhaak ve ark., 2005). Aynı zamanda kaygı ve depresyon ile olumsuz bir ilişkisi olmasından dolayı pek çok terapi ekolünde sosyal etkinliklere katılım ve sosyal desteği artırma terapinin odağında olmuştur. Buradan hareketle, özellikle yüksek sağlık kaygısına sahip bireylerin terapi süreçlerinde sosyal yeterliliklerine ilişkin inançlarına ve bu inançların etkilediği davranış örüntülerine doğrudan odaklanmanın sağlık kaygısına müdahalede etkili olabileceği düşünülmüştür.

Sosyal ilişkilerde bozulma sağlık kaygısı yüksek olan bireylerin yaşantılarında kendini farklı biçimlerde gösterebilmektedir. Sağlık kaygısı yaşayan katılımcılarla yapılan nitel bir çalışmada görüşme içeriklerinin analizinde sosyal ilişkilerde bozulmanın ana temalardan biri olduğu saptanmıştır. Katılımcılar çevrelerindeki kişiler tarafından anlaşılılmaktan, onlara güvenmekte zorlanmaktan sıkça bahsetmişlerdir (Halldorsson ve Salkovskis, 2017). Bu bilgiler ışığında bakıldığında yoğun sağlık kaygısına sahip bireylerin diğerleriyle ilişkilerinde döngüsel bir etkileşim olabileceği düşünülmüştür.

Anlaşılmama endişesi ve güvenmekte zorlanma, sosyal olarak içe çekilmelerini etkilemiş ve bu çekilme de zamanla sosyal etkileşimde esneklik ve yeterliliklerine dair düşüncelerini etkilemiş olabilir. Esneklik ve yeterliliklerine dair düşünceler de anlaşılma ve güven problemleri yaşamalarında, daha yoğun sağlık endişelerine kapılmalarında etkili olmuş olabilir.

Fiziksel ve psikolojik dayanıklılığı birbirinden ayırmak oldukça güçtür. Psikolojik olarak güçlü ve dayanıklı hissetmenin önemli bir parçası sosyal ilişkiler içinde kişinin kendini yetkin ve güçlü görmesinden kaynaklanmaktadır. Bilindiği üzere, sağlık kaygısına sahip bireyler kendilerini güçsüz, zayıf, dayanıksız olarak görebilmektedir. Dolayısıyla, sağlıklarına zararı olabilecek herhangi bir tehlikeyle baş edemeyeceklerine dair düşünceleri oldukça yoğundur. Psikolojik dayanıklılığın bir alt boyutu olan kendilik algısına dair sonuçlar da sağlık kaygısı yüksek bireylerin sağlık kaygısı düşük olanlara kıyasla problemlerle baş etme becerilerine dair daha olumsuz inançlara sahip olduklarını göstermiştir. Gelecek algısına dair sonuçlar da yine benzer biçimde yüksek sağlık kaygısına sahip bireylerin geleceği daha olumsuz algılamaya meyilli olduklarına işaret etmiştir. Sonuçlar, yüksek sağlık kaygısının hem kendini hem de geleceği daha olumsuz bir gözle değerlendirmeyeyle ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Sağlık kaygısının bilişsel formülasyonunun önemli bir boyutunu kişilerin sağlıklarına, benliklerine ve geleceklerine dair işlevsel olmayan inançların oluşturduğu bilinmektedir. Salkovskis ve Warwick (2001), sağlık kaygısına özgü dört işlevsel olmayan inanç tanımlamıştır. Buna göre sağlık sorunu yaşama olasılığı, sağlık sorununun kötülüğü, yaşanan sağlık sorunuyla baş edilemeyeceği ve tedavi için tıbbi kaynakların yetersizliği söz konusudur.

Yapısal stil alt boyutu psikolojik dayanıklılığın gruplar arası anlamlı bir farkın gözlenmediği tek alt boyuttur. Alt boyutun maddeleri incelendiğinde daha çok zamanı yönetmeye, planlamaya, hedef belirlemeye ve öz-disipline dair içerikler olduğu görülmektedir. Diğer alt boyutların sağlık kaygısıyla yakından ilişkili kavramlardan oluşmasından kaynaklı olarak gruplar arasındaki farkın anlamlı olabileceği düşünülmüştür. Ancak yapısal stil alt boyutundaki içerikler biraz daha bireyin öz-disiplinine dair bilgiler verdiği için bu alt boyutta sağlık kaygısı yüksek ve düşük gruplar için anlamlı bir farkın gözlenmemiş olabileceği düşünülmüştür.

4.1.3. Duygu Düzenleme G cl g 

Duygular insanları diğer canlılardan ayıran en önemli farklılıklardandır. Duygulara göre ihtiyaçlar fark edilir ve bu ihtiyaca göre hareket edilir. Ancak bazı durumlarda duygular, düşüncelerdeki yanlılıklar ve yanlış yorumlamalar sebebiyle asıl ihtiyacı göstermek yerine bir tehlikenin varlığına işaret ediyor gibi hissettirebilmektedir. Duyguları düzenlemek ve ihtiyacı karşılayabilir hale geri getirmek için bazı duygu düzenleme stratejilerine ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak bazı durumlarda duygu düzenlemeye ilişkin güçlükler yaşanabilmekte, psikolojik olarak sıkıntı ve zorlanmalara sebep olabilmektedir. Gross (1998), duygu düzenlemeyi hangi duygunun nasıl, ne şiddette, ne zaman deneyimlendiği ve nasıl ifade edildiği şeklinde kavramsallaştırmıştır. Duygu düzenlemede güçlükler ise alanyazındaki çalışmalarda kayęı bozuklukları başta olmak üzere pek çok psikopatolojiyle ilişkili bulunmuştur (Gross, 2002; Aldao ve Nolen-Hoeksema, 2010; Vatan, 2016; Sheppes, Suri ve Gross, 2015).

Sağlık kayęıları ve duygu düzenlemeye ilişkin alanyazında kısıtlı çalışma bulunmasına rağmen son yıllarda bu alandaki çalışmaların arttığı görülmektedir ( rn., Fergus ve Valentiner, 2010; G rgeen ve ark., 2014; Marcus, Hughes ve Arnau, 2008). Bilişsel davranışçı kurama göre duygular sağlık kayęısının formülasyonunda oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Bilindiği üzere duygular, hastalığa ilişkin yanlış yorumlamaları, bedensel duyumları, uyum bozucu davranışları içeren kısır döngünün önemli bir bileşenidir. Duyguları düzenlemeye ilişkin güçlükler de sağlık kayęılarını önemli ölçüde etkilemektedir. Örneğin, uyumsuz bir duygu düzenleme stratejisi olan ruminatif düşünce biçiminin sağlık kayęılarının gelişimine katkı sağladığı ve bu kayęıların sürmesinde de etkili olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (G rgeen ve ark., 2014; Marcus ve ark., 2008; Gautreau ve ark., 2015). Martin ve Gitzen (2017)'in çalışma bulguları da sağlık kayęısı yüksek yetişkinlerin uyumlu duygu düzenleme stratejilerinin zayıfladığını göstermektedir.

Mevcut çalışmanın bulgularına bakıldığında sonuçlar alanyazınla tutarlı bir biçimde sağlık kayęısı yüksek olan bireylerin duygu düzenlemede daha fazla güçlük yaşadığını göstermektedir. Mevcut çalışmada katılımcıların duygu düzenleme g l g n 

değerlendirmede kullanılan ölçeğin geliştiricileri Gratz ve Roemer (2004) etkin bir duygu düzenleme için duygunun anlaşılması ve kabulü, duyguyu düzenlemek için stratejilerin kullanılması, amaca yönelik davranışların sürdürülmesi ve olumsuz duygulara karşı dürtüselliğin engellenmesi gerektiğini belirtmiştir. Buna göre, duygu düzenleme güçlüklerinin alt boyutları incelendiğinde tüm alt boyutlar için sağlık kaygısı yüksek ve düşük katılımcıların anlamlı olarak birbirinden farklılaştığı görülmektedir. Diğer bir deyişle, sağlık kaygısı yüksek bireyler duyguyu fark etme, anlama, kabul etme, dürtüsellik, strateji ve amaç alt boyutlarında daha fazla zorluk yaşamaktadırlar.

İlgili alanyazın incelendiğinde mevcut çalışmadaki bulgularla uyumlu sonuçlar dikkat çekmektedir. Bailer ve arkadaşları (2017) sağlık kaygısı ve duyguyu tanıma ve ifade etmede zorluklar arasında bir ilişki olduğunu öne sürmektedir. Aynı zamanda sağlık kaygısı olan bireylerin uyumsuz bir duygu düzenleme stratejisi olarak daha fazla semptom odaklı ruminasyona sahip olduklarını tespit etmişlerdir. Depresyon ve sağlık kaygısı hastalarının karşılaştırıldığı bu çalışmada özellikle duygu tanımada zorlanma sağlık kaygısı ve somatik semptomlarla ilişkiliyken, genel duygu düzenleme güçlüğünün depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bir diğer deyişle, duyguyu tanımada zorlanmanın sağlık kaygısına özgü duygu düzenleme güçlüğü olabileceğini düşünmüşlerdir. Nitekim, sağlık kaygılarına yönelik klinik müdahalelerde duygu düzenleme güçlüklerine ilişkin özellikle duygu tanıma becerileri geliştirmeye dair ihtiyacın altını çizmişlerdir.

Buna karşın, Bardeen ve Fergus (2014) ise sıklıkla sağlık kaygısıyla ilişkili bulunan farkındalık eksikliği ile sağlık kaygıları arasında anlamlı bir ilişki gözlememiştir. Bu bağlamda, duyguyu fark etme ve anlama güçlüğünün sağlık kaygısının gelişiminde bir ön koşul olmadığını düşünmüşlerdir. Ancak bu bulgunun dikkatli yorumlanması gerektiğini vurgulamışlardır. Mevcut sonucun kullanılan ölçeğin psikometrik sınırlılıklarıyla ilgili olabileceği de gözden kaçırılmamalıdır. Ayrıca, araştırmacılar sağlık kaygısı yüksek olan bireylerin duygu deneyimlerine karşı daha dikkatli ve bu deneyimleri yanlış yorumlamaya daha meyilli olabileceklerini öne sürmektedir (Bardeen ve Fergus, 2014). Bir diğer deyişle, yüksek duygusal farkındalık düşük duygusal anlaşılabilirlik ile birlikte daha

yüksek sağlık kaygısıyla ilişkilendirilmiştir. Nitekim, duygulara aşırı dikkat ve analiz duyguyu anlamayı ve düzenlemeyi zorlaştırmaktadır (Bardeen ve ark., 2013).

Duyguyu tanıma, ifade etme ve ayırmada yaşanan zorluk olarak bilinen aleksitimi psikosomatik bozukluklar başta olmak üzere pek çok psikopatoloji için bir risk faktörüdür (Taylor, 2000). Duygu tanıma ve somatik belirtiler arasındaki ilişkiye dair bulgulara bakıldığında alanyazında çelişkili sonuçlara rastlanmaktadır. Bazı çalışmalarda duygu tanıma ve somatik belirtiler arasında doğrudan bir ilişki olduğu bulunurken (örn. Mattila ve ark., 2008) bazı çalışmalarda ise bu ilişkinin olumsuz duygulanım kontrol edildiğinde anlamlı olmadığı yönündedir (örn. Shibata ve ark., 2014).

Yoğun sağlık kaygılarında somatik belirtiler bir hastalık göstergesi olarak yorumlanmaktadır (Barsky ve ark., 1993). Fergus ve Valentiner (2010), duygu tanıma ve anlamada yetersizlik sebebiyle özellikle stresli durumlarda bedensel duyuların ya da belirtilerin sağlıkla ilgili bir soruna atfedildiğine dikkat çekmiştir. Lumley ve arkadaşlarına (1996) göre somatizasyon ve duygu tanıma güçlüğü arasındaki ilişki kişinin duygusal uyarımla ilişkili fiziksel duyulara odaklanması ya da bu duyuları abartılı bir biçimde yaşamasıyla gerçekleşiyor olabilir. Ayrıca hissedilen fiziksel duyulara bir hastalık belirtisi olarak yanlış bir atıf yapıyor olabileceklerini belirtmişlerdir. Longarzo ve çalışma arkadaşlarının (2015) bulguları da duygu tanıma güçlüğü, içsel farkındalık ve sağlık kaygıları arasındaki ilişkiye dikkat çekmiş ve sağlık kaygıları yaşayan bireylerde bedensel duyularını yorumlayabilme becerisinin geliştirilmesini vurgulamışlardır.

Yapılan deneysel bir araştırmada sağlık kaygısı yüksek bireylerin hastalıkla ilişkili bilgilere otomatik bir biçimde olumsuz duygusal tepkiler verdikleri bulunmuştur. Araştırmacılar bu otomatik süreci sağlık kaygısının bilişsel davranışçı boyutuyla ilişkilendirmişlerdir (Jasper ve Witthoft, 2012). Sağlık kaygısına sahip bireylerin kendi deneyimlerini anlamak ve yorumlamakla ilgili yetersiz bilişsel kaynaklara sahip olması sonucunda güvence aramanın bir baş etme olarak meydana gelmiş olabileceği öne sürülmüştür (Jasper ve Witthoft, 2012). Nitekim, bazı araştırmalar da sağlık kaygısına yönelik endişelerle baş etmekte zorlanmanın telafisi olarak güvence arama davranışının

ortaya çıkmış olabileceğini öne sürmüştür (Fergus ve Valentiner, 2010; Görgeç ve ark., 2014).

Bardeen ve Fergus (2014)'un çalışma bulguları sağlık kaygısı ve dürtü kontrol güçlükleri arasında bir ilişki olduğuna işaret etmektedir. Buna göre, sağlık kaygısı yüksek bireyler olumsuz bir duyguyu deneyimlerken davranışlarını kontrol etmekte daha fazla zorlanmaktadırlar. Yapılan bir derlemede duygu tanıma güçlüğü çeken bireylerin fiziksel semptomları gereğinden fazla bildirmeye ve düşük yoğunluktaki fiziksel semptomları bile hastalıkla ilişkili olarak yorumlamaya meyilli oldukları belirtilmiştir (Kano ve Fukudo, 2013). Duyguları daha sık, daha yoğun ve daha uzun sürelerde yaşayan bireylerin sağlık kaygıları yaşamaya daha meyilli oldukları ve ayrıca sağlık endişeleri için daha fazla sosyal destek aramaya meyilli oldukları bulunmuştur. Sonuç olarak, araştırmacılar bu bireylerin sağlık kaygısı ve diğer kaygı bozuklukları için risk altında olabileceklerini belirtmektedir (O'Bryan ve ark., 2017).

4.1.4. Sağlık Kontrol Odağı

Kontrol hissi, iyi oluşu etkileyen önemli faktörlerden biridir. Genel kabul, sağlığı üzerinde kendi kontrolünün olduğuna inanan bireylerin hem bedensel hem de psikolojik olarak daha iyi bir sağlık durumuna sahip olduğudur. Nitekim alanyazındaki çalışmalarda iç kontrol odağına sahip bireylerin daha çok sağlıklarını destekleyen bir yaşam biçimini sürdürdükleri, sonuç olarak hem fiziksel hem de psikolojik olarak daha sağlıklı oldukları ve aynı zamanda sağlıkları için daha az riskli davranışlarının olduğu bildirilmiştir (Pourhoseinzadeh ve ark., 2017; Wallston ve Wallston, 1981; Helmer ve ark., 2012; Steptoe ve Wardl, 2001). Öte yandan, sağlık davranışı ve kontrol odağı arasında zayıf bir ilişkinin olduğu, bu sonucun her bir kontrol odağı boyutunu keskin bir şekilde ayırmanın zorluğundan kaynaklanabileceği de öne sürülmüştür (Wallston ve Wallston, 1981, 1982; Wallston, 1992).

Alanyazında sağlık kaygısı ile güçlü diğerleri ve şans kontrol odağı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Karademas, 2009; Paschali ve ark., 2012).

Skidmore ve arkadaşları (2014), güçlü diğerleri ve şans kontrol odağı ile sağlık kaygısı ve hastalık davranışı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Ayrıca çalışmanın bulgularına göre güçlü diğerleri kontrol odağının sağlık kaygısı ve hastalık davranışı üzerinde dolaylı bir etkisi varken şans kontrol odağında böyle bir dolaylı etki gözlenmemiştir. İç kontrol odağının ise beklenmedik bir biçimde sağlık kaygısı ve hastalık davranışı ile bir ilişkisi gözlenmemiştir. Araştırmacılar iç kontrol odağı yüksek grubun diğerlerine kıyasla daha heterojen bir yapıda olmasından kaynaklı olabileceğini düşünmüştür. Örneğin, iç kontrol odağı yüksek bir grup sağlıkları konusunda işlevsel bir inanca sahip olup sağlık kaygısı geliştirmezken bir diğer grubun sağlıkları konusunda aşırı bir sorumluluk hissedip fazlaca sağlıkları ile ilgili endişe yaşayabilecekleri düşünülmüştür (Skidmore ve ark., 2014).

Karademas (2009)'ın gerçekleştirdiği deneysel çalışmanın sonuçları da oldukça dikkat çekicidir. Bulgular, tanıdık olmayan ve acı çeken insanların fotoğraflarına maruz kalmanın kişilerde sağlık kaygısını ve sağlığa verilen değeri arttırdığını, iç kontrol odağını azalttığını göstermiştir. Araştırmacıya göre acı çeken insanların fotoğraflarına maruz kalmak iyi oluşu ve kendiliğe dair değerlendirmeleri etkileyen bilişsel ve duygusal reaksiyonlara yol açmaktadır. Başka bir deyişle, bu fotoğraflara maruz kalmak tehditkar bir dünya ve dayanıksız bir benliğin işareti olarak algılanıp sağlıkla ilgili endişeleri etkiliyor olabilir. Sağlığın değerini düşünmeye ve endişelenmeye, ancak sağlıkları üzerinde daha az kontrol hissine yol açıyor olabileceği düşünülmüştür (Karademas, 2009).

İç kontrol odağı sıklıkla daha iyi bir beden ve zihin sağlığıyla ilişkilidir (Kesavayahuth ve ark., 2019; Gale ve ark., 2008). Hutner ve Locke (1984), sağlıkları ve yaşadıkları olaylar üzerinde kontrol sahibi olduklarını hisseden bireylerin, kontrolün şans veya güçlü diğerlerinde olduğunu hisseden bireylere göre stresli yaşam olaylarıyla daha etkili bir biçimde baş edebildiklerini öne sürmüştür. Buradan hareketle, sağlık kontrol odağına ilişkin geliştirilecek yöntemlerin sağlık davranışları, fiziksel ve psikolojik iyi oluş üzerinde etkili olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Kesavayahuth ve arkadaşları (2019) iç kontrol odağı ve daha iyi bir sağlık arasındaki bu ilişkiyi iki yoldan açıklamıştır. İlk olarak iç kontrol odağı daha yüksek olan bireylerin sosyal ilişkilerine daha fazla yatırım

yapmalarını daha iyi bir sağlıkla ilişkilendirmişlerdir. İkinci olarak ise sağlıklı alışkanlıklara ek olarak daha aktif bir yaşam biçimi (dışarda geçirilen aktif zaman, tamir ve bahçe işleri, gönüllülük işleri vb.) benimsemelerinin sonucu olarak iyi bir sağlığa sahip olabileceklerini bildirmişlerdir. İç kontrol odağı ve sağlık kaygısı arasındaki ilişkiye dair çelişkili sonuçlar dikkat çekmektedir. Kimi çalışmada değişkenler arası anlamlı bir ilişki gözlenirken (örn., Chorpita ve Barlow, 1998; Quinn ve Norris, 1986), kimi çalışmada böyle bir ilişki bulunamamıştır (örn., Reich ve ark., 1997).

Mevcut çalışmanın bulguları beklenmedik bir biçimde sağlık kontrol odağının sağlık kaygısı ile anlamlı bir ilişkisi olmadığını göstermiştir. Ancak alanyazında kontrol odağına ilişkin çelişkili sonuçlar olması bu değişken üzerinde daha derinlemesine incelemeyi gerekli hale getirmektedir. Katılımcı grubundaki cinsiyet dağılımının dengeli olmamasının sağlık kontrol odağının etkisini görmeyi zorlaştırmış olabileceğini akla getirmiştir. Özellikle yaş ve cinsiyetin hastalığa ilişkin davranışları etkilediği bilinmektedir (Kandrack, Grant ve Segall, 1991). Mevcut araştırma grubunun büyük bir çoğunluğunu kadın katılımcılar oluşturmaktadır. Bilindiği üzere kadın ve erkeklerin sağlıkla ilgili tutum ve davranışları birbirinden farklılaşmaktadır. Bir diğer husus sağlık kontrol odağı ve sağlık kaygısı ilişkisine aracılık ve düzenleyicilik edebilecek değişkenlerin mevcut çalışmada incelenmemiş olmasıdır. Alanyazında sağlık kontrol odağı ile aracılık ve düzenleyicilik etkisinin görüldüğü sağlığa verilen değer (Wallston, 1992), öz-yeterlilik ve hastalık şiddeti (Shelley ve Pakenham, 2004) gibi farklı değişkenler mevcuttur. Wallston (1992)'ın sağlık kontrol odağı ve sağlık davranışı arasındaki ilişkide sağlığa verilen değer düzenleyici etkisine ilişkin görüşü sağlık kaygısı ve sağlık kontrol odağı arasındaki ilişki için de farklı değişkenlerin düzenleyici ve aracı etkileri olabileceğini düşündürmüştür. Hastalık şiddeti (akut veya kronik), dış kontrol odağı ve öz yeterliliğin birlikte etkileşimine bağlı olarak hastalıkla ilgili psikolojik sıkıntıların değiştiği görülmüştür (Shelley ve Pakenham, 2004). Alanyazın ışığında mevcut çalışmanın bulguları değerlendirildiğinde bahsedilen sebeplerle araştırma grubunun cinsiyet dağılımı açısından dengeli olacak biçimde düzenlenmesi, aracı ve düzenleyici değişkenlerle kontrol odağı değişkeninin daha detaylı incelenmesi ve anlaşılmasının mümkün olabileceği düşünülmüştür.

Korelasyon sonuçlarına bakıldığında çalışmada incelenen değişkenler ile kontrol odağının alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ama düşük seviyede bir ilişki gözlenmiştir. Sağlık kaygısı hem bireysel hem de toplumsal pek çok faktörden etkilenen bir yapıdır. Mevcut çalışmada kontrol odağının temel etkisi ve etkileşim etkisinin istatistiksel olarak anlamlı bulunmayışı kontrol odağı değişkeninin etkisinin diğer faktörler tarafından baskılanmış olabileceğini düşündürmüştür. Öte yandan, kontrol odağının kültürel faktörlerden de etkilendiği bilinmektedir (Cheng ve ark., 2013). Buradan hareketle mevcut çalışmada kontrol odağının anlamlı bir etkisinin olmamasının kültürel faktörlerden etkilenmiş olabileceğini akla getirmiştir. Bireyci toplumlarda yetişen bireyler sağlıkları üzerinde daha fazla kontrol hissetmektedir. Nitekim, bu bireylerin sağlıklarını destekleyecek davranışlar göstermeye meyilli oldukları öne sürülmüştür (Wrightson ve Wardle, 1997). Bireyci toplumlarda iç kontrol odağı ve psikolojik semptomlar arasında ters bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Güç mesafesinin (gücün eşit olmayan bir biçimde dağıtılması) daha fazla olduğu toplumlarda ise otorite figürlerinin sağlığın belirleyicisi olduğu anlayışı belirgindir (Smith, 1999). Türkiye genellikle toplulukçu bir yapıda değerlendirilse de değişen kültürel etkenlerle bireyci toplum özelliklerini de yer yer gösterebilmektedir. Sağlık kontrol odağı değişkenini derinlemesine incelemek ve sağlık kaygısındaki etkisini daha açık görebilmek için toplumsal faktörlerin de göz önünde bulundurulmasının önemli olduğu düşünülmüştür.

4.2. ARACI DEĞİŞKEN ANALİZİ SONUÇLARININ TARTIŞILMASI

Bu bölümde psikolojik iyi oluş ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide belirsizliğe tahammülsüzlüğün, sağlık kontrol odağının (iç kontrol, şans, güçlü diğerleri), psikolojik dayanıklılığın ve duygu düzenleme güçlüğüünün aracı etkisine ilişkin sonuçlar tartışılacaktır. Alanyazında pek çok çalışmanın sağlık kaygısı ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiye değindiği önceki bölümlerde aktarılmıştır. Çeşitli aracı ve düzenleyici ilişkilerin hem sağlık kaygısını hem de psikolojik iyi oluşu etkilediği görülmüştür. Örneğin, psikolojik esnekliğin sağlık kaygısı ve Covid-19 stresi arasındaki ilişkide aracı bir etkisi olduğu bulunmuştur (Landi ve ark., 2020). Ayrıca, aleksitimi ve kaygı duyarlılığı da yaşam kalitesi ve sağlık kaygısı arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir (Yılmaz ve Dirik, 2020). Bu çalışmada ele alınan diğer değişkenlerin de hem alanyazındaki çalışmalarda hem de mevcut çalışmanın bulgularında sağlık kaygısı ve

psikolojik iyi oluş ile çeşitli düzeylerde ilişkileri olduğu saptanmıştır. Sağlık kaygısına yönelik oluşturulan mobil uygulamaya ilişkin içeriklerin düzenlenmesi amacıyla belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu düzenleme gücü, sağlık kontrol odağı ve psikolojik dayanıklılığın yer aldığı bir aracı değişken modeli oluşturulmuştur.

Modelin sonuçları beklenenin aksine sağlık kontrol odağı (iç kontrol, şans ve güçlü diğerleri) ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün aracılık etkisinin olmadığını göstermiştir. Ancak aracılık etkisi saptanan psikolojik dayanıklılık ve duygu düzenleme gücü ile birlikte sağlık kontrol odağı ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün toplam etkisinin anlamlı bir model oluşturduğu görülmüştür. Başka bir deyişle, aracı değişken olması beklenen değişkenler bir arada iken anlamlı bir modele işaret etmiştir. Buradan hareketle belirlenen değişkenlerin tamamı mobil uygulama içeriklerini düzenlerken kullanılmıştır.

Sağlık kontrol odağının sağlık kaygısı ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisinin incelendiği çalışmalarda çelişkili sonuçlar dikkat çekmiştir. Çalışmaların bazılarında iç kontrol odağına sahip olmak daha düşük sağlık kaygısıyla ve daha yüksek psikolojik iyi oluş ile ilişkidir (Richardson ve ark., 2012). Sağlığı korumaya yönelik davranışlar ile güçlü diğerleri ve şans kontrol odağı arasında olumsuz bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar olduğu görülmüştür (Murray ve Corny, 1989). Sağlık kaygısı ile güçlü diğerleri ve şans kontrol odağı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Karademas, 2009). Öte yandan, sağlık kontrol odağı, sağlığı destekleyici davranışlar ve sağlık kaygısı arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığını gösteren çalışmalar da dikkat çekmektedir (örn., Reich ve ark., 1997). Mevcut çalışmada oluşturulan modelde sağlık kaygısı ile sağlık kontrol odağı arasındaki direkt ilişkilerde iç kontrol ile olumsuz, şans ile olumlu bir ilişki gözlenmiştir. Güçlü diğerleri sağlık kontrol odağı ile anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Psikolojik iyi oluş ile sağlık kontrol odağı boyutları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Daha önce de değinildiği üzere pek çok farklı faktörün bu sonucu etkilemiş olabileceği düşünülmüştür. Kültürel etkiler bu faktörler arasında en önemlilerden biridir (Cheng ve ark., 2013). Bireyci veya toplulukçu kültürler bireylerin kendi sağlıkları üzerinde hissettikleri kontrolü farklı değerlendiriyor olabilir. Bireyci toplumlar daha çok iç kontrolü ve dolayısıyla sağlığı ve iyi oluşu olumlu etkileyen davranışları destekler nitelikte bir etkiye sahip olabilirken, güç mesafesinin uzak olduğu,

otoritelerin daha fazla etki ve kontrole sahip olabildiği toplulukçu kültürlerde bireyler sağlıkları üzerinde güçlü diğerlerinin etkisini daha olumlu bir deneyim olarak algılamaktadır (Cheng ve ark., 2013). Öte yandan, kontrol odağının modele eklenmesiyle toplam etkinin artmış olması anlamlıdır. Bu çalışmada etkisi gözlenmeyen bazı değişkenler sebebiyle kontrol odağının direkt etkisinin görülmemiş olabileceği düşünülmüştür. Sağlığa verilen değer, hastalığın şiddeti, öz- yeterlilik gibi değişkenlerin sağlık kontrol odağı söz konusu olduğunda aracı ve düzenleyici etkileri olduğu bulunmuştur (Wallston, 1992; Shelley ve Pakenham, 2004). Bu sebeplerle direkt aracılık etkisinin baskılanmış olabileceği düşünülmüş ve mevcut modeldeki diğer değişkenlerle birlikte toplam aracılık etkisinin anlamlı olmasından yola çıkılarak mobil uygulama içeriklerinin hazırlanması ve düzenlenmesi sürecinde sağlık kontrol odağına yer verilmiştir.

Mevcut modelde beklenenin aksine anlamlı bir etkinin görülmediği bir diğer değişken belirsizliğe tahammülsüzlüktür. Sağlık kaygısıyla ilişkisi alanyazında oldukça incelenen belirsizliğe tahammülsüzlüğün yaş ve sağlık kaygısı arasındaki ilişkide kısmi aracı olduğu görülmüştür (Gerolimatos ve Edelstein, 2012b). Belirsizliğe tahammülsüzlüğün mevcut modelde sağlık kaygısı ile direkt ilişkisi olumlu ve anlamlı iken psikolojik iyi oluş ile anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Doğrudan aracılık etkisi anlamlı bulunmazken, diğer değişkenlerle birlikte aracılık etkisi anlamlı bulunmuştur. Fergus ve Bardeen (2013), sağlık kaygısının etiolojisinde kaygı duyarlılığın belirsizliğe tahammülsüzlükten daha önemli bir etkisi olduğunu öne sürmüştür. Ayrıca, sağlık kaygısı ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki anlamlı ilişki kaygı duyarlılığı kontrol edildiğinde ortadan kalkmaktadır (Sexton ve arkadaşları, 2003). Carleton ve arkadaşları (2012) ise kaygı duyarlılığı aracılığıyla belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlık kaygısını etkiliyor olabileceğini öne sürmüştür. Buradan hareketle mevcut modelde belirsizliğe tahammülsüzlüğün etkisini baskılayan faktörler olabileceği düşünülmüş ve toplam modele anlamlı bir katkı yapmasından dolayı mobil uygulama içeriklerinin hazırlanması ve düzenlenmesi sürecine dahil edilmiştir. Alanyazında belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlık kaygılarına etkisi sıkça vurgulanmasına karşın biliş-davranış temelli terapi uygulamalarında doğrudan odaklanılmadığı dikkat çekmektedir. Bireylerin belirsizlikle baş etme becerilerini arttıracak, belirsizliğin yarattığı endişeyi fark etmeyi ve özellikle

sağlık kaygılarına etkisini görmeyi sağlayacak bir uygulamanın sağlık kaygılarını azaltmada etkili olabileceği düşünülmüştür. Tüm bu sebepler mobil uygulama içeriklerinin hazırlanması sürecinde belirsizliğe tahammülsüzlüğün dört ana temadan biri olmasını sağlamıştır.

Modele beklendiği gibi anlamlı bir etkisi olan değişkenlerden biri psikolojik dayanıklılıktır. Sağlık kaygısı ile anlamlı ve olumsuz bir ilişki gözlenirken psikolojik iyi oluş ile anlamlı ve olumlu bir ilişkisi olduğu görülmüştür. Dayanıklılığın aracılık etkisinin anlamlı olduğu ve toplam aracılık etkisinde en yüksek katsayıya sahip olduğu görülmüştür. Başka bir ifadeyle, sağlık kaygısının psikolojik iyi oluş üzerindeki olumsuz etkisi psikolojik dayanıklılık söz konusu olduğunda azalmaktadır. Buradan hareketle mobil uygulama içeriklerinde dayanıklılığı güçlendirmeye dair psikoeğitim ve bilişsel egzersizlere oldukça yer verilmiştir. Bu bulgu, pozitif psikoterapi yaklaşımının vurguladığı “güçlü ve olumlu yanların desteklenmesi” ve böylece psikolojik sıkıntıların çözümlenmesi argümanını destekler niteliktedir (Seligman ve Csikszentmihalyi, 2000). Bilişsel davranışçı yaklaşım özellikle sağlık kaygısına sahip bireylerin hem fiziksel hem de psikolojik olarak dayanıksızlığa dair temel inançları olduğuna işaret eder (Rief ve ark., 1998). Şema yaklaşımı da sağlık kaygısını dayanıksızlık şeması üzerinden ele almaktadır (Young ve Klosko, 2011). Dayanıklılık hem psikolojik hem de kronik bozukluklarda koruyucu bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Lemos ve ark., 2016). Psikolojik dayanıklılığın arttırılmasının gelecekte yaşanabilecek olası psikolojik belirti ve zorlanmalar için koruyucu bir faktör olabileceğini düşündürmüştür.

Duygu düzenleme güçlüğü mobil uygulamada yer verilen dört ana temadan biridir. Duygu düzenleme güçlüklerinin tanımlar üstü bir yapı olarak pek çok psikolojik bozuklukta görüldüğü bilinmektedir (Aldao ve Nolen-Hoaksema, 2010). Beklendiği üzere sağlık kaygısı ile olumlu, psikolojik iyi oluş ile olumsuz bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Öte yandan, duygu düzenleme güçlüğünün sağlık kaygısı ve psikolojik iyi oluş arasındaki aracı etkisinin de anlamlı olduğu görülmüştür. Başka bir deyişle, bireylerin deneyimlediği sağlık kaygısı arttıkça duygularını düzenlemeye ilişkin güçlükleri artarak psikolojik iyi oluş düzeylerini azaltmaktadır. Bu kapsamda duyguları düzenlemeye ilişkin psikoeğitim ve bilişsel egzersizler mobil uygulamada yer almıştır. Bilişsel davranışçı yaklaşımın

sağlık kaygısına dair formülasyonuna bakıldığında bedensel belirtilere yüklenen anlamların ve bunların sonucunda verilen duygusal ve davranışsal tepkilerin önemli bir yer tuttuğu söylenebilir. Bu durumda duyguları düzenleyebilmek çok daha kritik bir öneme sahiptir. Şöyle ki, bedensel belirtiye verilen duygusal tepkinin düzenlenememesi daha şiddetli bir bedensel belirtiye meydana getirebilmektedir. Bedensel belirtinin yanlış yorumlanması ve duygunun düzenlenememesi daha fazla bedensel belirti yaşanmasıyla sonuçlanabilmekte ve bireyler bedensel belirti-yoğun kaygı arasında bir kısır döngünün içinde kalabilmektedir (Görgeç ve ark., 2014). Tüm bu sebepler sağlık kaygısına ilişkin bir mobil uygulama için duygu düzenlemeye ilişkin bölümlerin dahil edilmesini gerekli kılmıştır.

Oluşturulan modelde dört ana değişkenden ikisinin tek başına aracılık etkileri anlamsız bulunmasına rağmen hepsinin bir arada anlamlı bir bütün oluşturması önemli bir bulgudur. Mevcut çalışmada şu ana dek aktarılanlardan yola çıkılarak sağlık kontrol odağı (iç, şans, güçlü diğerleri), belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu düzenleme güçlüğü ve psikolojik dayanıklılığın yalnızca sağlığa ilişkin kaygılarda değil, yaşanan pek çok psikolojik zorlukta önemli bir yer tuttuğu görülmektedir. Bu yönüyle değerlendirildiğinde tanıdan bağımsız olarak bu dört alandaki iyileştirmelerin bireylerin yaşadığı psikolojik zorlanmaları azaltabileceği ve psikolojik iyi oluşlarını arttırabileceği düşünülmüştür.

Genel kabul iç kontrol odağının bireyin kendi hayatıyla ilgili sorumlulukları almak, kendi gücüne, yapacaklarına ve yapamayacaklarına dair daha gerçekçi bir değerlendirmeyle hareket etmesine olanak sağladığı yönündedir (Rotter, 1990). Belirsizliğe, “tehlikeli olduğu ve felaketle sonuçlanacağı” gibi inançlardan dolayı tahammül edilmesi güçleşmektedir (Buhr ve Dugas, 2002). Elbette ek olarak bu oluşacak felaketlerle baş edilemeyeceği, kişinin gücünün ve dayanıklılığının bununla baş etmeye yetmeyeceğine inandığı durumlarda belirsizlik daha da idare edilmesi zor hale gelmektedir. Sonuçta meydana gelen yoğun kaygı ve korkuların yatıştırılmasına yönelik kaynaklar yetersizse duyguyu düzenlemeye dair güçlüklerin kaçınılmaz olduğu düşünülebilir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde bu dört ana bileşenin bir arada anlamlı bir etki yaratıyor olabileceği düşünülmüştür.

4.3. MOBİL UYGULAMANIN ETKİLİLİĞİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmanın ikinci aşamasında sağlık kaygılarını azaltmaya yönelik geliştirilen mobil uygulamanın katılımcılar tarafından kullanılması ve uygulamanın etkililiğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. İlk aşamada yapılan tarama çalışması sonucunda sağlık kaygısı ortalama puanından 1 standart sapma yukarıda puan alan katılımcılar ile uygulama ve kontrol grupları oluşturulmuştur. Örneklem herhangi bir psikiyatrik tanı almamış ancak sağlık kaygıları yüksek bireylerden oluşmuştur. Sağlık kaygısı tanısı almış kişilere ulaşmanın güçlüğü ve sağlık kaygılarının tanı almamış normal örnekleme de bulunması çalışmanın örneklemini tanı almamış ancak tanı grubunun sahip olduğu güçlükleri yaşayan yüksek risk grubu olarak değerlendirebileceğimiz analog örneklem ile gerçekleştirilmiştir. Analog örneklemler klinik psikoloji uygulamalarında klinik örnekleme benzerliği sebebiyle sıkça başvurulmaktadır (Abramowitz ve ark., 2014). Uygulamanın etkililiği mobil uygulamayı kullanan grup ile kontrol grubunun karşılaştırılması ve uygulama grubunun ön ölçüm ve son ölçümlerinin değerlendirilmesiyle gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda devam eden bölümde mobil uygulamanın ölçülen değişkenler üzerindeki etkisi sırasıyla değerlendirilmiştir.

Uygulama öncesinde iki grubun alınan ölçümler bakımından birbirinden farklılaşp farklılaşmadığı, demografik değişkenler bakımından benzerliğini değerlendirmek üzere analizler yürütülmüştür. Bu kapsamda elde edilen sonuçlar iki grubun sağlık kaygısı, iyi oluş, duygu düzenleme güçlüğü, sağlık kontrol odağı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri bakımından benzer olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda grupların yaş ve eğitim düzeyi gibi demografik özellikler bakımından da benzer olduğu görülmüştür. Cinsiyet açısından bakıldığında ise mobil uygulama grubunun tamamı kadın katılımcılardan oluşurken, kontrol grubunda 3 erkek katılımcı olduğu görülmektedir. Psikoloji alanındaki çalışmalarda sıklıkla kadın katılımcıların örnekleme sayıca daha fazla olduğu bilinmektedir. Mobil uygulamaların değerlendirildiği bir derleme çalışmasında da incelenen çalışmalardaki örneklemin %57 ile %85 aralığında kadın katılımcılardan oluştuğu bildirilmiştir (Durdu-Akgün ve ark., 2019). Mevcut çalışmanın örneklemindeki cinsiyet dağılımında da benzer bir tablo ortaya çıkmıştır. Bu

durumun özellikle psikoloji alanındaki çalışmalarda cinsiyet rollerine dair inançlarla ilişkili olabileceğini akla getirmiştir. Duygularla, iç dünyayla temas halinde olmak, bunlarla ilgili düşünmek ve konuşmak ‘‘kadın işi’’ gibi yorumlanıyor olabilir. Sonuç olarak erkek katılımcılar psikoloji çalışmalarına katılmada daha az gönüllü oluyor olabilir. Aynı zamanda kadınların erkeklere kıyasla psikolojik destek almaya daha meyilli olması da örneklemedeki bu farkın sebeplerinden biri olabileceğini düşündürmüştür.

4.3.1. Mobil Uygulamanın Sağlık Kaygısına Etkisi

Mevcut çalışmanın ana amaçlarından biri çalışma kapsamında geliştirilen mobil uygulamanın sağlık kaygısı belirtilerinin azalmasında etkili bir araç olup olmadığının incelenmesidir. Bu amaçla yürütülen analiz sonucunda mobil uygulamanın sağlık kaygısı belirti düzeyinde anlamlı bir düşüşe yol açtığı görülmüştür. Başka bir ifadeyle, sağlık kaygılarına ilişkin geliştirilen mobil uygulamanın sağlık kaygılarını azaltmada etkili bir araç olduğu saptanmıştır. Herhangi bir uygulama yapılmayan kontrol grubunda ise ön ölçüm ve son ölçümler arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Mobil uygulamaların etkinliğine yönelik yapılan bir sistematik gözden geçirmeye göre ölçüm araçları ve süreleri, örneklem büyüklüğü ve psikolojik bozukluklar değişse de mobil uygulamalar belirti düzeyini azaltmada geçerli olduğu bilinen diğer uygulamalar kadar iyi ya da bekleme kontrol grubuna göre daha iyidir (Durdu-Akgün ve ark., 2019).

Mobil uygulamanın sağlık kaygısı belirti düzeyindeki anlamlı etkisi Covid-19 algısı kontrol edildiğinde dahi devam etmiştir. Yakın geçmişte dünya genelinde yaşanan pandemi süreci pek çok bireyin hem fiziksel hem de psikolojik sağlığını tehdit etmiştir (Zvolensky ve ark., 2020). Sürecin getirdiği pek çok olumsuz sonuç Covid-19’un tehlikeliliğine dair inançları etkilemiştir. Tüm bunlar özellikle sağlıkla ilgili kaygıları da arttırmıştır. Ancak mevcut çalışmada yalnızca Covid-19’un etkisiyle artan sağlık kaygılarına değil, daha geniş kapsamda sağlık kaygılarına yönelik bir mobil uygulama geliştirmek ve etkililiğini değerlendirmek amaçlanmıştır. Elde edilen sonuçlar bu amacın gerçekleştiğini destekler niteliktedir. Bireylerin Covid-19’a ilişkin algısı kontrol edildiği durumda da sağlık kaygısı belirti düzeyinde anlamlı bir düşüş olduğu görülmektedir.

Covid-19 geçmişi ve internet üzerinden hastalıklarla ilgili arama yapma sıklığının sağlık kaygısı puanları üzerinde beklenenin aksine anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Covid-19'a yakalanmış olmanın sağlıkla ilgili kaygılar üzerinde bir etkisinin olabileceği, bilinmeyen bir hastalığı yaşamamanın yoğun korkulara ve dolayısıyla sağlıkla ilgili olumsuz inançlara yol açabileceği düşünülmüştür. Alanyazındaki çalışmalarda Covid-19 yaşamış bireylerin sağlıkla ilgili kaygılarında bir artış olduğu görülmüştür (Coulthard ve ark., 2021; Tull ve ark., 2020). Ancak bu çalışmada Covid-19 yaşamış olmanın grup ve hastalık araştırma sıklığı ile birlikte anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır. İnternet üzerinden hastalıklarla ilgili araştırma yapmak siberkondri olarak tanımlanmaya başlamıştır (McElroy ve Shevlin, 2014; Maftai ve Holman, 2020). Bu kavram yavaş yavaş araştırmacıların dikkatini çekmeye başlamış, sağlık kaygısı ile ilişkisi üzerine çalışmalar yürütülmüştür (White ve Horvitz, 2009; Doğanyığıt ve Keçeligil, 2022; Doğan, Acar ve Baynal-Doğan, 2021; Batı ve ark., 2018). Güncel çalışmada ise hastalık araştırma sıklığı ile grubun etkileşim etkisi anlamlı bulunmamıştır. Alanyazında siberkondri düzeyi arttıkça sağlıkla ilgili kaygıların da arttığı görülmektedir (Norr ve ark., 2014). Bu çalışmada beklenen anlamlı etkinin görülmemesinin örneklem büyüklüğü ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Daha büyük örneklem gruplarıyla hem Covid-19 geçmişi hem de internet üzerinden hastalıklarla ilgili araştırma yapma sıklığının etkisi daha net gözlenebilir.

Bilindiği kadarıyla ülkemizde sağlık kaygılarına doğrudan odaklanan biliş-davranış temelli bir mobil uygulama henüz geliştirilmemiştir. Ancak Covid-19 pandemisi sürecinde hastalığa ilişkin bilişlere ve üst-bilişlere yönelik bir bölüm olarak yer aldığı obsesif-kompulsif bozukluk, kaygı ve depresyon odaklı bir mobil uygulamanın ülkemize uyarlandığı bilinmektedir (Akın-Sarı ve ark., 2022). Bu uygulamanın içeriğinde farklı temalarda (çoğunlukla OKB ile ilişkili yapılar) olumsuz otomatik düşüncelerin tanınmasına odaklanılmıştır. Ekranda beliren düşüncelerin olumsuz otomatik düşünce ya da alternatif düşünce olduğuna karar verilmesi ile kullanıcının iki düşünce yapısını birbirinden ayırt etmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Covid-19 ile ilişkili modülde belirsizliğe tahammülsüzlük, abartılı tehdit algısı, hastalık olasılığı ve ciddiyeti, tıbbi hizmetlerin yetersizliği, beden duyularının felaketleştirilmesi ve hastalıkla baş edilemeyeceğine dair inançlara odaklanılmıştır. Uygulamanın etkililiğine dair sonuçlara

bakıldığında katılımcıların Covid-19 stres düzeyinde, depresif belirti düzeyinde, belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinde ve obsesif inançlarında bir düşüş olduğu görülmüştür (Akın-Sarı ve ark., 2022). Uygulamayı asıl geliştiren araştırma ekibinin beden imajı (Abody, Siev ve Doron, 2020), OKB (Roncero, Belloch ve Doron, 2018), romantik ilişki ve partner odaklı OKB (Cerea ve ark., 2020) gibi pek çok farklı psikolojik bozukluk için mobil uygulama içerikleri hazırladığı görülmüştür. Bahsedilen mobil uygulamaların hedef semptomları ve işlevsel olmayan inançları azaltmada etkili oldukları görülmüştür. Ayrıca kaygı bozukluklarına yönelik geliştirilen mobil uygulamalarla yapılan randomize kontrollü çalışmaların derlendiği bir çalışmada da kaygı düzeylerinin anlamlı olarak azaldığı bildirilmiştir (Firth ve ark., 2017). Buradan hareketle mevcut çalışmadaki bulgular alanyazındaki psikolojik sağlık uygulamalarının etkililiğine ilişkin sonuçlarla paralel olarak bu çalışma kapsamında geliştirilen mobil uygulamanın sağlık kaygısı belirti düzeyini azaltmada etkili bir araç olduğunu düşündürmüştür.

Psikolojik sağlık üzerine geliştirilen mobil uygulamaların gerek uygulama marketleri (Google Play Store ve Apple Store) gerek ilgili alanyazın çerçevesinde incelenmesi sonucunda doğrudan sağlık kaygısına yönelik geliştirilen bir mobil uygulamaya rastlanmamıştır. Sağlık kaygısına yönelik biliş-davranış temelli geliştirilen ve elektronik posta yoluyla katılımcıların erişebildiği internet temelli bir müdahale programının etkililiği yüz yüze bir terapist ile gerçekleştirilen bir müdahale ile karşılaştırılmıştır (Axelsson ve ark., 2020). BDT tekniklerine yer verilen bu müdahalede bilinçli farkındalık egzersizleri de yer almıştır. Katılımcılar 12 hafta boyu (her hafta 1 modül) yazılı materyalleri kullanmış ve ihtiyaç durumunda bir terapistle elektronik posta ile ulaşabilmişlerdir. Yüz yüze terapi müdahalesinde ise 12 seans boyu BDT teknikleri ile sağlık kaygılarına odaklanılmıştır. Sonuçlar iki grubun sağlık kaygısı belirti düzeyinin anlamlı olarak azaldığına, internet temelli uygulamanın da yüz yüze müdahale kadar etkili olduğuna işaret etmiştir (Axelsson ve ark., 2020). Bu çalışma yüz yüze bir terapist ile çalışılmadığı durumlarda da biliş-davranış tekniklerinin standart bir yapıda sunulduğu takdirde sağlık kaygısı yaşayan bireylerin fayda sağlayabileceğini ortaya koymuştur.

Bilişsel-davranışçı yaklaşımla geliştirilen genel kaygı bozukluklarına yönelik uygulamalar olsa da (örn., Worry Knot) doğrudan sağlığa ilişkin kaygıların odakta olduğu bir mobil uygulama bilindiği kadarıyla mevcut değildir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde mevcut çalışma doğrudan sağlık kaygılarına odaklanan biliş-davranış temelli geliştirilen ve randomize kontrollü bir araştırma ile etkililiği araştırılan ilk uygulama olma özelliğine sahiptir. Nitekim geliştirilen uygulamanın sağlık kaygısı belirti düzeyinde anlamlı bir azalma sağlamış olması umut vaat etmektedir. Bulgular, geliştirilen mobil uygulamanın sağlık kaygısı belirti düzeyinin azaltılmasında çeşitli sebeplerle terapiye erişimi kısıtlı olan bireyler için etkili bir araç olduğuna işaret etmektedir.

4.3.2. Mobil Uygulamanın Psikolojik İyi Oluşa Etkisi

İyi oluş pek çok bireyin ulaşmaya çalıştığı, bunun için gerek beslenme gerek egzersiz ya da sağlığı koruyucu farklı adımlar atarak aktif çaba gösterdiği önemsenen bir konudur. Son yıllarda araştırmacıların dikkatini çekmekte ve iyi oluş üzerine araştırmaların arttığı görülmektedir (örn., Diener, Oishi ve Tay, 2018; Disabato ve ark., 2016). Aynı zamanda oldukça dinamik bir yapıdır, kısa süreler içinde değişkenlik gösterebilir. Mevcut çalışmanın amaçlarından biri geliştirilen mobil uygulamanın bireylerin psikolojik iyi oluş düzeylerinin artmasında etkili bir araç olup olmadığını sınamaktır. Bu amaç doğrultusunda yapılan analiz sonucu beklenenin aksine mobil uygulamanın psikolojik iyi oluş düzeyinde anlamlı bir artışa yol açmadığını göstermiştir. Çalışmada psikolojik iyi oluş düzeyinin artışı sağlıkla ilgili kaygıların azalması ile hedeflenmiştir. Bulguların beklenenin aksini işaret etmesi çalışmaya katılan bireylerin iyi oluş düzeylerinin hayatlarındaki farklı durumlarla ilgili olabileceğini akla getirmiştir. Mobil uygulama içeriklerini hazırlarken oluşturulan model iyi oluş ve sağlık kaygıları arasında anlamlı bir ilişkiye işaret etmiş, dolayısıyla sağlık kaygısı ve aracı etkisi olabilecek değişkenlerin odakta olduğu bir uygulama ile psikolojik iyi oluş düzeyinin artabileceği hipotez edilmiştir. Ancak sonuçlar bu hipotezi desteklememiştir.

Psikolojik iyi oluşu etkileyebilecek faktörlere bakıldığında iş yaşamındaki zorluklar (Sonnentag ve Frese, 2012; Hoppmann ve Klumb 2012), işsizlik (Lucas ve ark., 2004),

fiziksel hastalıklar/engeller (Lucas, 2007), çocuk sahibi olmak (Deaton ve Stone, 2014), ekonomik faktörler (Deaton, 2008), aile içi çatışmalar (Grant-Vallone ve Donaldson, 2001), kişilik özellikleri (Costa ve McCrae, 1980) gibi pek çok faktörün etkili olduğu görülmektedir. Bu kapsamda düşünüldüğünde sağlık kaygılarındaki azalmanın tek başına psikolojik iyi oluş düzeyini arttırmada yeterli olmayabileceğini düşündürmüştür. Bahsi geçen faktörler bireylerin yaşamlarında oldukça etki alanı geniş olabilecek faktörlerdir. Bir meta-analiz çalışması da bireylerin iyi oluş düzeylerinin yaşamlarındaki değişimlere oldukça hassas olduğunu ortaya koymuştur (Luhmann ve ark., 2012). Ek olarak, sosyopolitik durum (eşitlikçilik, özgürlüğün kısıtlanması, yolsuzluk vb.) ve doğal çevrenin (hava kirliliği vb.) de bireylerin psikolojik iyi oluş düzeyleri üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Diener ve ark., 2018; Oishi ve Diener, 2001). Tüm bunlar bir arada değerlendirildiğinde sağlık kaygısı düzeyi azalsa bile uygulamayı kullandığı süreçte bireylerin özel yaşamlarında deneyimlediği diğer zorlukların psikolojik iyi oluş düzeyindeki iyileşmeyi engellemiş olabileceğini akla getirmiştir.

4.3.3. Mobil Uygulamanın Belirsizliğe Tahammülsüzlüğe Etkisi

Bu çalışma kapsamında geliştirilen mobil uygulamanın belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinin azalmasında etkili bir araç olup olmadığı değerlendirildiğinde grup ve zamanın etkileşim etkisi anlamlı bulunmamıştır. Ancak zamana bağlı anlamlı bir azalma olduğu görülmüştür. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün ilk ölçüm ve son ölçümlerde mobil uygulama grubunda daha fazla bir düşüş olmakla beraber iki grup için de bir azalma söz konusudur. Grup ve zaman etkileşim etkisinin istatistiksel olarak anlamlı bir seviyeye ulaşamamasının kontrol grubundaki düşüş ile ilgili olabileceği akla gelmiştir. Kontrol grubundaki katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerindeki bu azalma bireysel yaşamlarındaki durumlardan kaynaklanıyor olabilir.

Romantik ilişki ve partner odaklı obsesif-kompulsif belirtilere yönelik geliştirilen mobil uygulamanın belirsizliğe tahammülsüzlüğe ilişkin etkisine bakıldığında mevcut çalışmadaki sonuçlarla paralel sonuçlar bulunduğu görülmüştür (Cerea ve ark., 2020). Bu çalışmada çarpaz dizayn kullanılmış olup mobil uygulamayı ilk kullanan grupta belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinde grup ve zaman etkileşim etkisi gözlenirken

uygulamayı ikinci kullanan grupta bu etki gözlenmemiştir. Yalnızca zamanın etkisi anlamlı bulunmuştur. Araştırmacılar, öğrenci örneklemiyle çalıştıklarını, yoğun bir dönemin sonlandığı bir zamana denk gelmesinden kaynaklı katılımcıların stres ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinde kendiliğinden bir düşüş olabileceğini öne sürmüştür (Cerea ve ark., 2020).

Covid-19'la ilgili olarak artan sağlık kaygılarına yönelik geliştirilen ve ülkemize uyarlanan uygulama içeriğinde belirsizliğe tahammülsüzlüğe ilişkin bölümler yer almıştır (Akın-Sarı ve ark., 2022). Çapraz dizayn ile yürütülen bu çalışmada uygulamayı ilk kullanan grup ile henüz kullanmamış ikinci grup arasında belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinde anlamlı bir fark gözlenirken, ikinci grubun uygulamayı kullanması sonrası alınan ölçümlerde yalnızca zamanın anlamlı etkisi gözlenmiştir. Gruplar arası anlamlı bir farkın olmadığı rapor edilmiştir (Akın-Sarı ve ark., 2022). Bu sonuç mevcut çalışma bulgularıyla tutarlılık göstermektedir.

Sağlık kaygısına yönelik biliş-davranış temelli geliştirilen ve elektronik posta yoluyla katılımcıların erişebildiği internet temelli bir müdahale programının etkililiği, aynı zamanda belirsizliğe tahammülsüzlük, algılanan hastalık riski, bedensel semptomlara dikkat ve hastalığa dair algılanan olumsuz sonuçların aracı etkisi değerlendirilmiştir (Hedman ve ark., 2013). Sonuçlara göre belirsizliğe tahammülsüzlüğün aracı etkisi anlamlı bulunurken internet temelli müdahale sonrasında da belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinde anlamlı bir azalma görülmüştür (Hedman ve ark., 2013). Ancak bu çalışmadaki belirsizliğe tahammülsüzlük sağlık kaygısı ölçeğinin bedensel duyumlara verilen tepki alt boyutuyla ölçülmüştür. Ölçüm araçlarındaki bu farktan kaynaklı olarak mevcut çalışma bulgularıyla örtüşmüyor olabileceğini akla getirmiştir.

4.3.4. Mobil Uygulamannın Psikolojik Dayanıklılığa Etkisi

Psikolojik dayanıklılık özellikle son yıllarda pozitif psikoloji ekolleri geliştikçe ön plana çıkan önemli yapılardan biridir. Dayanıklılık çok farklı biçimlerde tanımlanmasına karşın en temelde vurgulanan özelliği psikolojik zorlanmalar sonucunda bireyin toparlanabilme gücü olmuştur. Sağlık kaygısına yönelik geliştirilen mobil uygulamada psikolojik

dayanıklılığa dair bölümlerin yer alması gerek oluşturulan modelde en güçlü aracılık etkisine sahip olmasından gerek ise sağlık kaygısının bilişsel formülasyonunda dayanıksızlığa dair inançların önemli bir yer tutmasından kaynaklanmıştır. İçeriklerde psikolojik dayanıklılığın ne olduğu ve ne olmadığına yer verilmiş, dayanıksızlığa dair olumsuz otomatik düşünceler ve bu düşüncelerin daha uyumlu işlevsel alternatifleri katılımcılara sunulmuştur. Hem kendi kişisel deneyimleri üzerinde düşünmeleri ve bunları incelemeleri sağlanmış hem de örnekler üzerinden diğerlerinin psikolojik dayanıksızlığı nasıl deneyimledikleri aktarılmıştır. Düşünce hatalarının tespiti ve bilişsel yeniden yapılandırma ile uyumlu düşünce yapıları katılımcılara sunulmuştur. Dayanıklılığın en güçlü aracılık etkisine sahip olmasından kaynaklı mobil uygulama içeriklerinde bu yapı üzerinde daha yoğun çalışılması sağlanmıştır.

Dayanıklılık, geçmişten bugüne daha stabil bir kişilik özelliği olarak görülse de günümüzde zorluklar karşısında daha uyumlu davranabilmek, işlevselliği devam ettirebilmek olarak görülmektedir (Chmitorz ve ark., 2018). Dayanıklılık, özellikle Türk kültüründe hiçbir zorluktan etkilenmemek, sert bir şekilde zorluklara karşı koymak, zayıf yanlarını görmemek ve göstermemek üzerine kuruludur. Dolayısıyla kültürün bu öğretileri bireylerin dayanıklılığa dair daha yanlı, katı ve işlevsiz ara inançlar ve temel inançların oluşumunu etkiliyor olabileceğini akla getirmiştir. Ancak işlevsel olan dayanıklılığın, bunun tam karşıtı kavramlar üzerine kurulu olduğu bilinmektedir. Burton, Pakenham ve Brown (2010), psikolojik dayanıklılığı belirleyen beş kritik faktörden birinin bilişsel esneklik olduğunu öne sürmüştür. Benzer biçimde, Schwager ve Rothermund (2014), dayanıklılığın altında yatan en temel özelliklerden birinin bilişsel esneklik olduğunu belirtmiştir. Özellikle sert, katı bir bakış açısından ziyade bilişsel olarak esnek olmak zorluklar karşısında yeniden toparlanabilmeyi sağlamaktadır (Koole ve ark., 2015). Bilişsel esneklik, bireylerin zor zamanlarda alternatif yollardan gidebilmelerini mümkün kılmaktadır.

Mobil uygulamanın bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerine ilişkin etkisi incelendiğinde sonuçlar beklenenin aksine anlamlı bir farklılık olmadığını göstermiştir. Temel amaçlardan biri bireylerin uygulama içindeki egzersizler ile algıladıkları psikolojik dayanıklılık düzeylerinde bir artış sağlamaktır. Bulgular değerlendirildiğinde

psikolojik dayanıklılık üzerindeki değişimler için daha uzun vadeli çalışmalara ihtiyaç duyulabileceği akla gelmiştir. Daha önce değinildiği üzere dayanıklılığa dair ara ve temel inançlar uzun yıllar içinde oluşmuş köklü yapılardır. Temel inançlar yapı itibariyle değişime dirençli, genellenmiş ve katıdır (Beck, 2011). Nitekim, bu yapılar üzerinde değişim kısa vadede hemen gözlenemeyebilir. Biliş-davranış temelli oluşturulan bir grup müdahalesinde katılımcıların psikolojik dayanıklılık ve bilişsel duygu düzenleme becerilerine odaklanılmıştır. 8 hafta süren bu müdahale programı sonucunda katılımcıların psikolojik dayanıklılık ölçeğinin kendilik algısı ve yapısal stil alt boyutlarında anlamlı bir artış olduğu rapor edilmiştir (Çınar ve Eminoğlu, 2020). Yüz yüze ve bir terapist eşliğinde yapılan bu müdahale sonucu psikolojik dayanıklılığın bazı alt boyutlarında değişimin gözlenmiş olabileceğini düşündürmüştür.

4.3.5. Mobil Uygulamannın Duygu Düzenleme Güçlüklerine Etkisi

Duygu düzenleme güçlükleri, sağlık kaygıları da dahil olmak üzere pek çok kaygı bozukluklarında ve diğer psikiyatrik bozukluklarda etkili olduğu bildirilmiş hatta yapılan araştırmalar sonucunda tanılar üstü bir yapı olarak anılmaya başlamıştır (Aldao ve Nolen-Hoaksema, 2010; Gross ve Munoz, 1995). Mevcut çalışmada oluşturulan aracı model sonuçlarına bakıldığında da sağlık kaygısı ve psikolojik iyi oluş arasında direkt aracı ilişkinin anlamlı bulunduğu iki değişkenden biridir. Bir diğer ifadeyle, sağlık kaygısı duygu düzenlemede güçlükler yol açarak psikolojik iyi oluşu bozmaktadır. Buradan hareketle sağlık kaygısına yönelik oluşturulan mobil uygulama içeriklerinde duygu düzenlemeye ilişkin içeriklere yer verilmiştir. Uygulamayı kullanan katılımcılar duygular, işlevleri, duygu düzenlemeye dair güçlükler, duygularla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve uyumlu alternatif düşüncelerle çalışmışlardır. Gerek psikoeğitim ile gerek ise duygu düzenlemeye dair kendi deneyimleri üzerine düşünce kayıtları tutarak ve öğrendiklerini sınyarak duygu düzenlemeye ilişkin egzersizleri tamamlamışlardır.

Biliş-davranış temelli çalışmalarda duygu düzenlemeye ilişkin yürütölen müdahalelerin anlamlı bir değişime yol açtığını gösteren çalışma bulguları mevcuttur (örn., Berking ve ark., 2013; Berking ve ark., 2008; Çeçen, 2002). Yapılan bir derleme çalışmasında da duygu düzenlemeye ilişkin bilişsel-davranışçı müdahalelerin duygu düzenleme

güçlüğünü azaltmada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Gamsız-Tunç ve Dursun, 2021). Bir mobil uygulama içeriği olarak doğrudan duygu düzenlemeye yer veren çalışmalara rastlanmamıştır. Mevcut çalışmadaki bulgular ise beklenenin aksine mobil uygulamanın duygu düzenleme güçlükleri üzerinde anlamlı bir farklılığa yol açmadığına işaret etmiştir. Bu sonuç düşünüldüğünde ilk akla gelenlerden biri duyguları düzenlemeye ilişkin deneyimlerin bireyin bebeklik yaşantılarından başlayarak öğrenmeye başlamasıdır. İnsan yavrusu, dünyaya geldiğinde pek çok konuda bir bakım verene muhtaç olduğu gibi duygularını yatıştırmakta da yine bir bakım verene ihtiyaç duymaktadır (Hofer, 1994). Zorlandığı durumlarda bebek çoğunlukla ağlayarak tepki vermekte ve bakım veren bazen sarılarak, bazen yumuşak tonda konuşarak ya da bir şarkı söyleyerek bebeğin duygularını yatıştırabilir. Bazen bakım veren için de bebeğin ihtiyacını anlamak ve duygusunu yatıştırmak zor olabilir. Aslında duygular ve onları düzenlemeye ilişkin deneyimlerimiz bu kadar eskiye dayanır. Dolayısıyla oldukça köklü bir yapı olduğu varsayılabilir. Nitekim, duyguları düzenlemeye dair deneyimlerimiz yaş aldıkça özellikle önemli diğerleri eşliğinde gelişmeye devam eder (Denham ve ark., 1997). Özellikle, yaşla beraber uyumlu duygu düzenleme stratejilerini kullanmada artış olduğu görülmektedir (Rosati ve ark., 2020; Charles ve Carstensen, 2010). Tüm bunlar duygu düzenlemeye dair güçlüklerle çalışırken daha uzun zamana ihtiyacın olabileceğini, daha kapsamlı ve kişiye özgü ele alınmasının hedeflenen iyileşmeyi kolaylaştırabileceğini düşündürmüştür.

4.3.6. Mobil Uygulamannın Sağlık Kontrol Odağına Etkisi

Bireylerin sağlıkları üzerinde hissettikleri kontrolün mobil uygulama içeriklerindeki çalışmalarla desteklenerek iç kontrol odağının artırılması amaçlanmıştır. Bununla birlikte, iç kontrol odağının artması, şans ve güçlü diğerleri kontrol odaklarının azalmasıyla bireylerin sağlık kaygısı düzeylerinin azaltılması hedeflenmiştir. Ancak sonuçlar beklenenin aksine sağlık kontrol odağının iç kontrol boyutunda anlamlı bir artış olmadığını göstermiştir. Mobil uygulamayı kullanan grubun iç kontrol puanlarında bir artış gözlemlense de bu artış istatistiksel olarak anlamlı olmamıştır.

Kontrol odağı uzun yıllardır kişilik araştırmalarında oldukça araştırmacıların ilgisini çekmiştir (Lefcourt ve Davidson-Katz, 1991). Buradan hareketle iç kontrol odağındaki bu sonuçlar öncelikle bir kişilik özelliğı olarak kabul edilen kontrol odağı değışkeni üzerinde değışiklik yaratılabilmesi için daha uzun süreli müdahalelere ihtiyaç olabileceğini akla getirmiştir. Kontrol odağına ilişkin yapılan çalışmalarda değışime dirençli olduğunu gösteren bulgular bu varsayımı destekler niteliktedir (Hovenkamp-Hermelink ve ark., 2019). Öte yandan, yakın zamanda dünya genelinde yaşanan pandemi sürecinin bireylerin özellikle sağığına ilişkin hissettikleri kontrolde bir değışim yaratmış olabileceğini düşündürmüştür. Pandemi sürecindeki belirsizlik, bireylerin kendilerini güvende hissedebilmesi için sağık uzmanlarına ve otoritelerine daha fazla ihtiyaç duymasına sebep olmuştur (Tükel, 2020). Buna göre, pandemi gibi sağığı tehdit eden, yeni ve belirsiz bir durumla baş etme sürecinde kişinin öz kaynaklarına değıl de bir sağık uzmanına güvenmesi ya da durumu şansa ve kadere bağlaması ihtimalini arttırmış olabilir.

Şans alt boyutuna bakıldığında ise zamana ve gruba bağılı anlamlı bir azalma olduğu görülmektedir. Mobil uygulama grubundaki katılımcıların şans kontrol odağı puanları daha fazla azalma göstermesine rağmen zaman ve grup etkileşim etkisinin istatistiksel olarak anlamlı bir seviyeye ulaşamadığı saptanmıştır. Sonuçlar Covid-19 algısının kontrol edildiğı durumda da zaman ve grubun anlamlı etkisinin devam ettiğini göstermiştir. Buna göre, mobil uygulamayı kullanmanın sağığına dair kontrol hissini şansa atfetmeyi azaltmada etkili bir araç olabileceğı düşünölmüştür.

Mobil uygulama, katılımcıların iç kontrol odaklarında anlamlı bir artışa sebep olmasa da şans alt boyutundaki bu azalma kontrol odağına dair değışim konusunda umut vaat etmektedir. Üstelik bu değışim Covid-19 algısının kontrol edildiğı durumda da değışmemektedir. Bir diğer ifadeyle, Covid-19 algısından bağımsız olarak bireyler sağıkları üzerinde algıladıkları kontrolleri daha az şansa atfetme eğiliminde olmuşlardır. Kulpa ve arkadaşları (2016) çalışmalarında bilişsel baş etme becerilerindeki (kabul, yeniden yapılandırma vb.) artış ile iç kontrol odağı arasında pozitif bir ilişki, dış kontrol (şans ve güçlü diğerleri) ile negatif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Nitekim, biliş-davranış temelli geliştirilen mobil uygulama ile bireylerin bilişsel baş etme becerilerine

odaklanılmıştır. Sonuç olarak şans alt boyutundaki azalma mobil uygulamanın bireylerin sağlıklarına ilişkin endişelerinde bilişsel baş etmeye aşına olmaya başlamaları, bu stratejileri öğrenmeleriyle ilgili olabileceğini akla getirmiştir.

Şans kontrol odağındaki değişime benzer şekilde güçlü diğerleri alt boyutunda da zamana bağlı olarak anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir. Ancak burada da zaman ve grup etkileşim etkisi anlamsızdır. Mobil uygulama grubunda kontrol grubuna kıyasla daha fazla azalma görülse de bu azalma istatistiksel olarak anlamlı bir seviyede olmamıştır. Zamana bağlı değişim incelendiğinde ise beklenmedik bir sonuç ile karşılaşmıştır. Güçlü diğerleri kontrol odağı son ölçüm puanlarının ön ölçüm puanlarına kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Bulgular beklenenin tam tersini işaret etmiştir. Bu sonuç düşünüldüğünde ilk akla gelen araştırma boyunca sağlıkla ilgili içeriklere maruz kalmış olduklarından kaygılarının tetiklenmiş olabileceğini düşündürmüştür. Türk kültüründe hekimler en çok saygı duyulan meslek grupları arasındadır (Dönmez ve ark., 2020). Tetiklenen kaygıları bir sağlık uzmanına duyulan güven ile yatıştırmış olabileceklerini akla getirmiştir. Çok boyutlu sağlık kontrol odağının güçlü diğerleri alt boyutu çoğunlukla sağlık alanındaki uzmanlara ve diğer otoritelere atfedilen kontrol ile ilişkilidir (Wallston ve ark., 1978). Bir diğer önemli bulgu ise güçlü diğerleri alt boyutundaki bu farkın Covid-19 algısı kontrol edildiğinde anlamlılığının ortadan kalkmasıdır. Yakın zamanda deneyimlenen pandeminin sonucu olarak bireyler sağlığı ciddi derecede tehdit eden belirsiz durumlarda sağlık otoritelerine güvenmeye daha fazla ihtiyaç duymuş olabilir. Sağlığa dair kontrolün güçlü diğerlerinde olmasının olağan zamanlarda iyi oluşu azalttığı ve psikopatolojilerle ilişkili olduğu (Skidmore ve ark., 2014) bilinmektedir. Ancak pandemi gibi olağandışı durumlarda güçlü diğerleri sağlık kontrol odağının artışı iyi oluşu korumak için atılan bir adım olabilir.

Sağlık için dış kontrol (şans ve güçlü diğerleri) odağına sahip olmaya öğrenilmiş çaresizlik modelinden bakıldığında psikopatolojiler ile pozitif ilişkisi daha anlamlı hale gelmektedir. Bu modele göre, bireyler sonuçlar üzerinde kendi davranışlarının bir etkisinin olmayacağına inandıklarından yalnızca dış faktörlerin sonuçları etkileyebileceğine inanmaktadır (Maier ve Seligman, 1976). Dolayısıyla umutsuzluk ve çaresizlik hislerini arttırarak bireyleri psikopatolojiler için daha yatkın hale getiriyor

olabilir. Bu bilişsel yapıyı zayıflatarak bireylerin başta sağlıkları olmak üzere hayatlarındaki pek çok konuda kendi kaynaklarına güvenebilmelerini sağlamak hem psikolojik iyi oluşu destekleyebileceğini hem de psikopatolojilere karşı koruyucu olabileceğini düşündürmüştür.

4.4. KATILIMCILARIN MOBİL UYGULAMA (HEALINGBOX) DENEYİMLERİ ve TEKNOLOJİ TUTUMLARI ile HEALINGBOX TUTUMLARI

Mobil uygulamayı kullanan katılımcıların uygulamaya dair deneyimlerini değerlendirmek üzere sorulan açık uçlu sorulara verilen yanıtlar incelenmiştir. “Uygulama ile ilgili sevdikleri özelliklerin neler olduğu” sorulduğunda katılımcıların genellikle uygulamanın anlaşılır olması, kolay kullanımı, nefes egzersizlerinin olması, günlük duygu-durum takibi yapması, kendi hakkında düşünmeye sevk etmesi gibi özellikler bildirilmiştir. Yanıtlar, uygulama hazırlanırken hedeflenen basit bir sunuş ve kullanım, kendiyle yakın temas için biliş ve duygu takibi yapabilme gibi pek çok özelliğin katılımcılar tarafından kabul gördüğünü düşündürmüştür.

“Uygulamayı kullanmanın sağladığı faydaların neler olduğu” sorusuna verilen yanıtlara bakıldığında gevşeme ve rahatlama sağlaması, duygu ve düşüncelerle ilgili farkındalık sağlaması, otomatik düşünceleri fark etmeyi sağlaması, alternatif düşünceleri geliştirmeye destek olması, diğerleri üzerinden verilen örneklerle konunun somutlaştırılması, bir uzman eşlik ediyor gibi hissettirmesi öne çıkmıştır. En temel amaçlardan biri biliş-davranış temelli içeriklerle katılımcıların sağlık kaygılarında bir azalma sağlamaktır. Bunu gerçekleştirme sürecinde bilişsel-davranışçı yaklaşımla katılımcıların sağlık kaygısı deneyimlerinde düşünce – duygu – davranış arasındaki güçlü ilişkiyi fark etmelerini sağlamak amaçlanmıştır. Verilen yanıtlardan yola çıkılarak bu hedefe ulaşıldığı söylenebilir.

“Uygulamayı kullanmaya devam etmelerine ilişkin sebepler” sorulduğunda yanıtların ulaşılabilir, kolay kullanım, fayda sağlaması, otomatik düşüncelerle daha iyi baş etme, rehberlik etmesi, yüz yüze terapinin stres vermesine karşın ev rahatlığında çalışabilme,

farkındalığı arttırması gibi sebepler sıralanmıştır. Özellikle yüz yüze terapiye çeşitli sebeplerle (katılımcının bahsettiği gibi yüz yüze terapinin stres verme ihtimali, maddi ve fiziki kısıtlılıklar vb.) erişimi olmayan katılımcıların ulaşabileceği bir uygulama geliştirmek ilk çıkış noktalarından biridir. Katılımcılardan gelen bildirimler bu doğrultuda bir başlangıç yapılabildiğini akla getirmiştir.

“Uygulamada değişmesi istenenler” sorusuna gelen yanıtlar incelendiğinde ara yüzün geliştirilmesi, daha fazla ve farklı gevşeme egzersizlerinin eklenmesi, ekranı sağa-sola-şağı-yukarı hareket ettirmede güçlük, uygulamada yaşanan takılmalar, günlük egzersizlerin uzun olması, diğer kaygı bozukluklarının da eklenmesiyle kapsamın genişletilmesi, soruların tekrar etmesinin değiştirilmesi gibi geri bildirimler olduğu görülmüştür. Çoğunlukla uygulamanın yazılımla ilgili özelliklerinde zorlanmalar dikkat çekmektedir. Öte yandan, uygulama içeriklerine diğer kaygı bozukluklarının eklenmesiyle kapsamının genişletilmesi talebi de dikkat çekicidir.

Güncel çalışmada katılımcıların teknolojiye ve geliştirilen mobil uygulamaya ilişkin tutumlarının sağlık kaygılarındaki ön ölçüm ve son ölçüm arasındaki farkla ilişkisi incelenmiştir. Teknolojiye ve uygulamaya ilişkin olumlu tutumların geliştirilen uygulamadan daha fazla fayda sağlayabileceği düşünülmüştür. Teknoloji gün geçtikçe hayatın pek çok alanında yer bulmakta ve kolaylıklar sağlamaktadır. Ajzen ve Fishbein (2005) geliştirdikleri teorilerinde davranışın niyete, niyetin de kişisel normlar ve tutumlara dayalı olduğunu öne sürmüştür. Bu teoriden etkilenerek oluşturulan “Teknoloji Kabul Modeli”ne (Davis, 1989) göre gelişen teknolojinin bireyler tarafından kabulü algılanan fayda ve kullanım kolaylığından etkilenmektedir. Nitekim, katılımcıların teknolojiye ilişkin tutumlarının ve geliştirilen uygulamaya ilişkin tutumlarının elde edilen sonuçla anlamlı bir ilişki içinde olabileceği düşünülmüştür. Ancak sonuçlar beklenenin aksine teknoloji tutum ve HealingBox tutum puanları ile sağlık kaygısı fark puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir. Sonuçlar düşünüldüğünde örneklem sayısının küçüklüğü anlamlı olabilecek bir ilişkinin gözlenmesini zorlaştırmış olabileceğini akla getirmiştir.

4.5. ÇALIŞMANIN KLİNİK ÖNEMİ, GÜÇLÜ YANLARI VE SINIRLILIKLARI

Güncel çalışmanın sonuçlarına bakıldığında sağlık kaygısı deneyimleyen bireylerin duygu düzenleme güçlüğü, psikolojik dayanıklılık ve iyi oluş, sağlık kontrol odağı ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin alanyazındaki çalışmaları destekler nitelikte olduğu görülmüştür. Bulgular sağlık kaygısı düzeyi yüksek olan bireylerin yaşamlarında farklı alanlarda deneyimledikleri zorlukları göstermiştir. Sağlık kaygısı yüksek ve düşük grupların kıyaslanmasıyla elde edilen sonuçların terapi sürecine yansımalarının olabileceği düşünülmüştür. Şöyle ki, bireylerin sağlık kaygısı deneyimleriyle eş zamanlı olarak zorluk yaşadıkları ya da yaşayabilecekleri bu alanların göz önüne alınarak müdahale programlarının oluşturulması daha etkili tedavilerin uygulanabileceğini düşündürmüştür.

Diğer yandan, araştırılan değişkenlerle anlamlı bir model oluşturularak mobil uygulama geliştirilmiştir. Son yıllarda mobil uygulamaların psikolojik sağlığı desteklemek amacıyla oldukça fazla kullanılmaya başlandığı bilinmektedir (Becker ve ark., 2013). Ancak en büyük eksiklerden biri bu uygulamaların pek çoğunun randomize kontrollü araştırmalarla sınanmamasıdır. Aynı zamanda uygulama içeriklerinin teorik alt yapısına ilişkin değerlendirmeler de oldukça kısıtlıdır (Wasil ve ark., 2019). Güncel çalışmada ise bilişsel davranışçı yaklaşımın sağlık kaygısı formülasyonuna sadık kalınarak içerikler oluşturulmuş, iki klinik psikoloğun değerlendirmesinden geçmiştir. Bu açıdan bakıldığında araştırmanın güçlü olduğu yanlardan birinin teorik art alanı temel alması olduğu söylenebilir. Öte yandan, oluşturulan modelle beraber uygulama içeriklerine dahil edilen kavramların istatistiksel olarak anlamlı olması geliştirilen mobil uygulamanın gücünü arttırdığı düşünülmüştür. Randomize kontrollü bir araştırma deseninde yürütülen bu çalışmada mobil uygulamaların etkililiğini değerlendirmekle ilgili eksikliği ortadan kaldırmak hedeflenmiştir. Katılımcılar mobil uygulama ve kontrol grubuna rastgele atanmış, uygulama grubu ve kontrol grubundan eş zamanlı ölçümler alınmış, mobil uygulama grubu 14 gün boyunca mobil uygulamayı kullanırken kontrol grubuna herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Bu araştırma deseniyle geliştirilen mobil uygulamanın etkililiğini değerlendirmek mümkün olmuştur. Randomize kontrollü araştırma deseninin

geçerlik ve güvenilirliği oldukça yüksek olduğu bilinmektedir (Riegelman, 2000). Tüm bunlar araştırmanın geçerlik ve güvenilirlik bakımından güçlü yanına işaret etmektedir. Ek olarak, araştırmanın temel amaçlarından biri psikolojik zorlanmalar için psikoterapiye çeşitli sebeplerle başvuramayan bireyler için geçerli, güvenilir ve etkili bir araç geliştirmektir. Maddi imkansızlıklar, uzmana erişimde güçlük, yüz yüze terapinin bazı bireyler için stres verici olması, damgalanma korkusu, zaman problemleri gibi sebeplerle ihtiyaç duyulan yardımı almakta güçlükler yaşanmaktadır (Mohr ve ark., 2006; Mohr ve ark., 2010). Geliştirilen uygulamanın daha hafif düzeyde sağlık kaygısı yaşayan bireyler için destekleyici olabileceği, bireysel psikoterapiye erişimi kısıtlı olan bireyler için bir basamak olabileceği düşünülmüştür. Aynı zamanda halihazırda psikoterapiye devam eden bireyler için de terapi sürecine ek destekleyici bir araç olabileceği düşünülmüştür. Günümüzde kullanımı yaygınlaşan mobil uygulamaların bireylerin psikolojik ihtiyaçlarına yanıt verecek bir hale getirilmesi oldukça önemlidir. Dolayısıyla mevcut çalışmanın eksiklikleri giderilerek klinik uygulamalarda danışanların psikoterapiye destek olarak kullanabileceği, biliş-davranış temelli egzersizlerle terapi sürecinde elde edilenler üzerine daha aktif bir çalışma imkanı sağlayabileceği düşünülmüştür. Gelecek çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir değişimin gözlenmediği değişkenler üzerine çalışılabileceği, aracı ve düzenleyici farklı değişkenlerin etkisinin araştırılabileceği düşünülmüştür.

Güncel çalışmanın güçlü ve özgün yanlarının yanı sıra çeşitli sınırlılıkları mevcuttur. Sağlık kaygısı üzerine etkili olduğu kanıtlanmış başka bir müdahalenin de çalışmaya eklenerek üç grubun karşılaştırılması geliştirilen uygulamanın daha kapsamlı değerlendirilmesine yardımcı olacaktır. Mevcut uygulamada kişiye özgü bir uygulama planı kullanılmamıştır. Uygulamayı kullanmaya başlamadan önce alınacak ölçümlere göre bireylerin daha fazla ihtiyaç duydukları alanlar belirlenip buna göre bir uygulama planı düzenlenebilir. Örneğin, kimi duygu düzenlemede daha fazla zorlanma yaşarken kimi belirsizliğe tahammülsüzlükte daha fazla zorlanabilir. Buna göre içerikler ve içeriğe ayrılan süreler düzenlenebilir. Bir diğer sınırlılık ikinci aşamadaki örneklem büyüklüğüdür. Uygulama (n=13) ve kontrol grubunda (n=13) toplam 26 katılımcı ile çalışmalar yürütülmüştür. Tarama çalışması sonucunda araştırma kriterini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 32 katılımcıdan bazıları çalışma henüz başlamadan

çalışmayı bırakmıştır. Burada uzun süreli ve uygulamalı araştırmalarda katılımcıların gönülsüzlüğü dikkat çekmiştir. Gelecek çalışmalarda katılımcıları çalışmada tutmayı sağlayacak seçeneklerin göz önünde bulundurulması önemlidir. Ek olarak, zamansal kısıtlılıklar sebebiyle mobil uygulamanın etkisini değerlendirmek üzere takip ölçümleri alınamamıştır. Bu durum katılımcıların elde ettikleri kazanımların uzun süreli etkisini değerlendirmeyi engellemiştir. Gelecek çalışmalarda takip ölçümleri alınmasının önemli olduğu düşünülmüştür.

Güncel çalışmada klinik örnekleme değil klinik örnekleme benzeyen analog bir örneklem grubuyla çalışılmıştır. Her ne kadar bu tür çalışmalar alanyazında mevcut olsa da çalışma sonuçlarının klinik grupta nasıl olacağına dair bir çıkarım yapılamamaktadır. Aynı zamanda örneklemin büyük oranda genç ve kadın katılımcılardan oluştuğu görülmektedir. Daha önce de değinildiği üzere bu tür psikoloji araştırmalarında sıkça karşılaşılan bu durum sonuçların güvenilirliğini ve genellenebilirliğini düşürebilmektedir. Gelecek çalışmalarda cinsiyet ve yaş bakımından daha dengeli bir örnekleme çalışmak sonuçların genellenebilirliğini arttıracaktır. Öte yandan, çalışmaya mobil telefon ve internet erişimi olan katılımcılar dahil olmuştur. Bu durum sosyo-ekonomik olarak belli gruba erişmeye sebep olmuş olabilir. Son olarak yazılım ve tasarımla ilgili yaşanan aksaklıklar bazı katılımcıların egzersizler esnasında zorlanmasına yol açmıştır. Bu tür uygulamaların kullanıcıya sunulmadan önce yeterli iyileştirmelerin tamamlanmasının yaşanacak aksaklıkları en aza indireceği düşünülmüştür. Küçük bir uygulama grubuyla pilot çalışma yapılarak uygulama kullanımıyla ilgili aksaklıkların önüne geçilmeye çalışılmıştır. Ancak uygulamanın etkisini alınan ölçümlerle destekleyerek ve daha büyük bir örnekleme pilot bir uygulama yapamamak çalışmanın sınırlılıklarından biridir. Aynı zamanda uygulamanın içeriğinde görsel ve işitsel materyallerin kısıtlı kalması da bir diğer sınırlılık olarak sayılabilir. İçeriklerin görselleştirilmesi uygulama kullanımını daha keyifli hale getirebilir. Nefes ve gevşeme egzersizleri sesli olarak sunulmuştur ve katılımcılardan gelen geri bildirimler bu egzersizlerin artırılması yönündedir. İşitsel materyallerin artırılması da uygulamayı daha işlevsel hale getirebilir. Sonuç olarak mevcut çalışmanın sınırlılıkları göz önünde bulundurulduğunda gelecek çalışmalar için bu sınırlılıkları gözeterek düzenlenmesi alanyazına ve mobil uygulamaların klinik uygulamalarda kullanılmasına katkı sağlayacaktır.

SONUÇ

Bu tez çalışmasında ilk olarak sağlık kaygısı yüksek ve düşük bireylerin duygu düzenleme güçlüğü, psikolojik dayanıklılık, sağlık kontrol odağı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik iyi oluş bakımından karşılaştırılması, ardından bu değişkenlerin yer aldığı bir model oluşturulması ve son aşamada bu modele göre sağlık kaygılarını azaltmaya yönelik mobil uygulamanın geliştirilmesi ve uygulamanın etkililiğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Sonuçlar sağlık kaygısı yüksek ve düşük grupların duygu düzenleme güçlüğü, psikolojik dayanıklılık, belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik iyi oluş bakımından birbirinden farklılaştığını göstermiştir. Bir diğer ifadeyle, sağlık kaygısı düzeyi yüksek bireyler daha fazla duygu düzenleme güçlüğü ve belirsizliğe tahammülsüzlük deneyimlemektedir. Aynı zamanda daha düşük psikolojik dayanıklılık ve iyi oluşa sahiptirler. Sağlık kontrol odağında iki grup arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

Sağlık kaygısı ve psikolojik iyi oluş arasındaki aracı değişkenleri incelemek üzere yapılan aracı model analizinde psikolojik dayanıklılığın ve duygu düzenleme güçlüğü'nün direkt aracı etkisi anlamlıyken, belirsizliğe tahammülsüzlük ve sağlık kontrol odağının direkt aracı etkisi anlamlı değildir. Ancak, bütün değişkenlerin dahil edildiği modelde toplam aracı etki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sebeple, mobil uygulama içeriklerinin oluşturulmasında toplam aracı etkisi anlamlı olan bu dört ana tema üzerinde durulmuştur.

Mobil uygulamanın etkisi incelendiğinde sağlık kaygısı düzeyinin azaltılmasında mobil uygulamanın anlamlı bir farklılaşmaya yol açtığı görülmektedir. Başka bir ifadeyle mobil uygulama sağlık kaygılarını azaltmada etkili bulunmuştur. Bu anlamlı fark Covid-19 algısı kontrol edildiğinde dahi korunmuştur. Psikolojik iyi oluş, duygu düzenleme güçlüğü, psikolojik dayanıklılık, sağlık kontrol odağı-iç kontrol düzeylerinde anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır. Belirsizliğe tahammülsüzlük, sağlık kontrol odağı-şans ve güçlü diğerleri düzeylerinde zamana bağlı anlamlı farklılaşmalar olduğu belirlenmiştir. Şans alt boyutunda grubun temel etkisi anlamlı bulunmuştur. Başka bir ifadeyle,

bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ve sağlıklarına ilişkin kontrolü şansa atfetme düzeyi azalmıştır. Güçlü diğerleri alt boyutunda beklenmedik bir sonuçla karşılaşmıştır. Son ölçümlerde bireylerin sağlıkları üzerindeki kontrolü güçlü diğerlerine atfetme düzeyinin arttığı görülmüştür. Ancak bu artış Covid-19 algısı kontrol edildiğinde ortadan kalkmıştır. Bir başka deyişle, bireyler Covid-19 algısı söz konusu olduğunda sağlıkları üzerindeki kontrolü güçlü diğerlerine atfetmeye meyilli olmuşlardır. Grup ve zaman etkileşim etkisinin istatistiksel olarak anlamlı bir seviyeye ulaşmadığı tespit edilmiştir. Özetle, bulgular mobil uygulama üzerinde yapılacak iyileştirmelerle beraber mobil uygulamanın sağlığa yönelik kaygıların azaltılmasında etkili bir araç olarak kullanılabileceğine dair umut vericidir.

KAYNAKÇA

- Aboody, D., Siev, J., & Doron, G. (2020). Building resilience to body image triggers using brief cognitive training on a mobile application: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 103723, <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103723>.
- Abramowitz, J. S., Schwartz, S. A., & Whiteside, S. P. (2002). A contemporary conceptual model of hypochondriasis. *Mayo Clinic Proceedings*, 77, 1323–1330.
- Abramowitz, J. S. & Braddock, A. E. (2006). Hypochondriasis: Conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 503-519.
- Abramowitz, J. S., & Moore, E. L. (2007). An experimental analysis of hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 413–424.
- Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O. & Deacon, B. J. (2007). Health Anxiety, Hypochondriasis, and the Anxiety Disorders. *Behavior Therapy*, 38, 86-94.
- Abramowitz, J. S., Fabricant, L. E., Taylor, S., Deacon, B. J., McKay, D. & Storch, E. A. (2014). The relevance of analogue studies for understanding obsessions and compulsions. *Clinical psychology review*, 34(3), 206-217.
- Ajzen, I., Fishbein, M. (2005). *The influence of attitudes on behavior*. D. Albarracin, B. T. Johnson, M. P. Zanna ve Mahwah (Ed.). Handbook of Attitudes. Erlbaum.
- Akın-Sarı, B., İnözü, M., Hacıömeroğlu, B., Çekçi, B. Ç., Üzümcü, E. & Doron, G. (2022). Cognitive training via a mobile application to reduce obsessive-compulsive-related distress and cognitions during the COVID-19 outbreaks: A randomized controlled trial using a subclinical cohort. *Behavior Therapy*, 53, 776-792.
- Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination. *Behav Res Ther*, 48, 974-983.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.

- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)*. (Çeviri editörü: E. Koroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Archer, R. P. (1980). Generalized expectancies of control, trait anxiety, and psychopathology among psychiatric inpatients. *J Consult Clin Psych.*, 48, 736-742.
- Arean, P. A., Hallgren, K. A., Jordan, J. T., Gazzaley, A., Atkins, D. C., Heagerty, P. J. ve ark. (2016). The use and effectiveness of mobile apps for depression: results from a fully remote clinical trial. *J Med Internet Res*, 18, 330.
- Asmundson, G., Taylor, S., & Cox, B. J. (2001). *Health anxiety: clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions*. Toronto: ON: John Wiley & Sons.
- Asmundson, G., Abramowitz, J. S., Richter, A. & Whedon, M. (2010). Health Anxiety: Current Perspectives and Future Directions. *Curr Psychiatry Rep.*, 12, 306-312.
- Axelsson, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Björkander, D., Hedman-Lagerlöf, M., & Hedman-Lagerlöf, E. (2020). Effect of internet vs face-to-face cognitive behavior therapy for health anxiety: A randomized noninferiority clinical trial. *JAMA psychiatry*, 77(9), 915–924. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0940>
- Aydemir, Ö., Kırpınar, İ., Satı, T., Uykur, B., & Cengisiz, C. (2013). Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50, 325-331.
- Bailer, J., Witthoft, M., Erkiç, M., & Mier, D. (2017). Emotion dysregulation in hypochondriasis and depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(6), 1254–1262.
- Bailey, R., & Wells, A. (2016). The contribution of metacognitive beliefs and dysfunctional illness beliefs in predicting health anxiety: An evaluation of the metacognitive versus the cognitive models. *Clinical Psychologist*, 20(3), 129–137.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bardeen, J. R., Stevens, E. N., Murdock, K. W., & Lovejoy, M. C. (2013). A preliminary investigation of sex differences in associations between emotion regulation

- difficulties and higher-order cognitive abilities. *Personality and Individual Differences*, 55, 70–75.
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2014). An examination of the incremental contribution of emotion regulation difficulties to health anxiety beyond specific emotion regulation strategies. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(4), 394–401.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders*. 2. New York: Guilford Press.
- Barrett B, Tyrer P, Tyrer H ve ark. (2012). An examination of the factors that influence costs in medical patients with health anxiety. *J Psychosom Res*, 73, 56–62.
- Barsky, A. J & Klerman, G. L. (1983). Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *Am J Psychiatry*, 140, 273–283.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., Klerman, L. G., & Latham, K. S. (1990). The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 89–94.
- Barsky, A. J., Coeytaux, R. R., Sarnie, M. K., & Cleary, P. D. (1993). Hypochondriacal patients' beliefs about good health. *The American Journal of Psychiatry*, 150(7), 1085–1089.
- Barsky, A. J., Ettner, S. L., Horsky, J., & Bates, D. W. (2001). Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Med Care.*, 39(7), 705–715.
- Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2004). Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. *JAMA*, 291(12), 1464–1470.
- Barsky, A. J., Orav, E. J. & Bates, D. W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62, 903–910.
- Basım, N. & Çetin, F. (2011). Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22, 1-12.
- Batı, A. H., Mandıracıoğlu, A., Govsa, F., & Çam, O. (2018). Health anxiety and cyberchondria among Ege University health science students. *Nurse Education Today*, 71, 169–173.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Becker, S., Kribben, A., Meister, S., Diamantidis, C. J., Unger, N., Mitchell, A. (2013). User profiles of a smartphone application to support drug adherence-experiences from the iNephro project. *PLoS One*, 8(10): e78547 doi:10.1371/journal.pone.0078547
- Bergström, J., Andersson, G., Ljótsson, B., Rück, C., Andréewitch, S., Karlsson, A., ... & Lindefors, N. (2010). Internet-versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: a randomised trial. *BMC psychiatry*, 10(1), 1-10.
- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., & Hofmann, S. G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 234–245.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(11), 1230–1237.
- Belge, J. (2019). *Bir grup yetişkinde depresif semptomlar, anksiyete semptomları ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Gelişim Üniversitesi.
- Besharat, M. A. (2008). Resilience, vulnerability, and mental health. *J of Psychological Science*, 6(24), 373-383.
- Birney, A. J., Gunn, R., Russell, J. K., & Ary, D. V. (2016). MoodHacker mobile web app with e-mail for adults to self-manage mild-to-moderate depression: Randomized controlled trial. *JMIR Mhealth Uhealth*, 4(1):e8.
- Bobevski, I., Clarke, D. M., & Meadows, G. (2016). Health anxiety and its relationship to disability and service use: Findings from a large epidemiological survey. *Psychosomatic Medicine*, 78(1), 13–25.
- Brown, H. D., Kosslyn, S. M., Delamater, B., Fama, J., & Barsky, A. J. (1999). Perceptual and memory biases for health-related information in hypochondriacal individuals. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 67–78.

- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the English version. *Behav Res Ther*, *40*, 931-945.
- Burton, N. W., Pakenham, K. I., Brown, W. J. (2010). Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: a pilot study of the ready program. *Psychol Health Med.*, *15*(3), 266–277.
- Bussey, K., & Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological Review*, *106*, 676–713.
- Büyüköztürk, Ş. (2019). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı*, 25. Baskı. Ankara: Pegem Akademi
- Cabı, E. (2016). Dijital Teknolojiye Yönelik Tutum Ölçeği. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, *24*(3), 1229-1244.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L. & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 585-599.
- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, *26*, 468-479. doi: 10.1016/j.janxdis.2012.01.011
- Cerea, S., Ghisi, M., Bottesi, G., Carraro, E., Broglio, D., & Doron, G. (2020). Reaching reliable change using short, daily, cognitive training exercises delivered on a mobile application: The case of Relationship Obsessive Compulsive Disorder (ROCD) symptoms and cognitions in a subclinical cohort. *Journal of Affective Disorders*, *276*, 775–787.
- Charles, S. T. & Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, *61*, 383–409.
- Cheng, C., Cheung, S., Chio, J. H., & Chan, M. S. (2013). Cultural meaning of perceived control: A meta-analysis of locus of control and psychological symptoms across 18 cultural regions. *Psychological Bulletin*, *139*, 152–188.
- Cheng, C., Cheung, M. W.-L. & Lo, B. C. Y. (2016) Relationship of health locus of control with specific health behaviours and global health appraisal: a meta-analysis and effects of moderators. *Health Psychology Review*, *10*(4), 460-477.

- Chmitorz, A., Kunzler, A., Helmreich, I., Tüscher, O., Kalisch, R., Kubiak, T., Wessa, M., & Lieb, K. (2018). Intervention studies to foster resilience – a systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clinical Psychology Review, 59*, 78–100.
- Chorpita, B. F. & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychol Bull., 124*, 3-21.
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T. & Forsyth, J. P. (2010). Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *J Psychopathol Behav Assess, 32*, 68–82.
- Clark, A., & Oswald, A. (1994). Unhappiness and unemployment. *The Economic Journal, 104*, 648–659.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackman, A. ve ark. (1998). Two psychological treatments for hypochondriasis: A randomised controlled trial. *Br J Psychiatry, 173*, 218-225.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders, science and practice*. New York: The Guilford Press
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *J. Pers. Soc. Psychol. 38*, 668–678.
- Costanza, R., Kubiszewski, I., Giovannini, E., Lovins, H., McGlade, J., Pickett, K. E. (2014). Time to leave GDP behind. *Nature, 505*, 283–285.
- Coulthard, H., Sharps, M., Cunliffe, L., & van den Tol, A. (2021). Eating in the lockdown during the Covid 19 pandemic; self-reported changes in eating behaviour, and associations with BMI, eating style, coping and health anxiety. *Appetite, 161*, 105082.
- Craig, T., Drake, H., Mills, K. & Boardman, A.P. (1994). The South London somatisation study II: Influence of stressful life events, and secondary gain. *British Journal of Psychiatry, 165*(2), 248–258. doi:10.1192/bjp.165.2.248
- Crisson, J. E. & Keefe, F. J. (1988). The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. *Pain, 35*(2), 147–154.

- Çeçen, A. R. (2002). Duyguları yönetme becerileri eğitimi programının öğretmen adaylarının duyguları yönetme becerileri üzerindeki etkisi. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Çınar-Erden, S. & Eminoğlu, Z. (2020). Bilişsel davranışçı temelli psiko-eğitim programının psikolojik dayanıklılık ve duygu düzenleme üzerindeki etkisi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 15(21), 555-582.
- Dağ, İ. (1992). Kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve psikopatoloji ilişkileri. *Psikoloji Dergisi*, 7(27), 1-9.
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 319-340.
- Deacon, B. & Abramowitz, J. S. (2008). Is hypochondriasis related to obsessive–compulsive disorder, panic disorder, or both? An empirical evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 22, 115–127.
- Deaton, A. (2008). Income, health, and well-being around the world: evidence from the Gallup World Poll. *J. Econ. Perspect.* 22, 53–72.
- Deaton, A. & Stone, A. A. (2014). Evaluative and hedonic wellbeing among those with and without children at home. *Proc. Natl Acad. Sci. USA*, 111, 1328–1333.
- Denham, S. A., Mitchell-Copeland, J., Strandberg, K., Auerbach, S., & Blair, K. (1997). Parental contributions to preschoolers' emotional competence: Direct and indirect effects. *Motivation and Emotion*, 21, 65–86.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *Am. Psychol.*, 55, 34–43.
- Diener, E., Wirtz, D., Biswas-Diener, R., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. ve ark. (2009). New measures of wellbeing. *Social Indicators Research Series*, 39.
- Diener, E., Oishi, S. & Tay, L. (2018). Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behaviour*, 2(4), 253-260.
- Disabato, D. J., Goodman, F. R., Kashdan, T. B., Short, J. L., & Jarden, A. (2016). Different types of well-being? A cross-cultural examination of hedonic and eudaimonic wellbeing. *Psychological Assessment*, 28(5), 471–482. <https://doi.org/10.1037/pas0000209>

- Doğan, S., Acar, F., & Baynal Doğan, T. G. (2021). İnternet bağımlılığı ve sağlık anksiyetesinin siberkondria davranışları üzerine etkisi. *Erciyes Akademi*, 35(1), 281-298.
- Doğanyığıt, P. B., & Keçeligil, H. T. (2022). Covid-19 pandemi sürecinde bireylerin sağlık kaygılarının siberkondri üzerindeki etkisi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(3), 355-362. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.1021471>
- Doherty-Torstrick, E. R., Walton, K. E. & Fallon, B. A. (2016). Cyberchondria: Parsing Health Anxiety From Online Behavior. *Psychosomatics*, 57(4), 390–400.
- Donker, T., Petrie, K., Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M. & Christensen, H. (2013). Smartphones for smarter delivery of mental health programs: A systematic review. *J Med Internet Res*, 15, 247.
- Dönmez, İ. H., Yurdakul, H., & Taşmurat, T., (2020). Hekim-hasta/hasta yakını arasındaki iletişimi etkileyen kültürel ve kişisel faktörler: Teorik bir çerçeve. *Uluslararası Türk Kültür ve Sanatı Sempozyumu*, (syf. 279-302). Ankara.
- DuBois, C. M., Lopez, O. V., Beale, E. E., Healy, B. C., Boehm, J. K., & Huffman, J. C. (2015). Relationships between positive psychological constructs and health outcomes in patients with cardiovascular disease: A systematic review. *Int. J. Cardiol.*, 195, 265–280.
- Durdu-Akgün, B., Aktaç, A. & Yorulmaz, O. (2019). Ruh sağlığında mobil uygulamalar: Etkinliğe yönelik sistematik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(4), 519-530.
- Eilenberg, T., Kronstrand, L., Fink, P., & Frosthalm, L. (2013). Acceptance and commitment group therapy for health anxiety—Results from a pilot study. *Journal of anxiety disorders*, 27(5), 461-468.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J. & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 88–101.
- Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, F., Aiazzi, L., Drei, C. ve ark. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32, 24-29.

- Feeney, J.A. & Ryan, S.M. (1994). Attachment style and affect regulation: relationships with health behaviour and family experiences of illness in a student sample. *Health Psychology, 13*(4), 334-345.
- Feeney, J. A. (1995). Adult Attachment, Coping Style and Health Locus of Control as Predictors of Health Behaviour. *Australian Journal of Psychology, 47*(3), 171–177.
- Ferguson, E. (1998). Hypochondriacal concerns, symptom reporting and secondary gain mechanisms. *Br. J. Med. Psychol., 71*, 281–295.
- Fergus, T. A., & Bardeen, J. R. (2013). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Evidence of incremental specificity in relation to health anxiety. *Personality and Individual Differences, 55*, 640–644. doi: 10.1016/j.paid.2013.05.016
- Fergus, T. A. & Valentiner, D. P. (2010). Disease phobia and disease conviction are separate dimensions underlying hypochondriasis. *J Behav Ther Exp Psychiatry, 41*(4), 438–44.
- Fergus, T. A. & Valentiner, D. P. (2011). Intolerance of uncertainty moderates the relationship between catastrophic health appraisals and health anxiety. *Cogn Ther Res, 35*, 560–565.
- Fink, P., Ornbol, E. & Christensen, K. S. (2010). The outcome of health anxiety in primary care. A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. *PLoS ONE, 5*.
- Firth, J., Torous, J., Nicholas, J., ve ark. (2017). Can smartphone mental health interventions reduce symptoms of anxiety? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders, 218*, 15-22.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*, 20-35.
- Frazier, L. D. & Waid, L. D. (1999). Influences on anxiety in later life: the role of health status, health perceptions, and health locus of control. *Aging Ment Health., 3*, 213-220.
- Freeston, M. H., Rheaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. & Ladouceur R. (1994). Why do people worry? *Pers Individual Differ, 17*, 791-802.
- Fredrickson, B.L., & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science, 13*, 172–175.

- Freud, A. (1952). The role of bodily illness in the mental life of children. *Psychoanalytic Study Child*, 8, 69-81.
- Freud, S. (1914). *On narcissism: An introduction*. J. Strachey and A. Freud (Ed.). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916), (syf. 67–102). London: Hogarth Press.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International journal of methods in psychiatric research*, 12(2), 65-76.
- Gale, C. R., Batty, G. D., & Deary, I. J. (2008). Locus of control at age 10 years and health outcomes and behaviors at age 30 years: the 1970 British Cohort Study. *Psychosom. Med.*, 70 (4), 397–403.
- Gamsız-Tunç, Ö. & Dursun, A. (2021). Genç yetişkinlere yönelik duygu düzenleme müdahaleleri: Sistematik gözden geçirme. *Ihlara Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 6(2), 191-212.
- Gao, G., Burke, N., Somkin, C. P., & Pasick, R. (2009). Considering culture in physician–patient communication during colorectal cancer screening. *Qualitative Health Research*, 19, 778–789.
- Garnezy, N. (1991). Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *Am Behav Sci*, 34, 416-430.
- Gautreau, C. M., Sherry, S. B., Sherry, D. L., Birnie, K. A., Mackinnon, S. P., & Stewart, S. H. (2015). Does catastrophizing of bodily sensations maintain health-related anxiety? A 14-day daily diary study with longitudinal follow-up. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(4), 502-512.
- Geniş, B., Gürhan, N., Koç, M., Geniş, Ç., Şirin, B., Çırakoğlu, O. C., & Coşar, B. (2020). Development of Perception and Attitude Scales Related with COVID-19 Pandemia. *Pearson Journal of Social Sciences-Humanities*, 5(7), 306-328.
- Gerolimatos, L. A. & Edelstein, B. A. (2012a). Predictors of health anxiety among older and young adults. *International Psychogeriatric*, 24(12), 1998-2008.
- Gerolimatos, L. A., & Edelstein, B. A. (2012b). Anxiety-related constructs mediate the relation between age and health anxiety. *Aging & Mental Health*, 16(8), 975–982. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.688192>

- Gessert, A. (2004). The body in hypochondria - some thoughts. *The Journal of the Centre for Freudian Analysis and Research, Spring, 14*, 11–17.
- Görge, S. M., Hiller, W., & Witthöft, M. (2014). Health anxiety, cognitive coping, and emotion regulation: A latent variable approach. *International Journal of Behavioral Medicine, 21*(2), 364–374.
- Grant-Vallone, E. J. & Donaldson, S. I. (2001). Consequences of work-family conflict on employee well-being over time. *Work Stress, 15*, 214–226.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41-54.
- Grayson, J. B. (2010). OCD and intolerance of uncertainty: Treatment issues. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 24*, 3–15.
- Greeven, A., van Balkom, A. J., Visser, S., Merkelbach, J. W., van Rood, Y. R., van Dyck, R., . . . & Spinhoven, P. (2007). Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry, 164*, 91–99.
- Gropalis, M., Bleichhardt, G., Witthöft, M. ve ark. (2012). Hypochondriasis, somatoform disorders and anxiety disorders: sociodemographic variables, general psychopathology and naturalistic treatment effects. *J Nerv Ment Dis, 200*, 406-412.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*, 271–299.
- Gross, J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*(3), 281– 291.
- Gross, J. J., & Munoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*, 151–164.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57*(1), 35–43.
- Guisinger, S., & Blatt, S. J. (1994). Individuality and relatedness: Evolution of a fundamental dialectic. *American Psychologist, 49*, 104–111.

- Güzel, A., Turan, S. & Üner, S. (2019). Turkish validity and reliability of Multidimensional Health Locus of Control Scale Form A. *Int J Nurs Pract.*, e12813.
- Haddadi, P. & Besharat, M. A. (2010). Resilience, vulnerability and mental health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 639–642.
- Haenen, M. A., de Jong, P. J., Schmidt, A. J. M., Steven, S., & Visser, L. (2000). Hypochondriacs' estimation of negative outcomes: Domain-specificity and responsiveness to reassuring and alarming information. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 819–833.
- Halldorsson, B. & Salkovskis, P. M. (2017). Why do people with OCD and health anxiety seek reassurance excessively? An investigation of differences and similarities in function. *Cogn Ther Res.*, 41, 619–631.
- Hedman, E., Andersson, G., Andersson, E., Ljotsson, B., Rück, C., Asmundson, G. J. & Lindefors, N. (2011). Internet-based cognitive-behavioural therapy for severe health anxiety: randomised controlled trial. *The British J of Psychiatry*, 198, 230-236.
- Hedman, E., Andersson, E., Andersson, G., Lindefors, N., Lekander, M., Rück, C., & Ljótsson, B. (2013). Mediators in internet-based cognitive behavior therapy for severe health anxiety. *PLoS One*, 8(10), e77752, doi:10.1371/journal.pone.0077752
- Hedman, E., Andersson, E., Ljotsson, B., Axelsson, E. & Lekander, M. (2016). Cost effectiveness of internet-based cognitive behaviour therapy and behavioural stress management for severe health anxiety. *BMJ Open*, 6, e009327.
- Helmer, S. M., Krämer, A., & Mikolajczyk, R. T. (2012). Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany. *BMC Research Notes*, 5, 703.
- Himle, J. A., Van Etten, M. & Fischer, D.J. (2003) Group cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A review. *Brief Treat Crisis Interv*, 3, 217-229.
- Hofer, M. A. (1994). Hidden regulators in attachment, separation, and loss. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 192–207.

- Hofstede, G. H. (2001). *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations (2. baskı)*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hoppmann, C. A., & Klumb, P. L. (2012). Daily management of work and family goals in employed parents. *J. Vocat. Behav.*, *81*, 191–198.
- Hovenkamp-Hermelink, J. H. M., Jeronimus, B. F., van der Veen, D. C., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., Schoevers, R. A., & Riese, H. (2019). Differential associations of locus of control with anxiety, depression and life-events: A five-wave, nine-year study to test stability and change. *Journal of Affective Disorders*, *253*, 26-34.
- Hunter, J. J., & Maunder, R. G. (2001). Using attachment theory to understand illness behavior. *General Hospital Psychiatry*, *23*(4), 177–182.
- Hutner, N. L. & Locke, S. E. (1984). Health locus of control: A potential moderator variable for the relationship between life stress and psychopathology. *Psychother Psychosom*, *41*, 186-194.
- James, A., & Wells, A. (2002). Death beliefs, superstitious beliefs and health anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, *41*, 43–53.
- Jasper, F., & Witthoft, M. (2012). Automatic evaluative processes in health anxiety and their relations to emotion regulation. *Cognitive Therapy Research*, *37*(3), 521–533.
- Kandrack, M., Grant, K. R., & Segall, A. (1991). Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Soc Sci Med*, *32*, 579–590.
- Kano, M., & Fukudo, S. (2013). The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *Biopsychosoc. Med.*, *7*, 1.
- Kara, N. (2014). Sağlık kaygısının eşlik ettiği bir yaygın anksiyete bozukluğu olgusunun bilişsel davranışçı terapisi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, *3*, 99-108.
- Karademas, E. C. (2009). Effects of exposure to the suffering of unknown persons on health-related cognitions, and the role of mood. *Health*, *13*, 491-504.
- Kararımkak, Ö., & Siviş-Çetinkaya, R. (2011). Benlik saygısının ve denetim odağının psikolojik sağlamlık üzerine etkisi: Duyguların aracı rolü. *Turkish Psychological Counseling & Guidance Journal*, *4*(35), 30-43.

- Karstoft, K. I., Armour, C., Elklit, A. ve Solomon, Z. (2015). The role of locus of control and coping style in predicting longitudinal PTSD-trajectories after combat exposure. *Journal of Anxiety Disorders*, 32, 89-94.
- Kellner, R., Abbott, P., Winslow, W. W., & Pathak, D. (1987). Fears, beliefs, and attitudes in DSM-III hypochondriasis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 20–25.
- Kesavayahuth, D., Poyago-Theotoky, J., Tran, D. B., & Zikos, V. (2019). Locus of control, health and healthcare utilization. *Economic Modelling*, <https://doi.org/10.1016/j.econmod.2019.06.014>
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *J. Personal. Soc. Psychol.*, 37, 1–11.
- Kobori, O., & Salkovskis, P. M. (2013). Patterns of reassurance seeking and reassurance-related behaviours in OCD and anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(1), 1–23.
- Koerner, N., & Dugas, M. J. (2008). An investigation of appraisals of individuals vulnerable to excessive worry: The role of intolerance of uncertainty. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 619–638.
- Konkan, R., Şenormancı, Ö., Güçlü, O., Aydın, E., & Sungur, M. Z. (2012). Obsesif kompulsif bozukluk ve obsesif inançlar. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 91-96.
- Koole, S. L., Schwager, S., & Rothermund, K. (2015). Resilience is more about being flexible than about staying positive. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, 35-38.
- Kuhn, E., Kanuri, N., Hoffman, J. E., Garvert, D. W., Ruzek, J. I. & Taylor, C. B. (2017). A randomized controlled trial of a smartphone app for posttraumatic stress disorder symptoms. *J Consult Clin Psychol*, 85, 267 273.
- Kulpa, M., Kosowicz, M., Stypula-Ciuba, B. J. & Kazalska, D. (2014). Anxiety and depression, cognitive coping strategies, and health locus of control in patients with digestive system cancer. *Prz Gastroenterol*, 9(6), 329–335.
- Kulpa, M., Zietalewicz, U., Kosowicz, M., Stypula-Ciuba, B. & Ziolkowska, P. (2016). Anxiety and depression and cognitive coping strategies and health locus of control in patients with ovary and uterus cancer during anticancer therapy. *Contemporary*

Oncology/Współczesna Onkologia, 20(2), 171-175.
<https://doi.org/10.5114/wo.2016.60074>

- Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: a study of a theoretical model of worry. *Behav Res Ther*, 38, 933-941.
- Landi, G., Pakenham, K. I., Boccolini, G., Grandi, S. & Tossani, E. (2020). Health Anxiety and Mental Health Outcome During COVID-19 Lockdown in Italy: The Mediating and Moderating Roles of Psychological Flexibility. *Front. Psychology*, 11, 2195. doi: 10.3389/fpsyg.2020.02195
- Lee, S., Lama, I. M. H., Kwok, K. P. S. ve ark. (2014). A community-based epidemiological study of health anxiety and generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*, 28, 187-194.
- Lefcourt, H. M., & Davidson-Katz, K. (1991). Locus of control and health. C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Ed.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (syf. 246–266). New York: Pergamon Press.
- Lemos, C. M. M., William M., D., & Pellanda, L. C. (2016). Resilience in patients with ischemic heart disease. *Arq Bras Cardiol*, 106(2), 130–135.
- Lewczuc, K., Kobylińska, D., Marchlewska, M., Krysztofiak, M., Glica, A. & Moiseeva, V. (2021). Adult attachment and health symptoms: The mediating role of emotion regulation difficulties. *Current Psychology*, 40, 1720-1733.
- Lipsitt, D. R. (1974). Psychodynamic considerations of hypochondriasis. *Psychother. Psychosom.*, 23(1–6), 132–41.
- Lopez, A., Schwenk, S., Schneck, C. D., Griffin, R. J., & Mishkind, M. C. (2019). Technology-based mental health treatment and the impact on the therapeutic alliance. *Current Psychiatry Reports*, 21(8), 1-7.
- Longarzo, M., D'Olimpio, F., Chiavazzo, A., Santangelo, G., Trojano, L., & Grossi, D. (2015). The relationships between interoception and alexithymic trait. The self-awareness questionnaire in healthy subjects. *Frontiers in Psychology*, 6, 1149.
- Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616-628.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y. & Diener, E. (2004). Unemployment alters the set point for life satisfaction. *Psychol. Sci.* 15, 8–13.

- Lucas, R. E. (2007). Long-term disability is associated with lasting changes in subjective well-being: evidence from two nationally representative longitudinal studies. *J. Pers. Soc. Psychol.* *92*, 717–730.
- Luhmann, M., Hofman, W., Eid, M. & Lucas, R. E. (2012). Subjective well-being and adaptation to life events: a meta-analysis. *J. Pers. Soc. Psychol.* *102*, 592–615.
- Lumley, M. A., Stettner, L., & Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, *41*(6), 505–518.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000) The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev.*, *71*, 543–562.
- Lyubomirsky, S., King, L. A. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychol. Bull.* *131*, 803–855.
- Maftai, A. & Holman, A. C. (2020). Cyberchondria during the coronavirus pandemic: The effects of neuroticism and optimism, *Frontiers Psychology*, *11*, 1-7.
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, *105*(1), 3–46.
- Mantani, A., Kato, T., Furukawa, T. A., Horikoshi, M., Imai, H., Hiroe, T., ... & Kawanishi, N. (2017). Smartphone cognitive behavioral therapy as an adjunct to pharmacotherapy for refractory depression: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, *19*(11), e373.
- Marcus, D. K. (1999). The cognitive-behavioral model of hypochondriasis: Misinformation and triggers. *Journal of Psychosomatic Research*, *47*, 79–91.
- Marcus, D. K., Hughes, K. T. & Arnau, R. C. (2008). Health anxiety, rumination, and negative affect: a mediational analysis. *J Psychosom Res.*, *64*(5), 495–501.
- Martin, A., & Gitzen, H. (2017). The role of health anxiety for emotion regulation in somatic symptom disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, *97*, 160.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, *56*(3), 227-238.
- Mauss, I. B., Cook, C. L., Cheng, J. Y. & Gross, J. J. (2007). Individual differences in cognitive reappraisal: Experiential and physiological responses to an anger provocation. *International Journal of Psychophysiology*, *66*, 116–124.

- Mattila, A. K., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J. K., Koivisto, A. M., Mielonen, R. L., & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic Medicine, 70*(6), 716–722.
- McElroy, E., Shevlin, M. (2014). The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *J. Anxiety Disord. 28*, 259–265.
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Sookman, D., Taylor, S., & Zinbarg, R. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review, 24*, 283–313.
- Merwin, E., Hinton, I., Dembling, B., & Stern, S. (2003). Shortages of rural mental health professionals. *Archives of psychiatric nursing, 17*(1), 42-51.
- Mikail, S. F., Henderson, P. R., & Tasca, G. A. (1994). An interpersonally based model of chronic pain: An application of attachment theory. *Clinical and Psychology Review, 14*, 1–16.
- Mohr, D. C., Ho, J., Duffecy, J. Baron, K. G., Lehman, K. A. Jin, L. & Reifler, D. (2010). Perceived barriers to psychological treatments and their relationship to depression. *J Clin Psychol., 66*(4), 394–409.
- Mohr, D. C., Hart, S. L., Howard, I., Julian, L., Vella, L., Catledge, C., & Feldman, M. D. (2006). Barriers to psychotherapy among depressed and nondepressed primary care patients. *Annals of Behavioral Medicine, 32*(3), 254-258.
- Murray, I. & Corny, R. (1989). Locus of control in health: The effects of psychological well-being and contact with the doctor. *The International Journal of Social Psychiatry, 35*, 361-369.
- Muse, K., McManus, F., Leung, C., Meghreblian, B., & Williams, J. M. (2012). Cyberchondriasis: fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the internet. *J Anxiety Disorder, 26*, 189-196.
- Norbye, A. D., Abelsen, B., Førde, O. H. & Ringberg, U. (2022). Distribution of health anxiety in a general adult population and associations with demographic and social network characteristics. *Psychological Medicine, 52*, 2255–2262.
- Norman, E. (2000). Introduction: The strengths perspective and resiliency enhancement a natural partnership. E. Norman (Ed.), *Resiliency Enhancement Putting the*

- Strengths Perspective Into Social Work Practice* (s. 1-16). New York: Columbia University Press.
- Norr, A., Capron, D., Schmidt, N. (2014). Medical information seeking: impact on risk for anxiety psychopathology. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 45, 402–407.
- Noyes, R. J. R., Kathol, R. G., Fisher, M. M. ve ark. (1993). The validity of DSM-III-R hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry*, 12, 961-970.
- Noyes, R., Stuart, S., Langbehn, D., Happel, R., Longley, S., Muller, B., ve ark., (2003). Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosomatic Medicine*, 65(2), 292–300.
- Noyes, R., Jr., Watson, D. B., Letuchy, E. M., Longley, S. L., Black, D. W., Carney, C. P., & Doebbeling, B. N. (2005). Relationship between hypochondriacal concerns and personality dimensions and traits in a military population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 110–118.
- O’Bryan, E. M., McLeish, A. C., & Johnson, A. L. (2017). The role of emotion reactivity in health anxiety. *Behavior Modification*, 41(6), 1-17.
- Oehler, C. Görge, F., Rogalla, M., Rummel-Kluge, C., & Hegerl, U. (2020). Efficacy of a guided web-based self-management intervention for depression or dysthymia: randomized controlled trial with a 12-month follow-up using an active control condition. *J. Med. Internet Res.* 22 (7) e15361.
- Oishi, S., Diener, E., Lucas, R. E. & Suh, E. (1999). Cross-cultural variations in predictors of life satisfaction: perspectives from needs and values. *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 25, 980–990.
- Oishi, S., & Diener, E. (2001). Goals, culture, and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(12), 1674–1682.
- Olatunji, B. O., Etzel, E. N., Tomarken, A. J., Ciesielski, B. G., & Deacon, B. (2011). The effects of safety behaviors on health anxiety: an experimental investigation. *Behav Res Ther*, 49(11), 719–728.
- Olatunji, B. O., Kauffman, B. Y., Meltzer, S., ve ark. (2014). Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behav Res Ther*, 58, 65–74.

- Owens, K. M. B., Asmundson, G. J. G., Hadjistavropoulos, T., & Owens, T. J. (2004). Attentional bias toward illness threat in individuals with elevated health anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 57–66.
- Papis, K. G. (2015). *Emotional intelligence and sociotropy-autonomy in young women with DSM-IV- TR hypochondriasis: A mixed-method study*. [Yayımlanmamış Doktora tezi]. University of Wolverhampton, United Kingdom. <https://wlv.openrepository.com>
- Paschali, A. A., Mitsopoulou, E., Tsaggarakis, V. & Karademas, E. C. (2012). Changes in health perceptions after exposure to human suffering: using discrete emotions to understand underlying processes. *Plos ONE.*,7,1-8.
- Peixoto, L. S. A., Gondim, S. M. G., & Pereira, C. R. (2022). Emotion regulation, stress, and well-being in academic education: Analyzing the effect of mindfulness-based intervention. *Trends in Psychology, 30*, 33-57.
- Peters, S., Stanley, I., Rose, M., & Salmon, P. (1998). Patients with medically unexplained symptoms: Sources of patients' authority and implications for demands on medical care. *Social Science and Medicine, 46*, 559–565.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press.
- Pourhoseinzadeh, M., Gheibizadeh, M., Moradikalboland, M., & Cheraghian, B. (2017). The Relationship between Health Locus of Control and Health Behaviors in Emergency Medicine Personnel. *Int J Community Based Nurs Midwifery, 5*(4), 397– 407.
- Powell, J. A. (2003). The doctor, the patient and the world-wide web: how the internet is changing healthcare. *Journal of the Royal Society of Medicine, 96*(2), 74-76.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods, 40*, 879-891.
- Quinn, D., & Norris, H. (1986). Multidimensional health locus of control: a new perspective on the psychopathology of anxiety and depression. *Psychol Rep, 58*, 903-914.
- Rachman, S. (2012). Health anxiety disorders: A cognitive construal. *Behav Res Ther, 50*, 502-512.

- Rassin, E., Muris, P., Franken, I., & van Straten, M. (2008). The feature- positive effect and hypochondriacal concerns. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 263–269.
- Reich, J. W., Erdal, K. J., & Zautra, A. J. (1997). *Beliefs about control and health behaviors*. In Gochman DS, (Ed). *Handbook of Health Behavior Research: I. Personal and Social Determinants*. New York: Plenum.
- Richardson, A., Field, T., Newton, R., & Bendell, D. (2012). Locus of control and prenatal depression. *Infant Behav Dev.*, 35(4), 662-668.
- Rideout, A., Tolmie, E., & Lindsay, G. (2017). Health locus of control in patients undergoing coronary artery surgery—changes and associated outcomes: a seven-year cohort study. *European JCN.*, 16(1), 46-56.
- Rief, W., Hiller, W., & Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(4), 587-595.
- Riegelman R. (2000). *Studying a study and testing a test: how to read the medical evidence*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Riley, W. T., Rivera, D. E., Atienza, A. A., Nilsen, W., Allison, S. M. & Mermelstein, R. (2011). Health behavior models in the age of mobile interventions: are our theories up to the task? *Transl Behav Med*, 1, 53-71.
- Roncero, M., Belloch, A., & Doron, G. (2018). A novel approach to challenging OCD related beliefs using a mobile-app: An exploratory study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 59, 157–160.
- Rosati, A. G., Hagberg, L., Enigk, D. K., Oтали, E., Thompson, M. E., Muller, M. N., Wrangham, R. W. & Machanda, Z. P. (2020). Social selectivity in aging wild chimpanzees. *Science*, 370(6515), 473–476.
- Rosen, N. O., Knauper, B., & Sammut, J. (2007). Do individual differences in intolerance of uncertainty affect health monitoring? *Psychology and Health*, 22, 413–430.
- Ross, C. E., & Sastry, J. (1999). *The sense of personal control: Social-structural causes and emotional consequences*. C. S. Aneshensel & J. C. Phelan (Ed.), *Handbook of sociology of mental health* (syf. 369–394). Dordrecht: Kluwer.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28.
- Rotter, J. B. (1990). Internal versus external control of reinforcement. A case history of a variable. *The American Psychologist*, 45(4), 489–493.

- Roy, R. (2008). Group therapy. *Psychosocial Interventions for Chronic Pain*, 133-146.
- Rowan, K., McAlpine, D. D., & Blewett, L. A. (2013). Access and cost barriers to mental health care, by insurance status, 1999–2010. *Health affairs*, 32(10), 1723-1730.
- Rugancı, R. N. (2008). *The relationship among attachment style, affect regulation, psychological distress and mental construction of the relational world*. [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. Orta Doğu Teknik Üniversitesi.
- Rugancı, R. N., & Gençöz, T. (2010). Psychometric properties of a turkish version of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Clinical Psychology*, 66(4), 1-14.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J. Personal. Soc. Psychol.*, 57, 1069–1081.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99–104. doi:10.1111/1467-8721.ep10772395
- Ryff, C.D., & Singer, B. (1998). Middle age and well-being. H.S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health*, 2 (syf. 707–719). New York: Academic Press.
- Salkovskis, P. M. (1989). Somatic problems. K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Ed.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (sf. 235–276). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. (2001). *Making sense of hypochondriasis: A cognitive theory of health anxiety*. In Health anxiety: Clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions (syf. 46-64). Wiley.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. & Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med*, 32, 843-853.
- Salkovskis, P. M., Warwick, M. C. & Deale, A. C. (2003). Cognitive-Behavioral Treatment for Severe and Persistent Health Anxiety (Hypochondriasis). *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3, 353-367.
- Sarafino, E. P. (2006). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (5. baskı). New York, NY: Wiley.
- Sarı, S. & Dağ, İ. (2009). Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Endişe ile İlgili Olumlu İnançlar Ölçeği ve Endişenin Sonuçları Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması, geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 261-270.

- Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Trakowski, J. H. (1997). Body vigilance in panic disorder: Evaluating attention to bodily perturbations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 214–220.
- Schmidt, S., Strauss, B. & Braehler, E. (2002). Subjective physical complaints and hypochondriacal features from an attachment theoretical perspective. *Psychol. Psychother. 75*, 313–332.
- Schwager, S., & Rothermund, K. (2014). The automatic basis of resilience: Adaptive regulation of affect and cognition. M. Kent, M. C. Davis, & J. W. Reich (Ed.), *The resilience handbook: Approaches to stress and trauma* (syf. 55–72). Routledge: Taylor & Francis Group.
- Seivewright, H., Green, J., Salkovskis, P., Barrett, B., Nur, U., & Tyrer, P. (2008). Cognitive– behavioural therapy for health anxiety in a genitourinary medicine clinic: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry, 193*, 332–337.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*, 5–14.
- Seligowski, A. V., Lee, D. J., Bardeen, J. R., & Orcutt, H. K. (2015). Emotion regulation and posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Cogn Behav Ther, 44*, 87- 102.
- Sexton, K. A., Norton, P. J., Walker, J. R., & Norton, G. R. (2003). A hierarchical model of generalized and specific vulnerabilities in anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy, 32*, 1– 13. doi: 10.1080/16506070302321
- Sheldon, K. M., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist, 56*(3), 216-217.
- Shelley, M., & Pakenham, K. I. (2004). External health locus of control and general self-efficacy: moderators of emotional distress among university students. *Aust J Psychol, 56*, 191–199.
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 11*, 379–405.
- Shibata, M., Ninomiya, T., Jensen, M. P., Anno, K., Yonemoto, K., Makino, S., ... & Hosoi, M. (2014). Alexithymia is associated with greater risk of chronic pain and negative affect and with lower life satisfaction in a general population: The Hisayama study. *PloS One, 9*(3), e90984.

- Singh, K., Fox, J. R., & Brown, R. J. (2016). Health anxiety and internet use: A thematic analysis. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, *10*(2), 98–120.
- Skidmore, J. R., Dyson, S. J., Kupper, A. E. & Calabrese, D. (2014). Predicting illness behavior: Health anxiety mediated by locus of control. *Am J Health Behav.*, *38*(5), 699-707.
- Smith, D. H. (1999). What Hong Kong patients want and expect from their doctors. *Health Communication*, *11*, 299–310.
- Sonnentag, S. (2015). Dynamics of well-being. *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.*, *2*, 17.1–17.33.
- Sonnentag, S. & Frese, M. (2012). *Stress in organizations*. Handbook of Psychology, 12, Industrial and Organizational Psychology, (Ed.) N. W. Schmitt, S. Highhouse, (syf. 560–592). Hoboken, NJ: Wiley
- Sood, S. & Sharma, A. (2020). A moderated-mediation model of fear of illness and subjective psychological well-being during COVID-19 pandemic. *Research Square*, <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-100641/v2>
- Southwick, S. M., Vythilingam, M. & Charney, D. S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 255-291.
- Starcevic, V., & Lipsitt, D. R. (2001). *Introduction. Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady* (pp. 11–14). Oxford University Press.
- Starcevic, V., Berle, D. (2013). Cyberchondria: Towards a better understanding of excessive health-related internet use. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *13*(2), 205–213.
- Stathopoulos, G. (2017). Hypochondria: a review of its place in psychoanalytic theory. *The psychoanalytic Quarterly*, *86*(2), 359-381.
- Stephens, T., Dulberg, C., & Joubert, N. (1999). Mental health of the Canadian population: A comprehensive analysis. *Chronic Diseases in Canada*, *20*, 118–126.
- Stepptoe, A. & Wardle, J. (2001). Locus of control and health behaviour revisited: A multivariate analysis of young adults from 18 countries. *British Journal of Psychology*, *92*, 659-672.

- Stuart, S., & Noyes, R. (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics*, *40*, 34–43.
- Sunderland, M., Newby, J. M., & Andrews, G. (2013). Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability, and service use. *Br J Psychiatry*, *202*, 56-61.
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (2007). *Using multivariate statistics* (5. Basım). Allyn & Bacon/Pearson Education.
- Taha, S., Matheson, K., Cronin, T. & Anisman, H. (2014). Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety: The case of the 2009 H1N1 pandemic. *Health Psychology*, *19* (3), 592-605.
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *45*(2), 134–142.
- Taylor, S. & Asmundson, G. J. G. (2004). *Treating health anxiety a cognitive-behavioral approach*. New York: The Guilford Press
- Taylor, S., Asmundson, G. J. G., & Coons, M. J. (2005). Current directions in the treatment of hypochondriasis. *J Cog Psychother*, *19*, 285–304.
- Tecson, K. M., Wilkinson, L. R., Smith, B. & Ko, J. M. (2019). Association between psychological resilience and subjective well-being in older adults living with chronic illness. *Baylor University Medical Center Proceedings*, *32*(4), 520-524.
- Telef, B. B. (2013). Psikolojik iyi oluş ölçeği: Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *28*(28-3), 374-384.
- Thomson, A. B., & Page, L. A. (2007). Psychotherapies for hypochondriasis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *4*, 1–43.
- Treanor M. (2011). The potential impact of mindfulness on exposure and extinction learning in anxiety disorders. *Clin Psychol Rev*, *31*, 617–625.
- Tull, M. T., Edmonds, K. A., Scamaldo, K. M., Richmond, J. R., Rose, J. P., & Gratz, K. L. (2020). Psychological outcomes associated with stay-at-home orders and the perceived impact of COVID-19 on daily life. *Psychiatry research*, *289*, 113098. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113098>
- Tusaie, K., & Dyer, J. (2004). Resilience: A historical review of the construct. *Holist Nurs Pract*, *18*, 3-8.

- Tükel, R. (2020). Covid-19 pandemi sürecinde ruh sağlığı. Türk Tabipleri Birliği, Covid-19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6/covid19-rapor_6_Part71.pdf
- Tyrer, P., Cooper, S., Crawford, M., ve ark. (2011). Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *J Psychosom Res*, 71, 392-394.
- Tyrer, P., Cooper, S., Salkovskis, P., ve ark. (2014). Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*, 383, 219–225.
- Twenge, J. M., Zhang, L. & Im, C. (2004). It's beyond my control: A cross-temporal meta-analysis of increasing externality in locus of control, 1960-2002. *Pers Soc Psychol Rev.*, 8(3): 308–319.
- Vatan, S. (2016). Obsesif kompulsif bozuklukta bağlanma, obsesif inançlar ve duygu düzenleme zorlukları: klinik ve klinik olmayan örneklem karşılaştırması. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 4, 41-57.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W., Minnen, A., Kremer, J. A., & Kraaimaat, F. W. (2005). Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: A prospective study. *Journal of Behavioral Medicine*, 28, 181–190.
- Waldinger, R., Schulz, M., Barsky, A., & Ahern, D. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: The role of attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68, 129-135.
- Wallston, K. A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 183-199.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multi-dimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.
- Wallston, K. A., & Wallston, B. S. (1981). Health locus of control scales. In H. Lefcourt (Ed.), *Research with the locus of control construct*, 1, 189-243. New York: Academic Press.
- Wallston, K. A., & Wallston, B. S. (1982). *Who is responsible for your health? The construct of health locus of control*. G. Sanders & J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness*, 65-95, Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Wang, J., Chen, Y., Tan, C., & Zhao, X. (2015). Family functioning, social support, and quality of life for patients with anxiety disorder. *International Journal of Social Psychiatry, 62*(1), 5-11.
- Warwick, H. M. (1989). A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis and health anxiety. *Journal of Psychosomatic Research, 33*(6), 705–711.
- Warwick, H. M. C. (1995). Treatment of hypochondriasis. R. Mayou, C. Bass, & M. Sharpe (Ed.), *Treatment of functional somatic symptoms* (syf. 163–174). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Warwick, H. M., & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 105–117.
- Warwick H. M., Clark, D. M., Cobb, A. M. & Salkovskis, P. M. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioral treatment of hypochondriasis. *Br J Psychiatry, 169*, 189-195.
- Wasil, A.R., Venturo-Conerly, K.E., Shingleton, R.M., Weisz, J.R. (2019). A review of popular smartphone apps for depression and anxiety: assessing the inclusion of evidence-based content. *Behav. Res. Ther. 123*, 103498 <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103498>.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*(4), 678-691.
- Watt, M. C., & Stewart, S. H. (2000). Anxiety sensitivity mediates the relationships between childhood learning experiences and elevated hypochondriacal concerns in young adulthood. *Journal of Psychosomatic Research, 49*, 107–118.
- Weck, F., Neng, J. M., Richtberg, S., Jakob, M., & Stangier, U. (2015). Cognitive therapy versus exposure therapy for hypochondriasis (Health Anxiety): a randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders, 34*, 1–7.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Werner, E. E. (2000). *Protective Factors and Individual Resilience*. J. P. Shonkoff ve S. J. Meisels (Ed.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (2. Baskı), 115-134, New York, Cambridge University Press.

- White, R. W., & Horvitz, E. (2009). Experiences with web search on medical concerns and self diagnosis. *AMIA Annual Symposium proceedings. AMIA Symposium*, 696–700.
- Whitehead, W. E., Crowell, M. D., Heller, B. R., Robinson, J. C., Schuster, M. M., & Horn, S. (1994). Modeling and reinforcement of the sick role during childhood predicts adult illness behavior. *Psychosomatic Medicine*, 56, 541–550.
- Wrightson, K. J., & Wardle, J. (1997). Cultural variation in health locus of control. *Ethnicity and Health*, 2, 13–20.
- Yılmaz, Ö. & Dirik, G. (2020). Yetişkinlerde sağlık kaygısı ile ilişkili değişkenlerin bilişsel davranışçı model kapsamında incelemesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 35(85), 21-36.
- Young, J. E. & Klosko, J. S. (2011). *Hayatı Yeniden Keşfedin*. (S. Kohen ve D. Güler, Çev.). İstanbul: Psikonet Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 1993.)
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- Yurdugül, H. & Uluç, S. (2021). *GriCeviz Bilişsel Beceri ve Zihinsel Gelişim Platformu Pilot Uygulama Raporu*. Ankara
- Zvolensky, M. J., Garey, L., Rogers, A. H., Schmidt, N. B., Vujanovic, A. A., Storch, E. A., Buckner, J. D., Paulus, D. J., Alfano, C., Smits, J. A. J., O'Leirigh, C. (2020). Psychological, addictive, and health behavior implications of the COVID-19 pandemic. *Behav. Res. Ther.* 134, 103715 <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103715>.

EK 1. ORJİNALLİK RAPORU

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu Form No.	FRM-DR-21
	FRM-DR-21 Doktora Tezi Orjinallik Raporu <i>PhD Thesis Dissertation Originality Report</i>	Yayın Tarihi Date of Pub.	04.01.2023
		Revizyon No Rev. No.	02
		Revizyon Tarihi Rev. Date	25.01.2024

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ	
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	
.....PSİKOLOJİ.....	ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA
Tarih: 04.../12.../...2024...	
Tez Başlığı.....Sağlık Kaygısı Düzeyi Yüksek ve Düşük Bireylerin Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Kontrol Odağı, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Psikolojik Dayanıklılık ve Psikolojik İyi Oluş Açısından Karşılaştırılması ve Yüksek Sağlık Kaygısının Azaltılmasında Biliş- Davranış Temelli Psikoeğitim ve Mobil Uygulamanın Rolü	
Yukarıda başlığı verilen tezin a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam ...182..... sayfalık kısmına ilişkin, ...04.../...12.../...2024.. tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orjinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % ...14.. 'dür.	
Uygulanan filtrelemeler**:	
1. <input checked="" type="checkbox"/> Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç	
2. <input checked="" type="checkbox"/> Kaynakça hariç	
3. <input type="checkbox"/> Alıntılar hariç	
4. <input checked="" type="checkbox"/> Alıntılar dâhil	
5. <input checked="" type="checkbox"/> 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç	
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orjinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tezin herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumlarda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.	
Gereğini saygılarımla arz ederim.	
Burcu Yıldırım Altınok Ad-Soyad/İmza	

Öğrenci Bilgileri	Ad-Soyad	Burcu Yıldırım Altınok	
	Öğrenci No	N18140975	
	Enstitü Anabilim Dalı	Psikoloji	
	Programı	Klinik Psikoloji	
	Statüsü	Doktora <input checked="" type="checkbox"/>	Lisans Derecesi ile (Bütünleşik) Dr

DANIŞMAN ONAYI

Prof. Dr. İhsan Dağ
UYGUNDUR.
(Unvan, Ad Soyad, İmza)

*Tez Almanca veya Fransızca yazılıyor ise bu kısımda tez başlığı **Tez Yazım Dilinde** yazılmalıdır.

**Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orjinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları İkinci bölüm madde (4)/3'te de belirtildiği üzere: Kaynakça hariç, Alıntılar hariç/dâhil, 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words) filtreleme yapılmalıdır.

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu Form No.	FRM-DR-21
		Yayın Tarihi Date of Pub.	04.01.2023
	FRM-DR-21 Doktora Tezi Orijinallik Raporu <i>PhD Thesis Dissertation Originality Report</i>	Revizyon No Rev. No.	02
		Revizyon Tarihi Rev.Date	25.01.2024

TO HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT OF.....PSYCHOLOGY.....

Date: 04.../12.../...2024...

Thesis Title (In English):... Comparison of Individuals with High and Low Health Anxiety in terms of Intolerance of Uncertainty, Locus of Control, Difficulty in Emotion Regulation, Psychological Resilience, and Psychological Well-Being and the Role of Cognitive-Behavioral Based Psychoeducation and Mobile Application in Reducing High Health Anxiety...

According to the originality report obtained by myself/my thesis advisor by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options checked below on 04...../...12.../...2024... for the total of182..... pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled above, the similarity index of my thesis is ...14..... %.

Filtering options applied**:

1. Approval and Declaration sections excluded
2. References cited excluded
3. Quotes excluded
4. Quotes included
5. Match size up to 5 words excluded

I hereby declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.

I respectfully submit this for approval.

Burcu Yıldırım Altınok
Name-Surname/Signature

Student Information	Name-Surname	Burcu Yıldırım Altınok	
	Student Number	N18140975	
	Department	Psikoloji	
	Programme	Klinik Psikoloji	
	Status	PhD <input checked="" type="checkbox"/>	Combined MA/MSc-PhD <input type="checkbox"/>

SUPERVISOR'S APPROVAL

Prof. Dr. İhsan Dağ
APPROVED
(Title, Name and Surname, Signature)

**As mentioned in the second part [article (4)3] of the Thesis Dissertation Originality Report's Codes of Practice of Hacettepe University Graduate School of Social Sciences, filtering should be done as following: excluding reference, quotation excluded/included, Match size up to 5 words excluded.

EK 2. ETİK KOMİSYON İZİNİ

Tarih: 10/08/2022
Sayı: E-35853172-300-00002328815



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Rektörlük

Sayı : E-35853172-300-00002328815
Konu : Burcu YILDIRIM Hk. (Etik Komisyon İzni)

10.08.2022

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 10.06.2022 tarihli ve E-12908312-300-00002232061 sayılı yazınız.

Enstitünüz Psikoloji (Klinik Psikoloji) Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencilerinden **Burcu YILDIRIM**'ın Prof. Dr. İhsan DAĞ danışmanlığında yürüttüğü “Sağlık Kaygısı Düzeyi Yüksek ve Düşük Bireylerin Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Kontrol Odağı, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Psikolojik Dayamlılık ve Psikolojik İyi Oluş Açısından Karşılaştırılması ve Yüksek Sağlık Kaygısının Azaltılmasında Biliş-Davranış Temelli Psikoeğitim ve Mobil Uygulamanın Rolü” başlıklı tez çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun 26 Temmuz 2022 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Vural GÖKMEN
Rektör Yardımcısı

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: B6EA08AD-E9EE-4610-A32D-19EB4B66846D

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/hu-ebys>

Adres: Hacettepe Üniversitesi Rektörlük 06100 Sıhhiye-Ankara

Bilgi için: Duygu Didem İLERİ

E-posta: yazim@hacettepe.edu.tr İnternet Adresi: www.hacettepe.edu.tr Elektronik

Bilgisayar İşletmeni

Ağ: www.hacettepe.edu.tr

Telefon: 0 (312) 305 3001-3002 Faks: 0 (312) 311 9992

Telefon: .

Keş: hacettepeuniversitesi@hu01.kep.tr



EK 3. 1.AŞAMA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, Prof. Dr. İhsan Dağ danışmanlığında Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Klinik Psikoloji Doktora programı öğrencisi Burcu Yıldırım tarafından yürütülen bir tez çalışmasıdır. Çalışmanın amacı sağlık kaygısına yönelik olarak genel bir tarama yapmaktır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla sağlık kaygısına yönelik genel bir tarama yapılması planlanmaktadır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır. Bu araştırma için gerekli etik izin Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan alınmıştır.

Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır ve kim olduğunuza dair hiçbir bilgi istenmeyecek olup, yanıtlarınız tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Elde edilecek bilgiler bilimsel yayınlarda kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarından sağlıklı bilgiler edinilebilmesi için soruların samimi bir şekilde doldurulması ve boş bırakılmaması oldukça önemlidir. Anket sorularını cevaplarken herhangi bir nedenden dolayı kendinizi rahatsız hissederseniz çalışmayı yarıda bırakabilirsiniz. Çalışmadan çekilmeniz durumunda herhangi bir yaptırımla karşılaşmayacaksınız.

Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Araştırmanın bu aşamasında yaklaşık 30 dakika süren bir ölçek setini doldurmanız istenmektedir. Anketimiz toplamda sekiz bölüm ve 137 sorudan oluşmaktadır. Yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı işaretleyerek belirtiniz.

Bu araştırma projesi iki aşamadan oluşmaktadır. Bu çalışmanın ardından çevrimiçi grup çalışması ve mobil uygulama kullanımını içeren araştırmanın ikinci aşaması başlatılacaktır. Araştırmanın ikinci aşamasına birinci aşamaya katılmış olan katılımcılar dâhil edilecektir. Bu nedenle ikinci aşamaya davet edilmeniz için sizinle iletişim kurulmasını isterseniz lütfen telefon numaranızı veya e-posta adresinizi aşağıdaki kutucukta belirtiniz.

EK 4. 2. AŞAMA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Sizi Prof. Dr. İhsan Dağ danışmanlığında Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Klinik Psikoloji Doktora öğrencisi Burcu Yıldırım tarafından yürütülen doktora tez çalışmasına katılmaya davet ediyoruz. Bu çalışmada bilişsel davranışçı ögeler içeren mobil uygulamanın, katılımcıların sağlık kaygısı şiddetinde anlamlı bir azalmaya yol açıp açmadığının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için son derece önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmanın yürütücüsü uygulamanın mobil telefonlara indirilmesi ve kullanımı hakkında bilgi verecektir. Uygulamanın tamamlanması toplam 14 gün sürecektir. Uygulama kullanımının 3., 6., 9., 12. ve 14. günlerinde hangi modülde olduğunuza dair e-posta veya mesaj yoluyla geri bildirim istenecektir. Uygulama içeriğinde bilişsel davranışçı yaklaşım penceresinden sağlık kaygısına dair bilgilendirmeler, davranışsal ödevler, düşünce kayıtları gibi bölümler yer alacaktır. Uygulamaların tamamlanmasının ardından son olarak 30 dakika süren bir ölçek setini doldurmanız gerekmektedir. Uygulamaların sonlanmasının ardından profesyonel bir yardım almak istemeniz durumunda gerekli uzman yönlendirmeleri yapılacaktır. Çalışma tamamlandıktan 4 ay sonrasında e-posta yoluyla size ulaşılacak ve sizden 30 dakika süren bir ölçek setini bilgisayar ortamında doldurmanız istenecektir.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Tüm veriler, size verilecek bir katılımcı kodu ile saklanacak, hiçbir yerde kimliğinize ilişkin herhangi bir bilgi kullanılmayacaktır. Ayrıca, isminizi ya da imza gibi kimliğinizi belirtecek herhangi bir bilgiyi bu onam formu dışındaki hiçbir yazılı forma yazmamalısınız. Sizin imzalamanızın ardından bu form ölçek setinden ayrılacak ve kimsenin ulaşamayacağı kapalı bir yerde muhafaza edilecektir. Bu çalışmada istemediğiniz sorulara cevap vermek zorunda değilsiniz, ancak araştırmada sağlıklı veriler toplanabilmesi için mümkün olduğu kadar eksik soru bırakmamanız ve sorulara içtenlikle cevap vermeniz önemlidir. Eğer araştırma ile ilgili herhangi bir soru aklınıza gelirse lütfen bunu araştırmacı ile paylaşınız.

Sorduğunuz bütün sorular araştırmacı tarafından büyük bir içtenlikle cevaplandırılacaktır. Ayrıca, bu çalışmadan herhangi bir neden belirtmeksizin istediğiniz an çekilebilirsiniz. Çalışmadan çekilmeniz durumunda herhangi bir yaptırımla karşılaşmayacaksınız.

Bu çalışma ile ilgili herhangi bir endişeniz ya da sorunuz olursa bu projenin araştırmacıları Prof. Dr. İhsan Dağ (0 312 2978325- ya da ihsandag@hacettepe.edu.tr) ya da Klinik Psk. Burcu Yıldırım (05077943393 ya da yildirimburcu92@gmail.com) ile iletişim kurabilirsiniz.

Eğer bu çalışmaya katılmayı istiyorsanız, lütfen onam formunu okuyarak imzalayınız.

EK 5. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
3. Eğitim durumunuz: İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Yüksek Lisans/Doktora ()
4. Anneniz () Hayatta () Hayatta değil
5. Babanız () Hayatta () Hayatta değil
6. Anne ve babanız () Birlikte () Ayrı *Ayrı ise ne kadar süredir:.....
7. Kaç kardeşiniz var?:.....
8. Anne ve babanızla birlikte mi yaşıyorsunuz? () Evet () Hayır
*Cevabınız hayırsa kimlerle ve nerede yaşıyorsunuz?:.....
9. Annenizin eğitim durumu nedir? *Toplam yıl olarak da belirtiniz:.....
() Okur-yazar değil () Okur-yazar
() İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu
() Lise mezunu () Üniversite veya yüksek okul mezunu
10. Babanızın eğitim durumu nedir? *Toplam yıl olarak da belirtiniz:.....
() Okur-yazar değil () Okur-yazar
() İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu
() Lise mezunu () Üniversite veya yüksek okul mezunu
11. Daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı? () Evet () Hayır
*Cevabınız evet ise belirtiniz:.....
12. Herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
13. Herhangi bir psikoterapi alıyor musunuz? () Evet () Hayır
14. Akıllı telefonunuz var mı? () Evet () Hayır
15. İnternet erişiminiz var mı? () Evet () Hayır
16. İnternet üzerinden hastalıklarla ilgili ne sıklıkta araştırma yaparsınız?
() Hiç yapmam () Yılda 1-2 kez yaparım
() Ayda 1-2 kez yaparım () Ayda 5-6 kez yaparım
() Haftada 1-2 kez yaparım () Haftada 5-6 kez yaparım
() Günde 1-2 kez yaparım () Günde 5-6 kez yaparım
() Diğer.....

EK 6. SAĞLIK ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin.

1. (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.
 (b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.
 (c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.
 (d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.
2. (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim
 (b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim
 (c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim
 (d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.
8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese tamamen rahatlarım.
 (b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
 (c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
 (d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.
9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
 (b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
 (c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
 (d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.
14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığım ile yeterince ilgilenmediğimi söyler.
 (b) Ailem ve dostlarım sağlığım ile normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
 (c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.
 (d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

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

18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
 (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.
 (c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
 (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

EK 7. PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ

Aşağıda katılıp ya da katılamayacağınız 8 ifade vardır. 1–7 arasındaki derecelendirmeyi kullanarak, her bir madde için uygun olan cevabınızı belirtiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

1.	Amaçlı ve anlamlı bir yaşam sürdürüyorum	<input type="text"/>
2.	Sosyal ilişkilerim destekleyici ve tatmin edicidir	<input type="text"/>
3.	Günlük aktivitelerime bağlı ve ilgiliyim	<input type="text"/>
4.	Başkalarının mutlu ve iyi olmasına aktif olarak katkıda bulunurum	<input type="text"/>
5.	Benim için önemli olan etkinliklerde yetenekli ve yeterliyim	<input type="text"/>
6.	Ben iyi bir insanım ve iyi bir hayat yaşıyorum	<input type="text"/>
7.	Geleceğim hakkında iyimserim	<input type="text"/>
8.	İnsanlar bana saygı duyar	<input type="text"/>

EK 8. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...		Her zaman bir çözüm bulurum		Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...		Basarılması zordur		Basarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar su durumlardır...		Ulaşmak istediğim acık bir hedefim olduğunda		Tam bir günlük bos bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum		Diğer kişilerle birlikte		Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...		Benimkinden farklıdır		Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...		Hic kimseyle tartışmam		Arkadaşlarımla/Aile-üyelerimle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...		Cözemem		Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...		Nasıl başaracağımı bilirim		Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeje başladığımda ...		İlerive dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım		Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak		Önemli değildir		Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissedirim		Çok mutlu		Çok mutsuz
12. Beni ...		Bazı yakın arkadaşlarımla/aile üyelerim cesaretlendirebilir		Hic kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...		Olduğuna çok inanırım		Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum		Ümit verici		Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...		Zamanımı planlama		Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir sevdik		Kolayca yapabildiğim		Yapmakta zorlandığım
17. Ailem söyle tanımlanabilir ...		Birbirinden bağımsız		Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...		Zayıftır		Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...		Çok fazla güvenmem		Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarımla ...		Belirsizdir		İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...		Günlük yaşamımda yoktur		Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...		Benim için zordur		Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...		Geleceğe pozitif bakar		Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...		Bana hemen haber verilir		Bana söylenmesi bir havli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken		Kolayca gülerim		Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:		Birbirlerini desteklemez biçimde		Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım		Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden		Hic kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır		Her şeyi umutsuzca gören bir		Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için...		Zordur		Kolaydır
30. İhtivacım olduğunda ...		Bana vardım edebilecek kimse yoktur		Her zaman bana vardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...		Basa çıkmaya çalışırım		Sürekli bir endişe/kavay kavnağıdır
32. Ailemde sunu severiz ...		İşleri bağımsız olarak yapmayı		İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarımla/aile üyeleri ...		Yeteneklerimi beşenirler		Yeteneklerimi beşenmezler

EK 9. DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların duygularını kontrol etmekte kullandıkları bazı yöntemler verilmiştir. Lütfen her durumu dikkatlice okuyunuz ve her birinin sizin için ne kadar doğru olduğunu içtenlikle değerlendiriniz. Değerlendirmenizi uygun cevap önündeki yuvarlak üzerine çarpı (X) koyarak işaretleyiniz.

2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.				
<input type="radio"/> Neredeyse Hiçbir zaman	<input type="radio"/> Bazen	<input type="radio"/> Yaklaşık Yarı yarıya	<input type="radio"/> Çoğu zaman	<input type="radio"/> Neredeyse Her zaman

5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.				
<input type="radio"/> Neredeyse Hiçbir zaman	<input type="radio"/> Bazen	<input type="radio"/> Yaklaşık Yarı yarıya	<input type="radio"/> Çoğu zaman	<input type="radio"/> Neredeyse Her zaman

9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.				
<input type="radio"/> Neredeyse Hiçbir zaman	<input type="radio"/> Bazen	<input type="radio"/> Yaklaşık Yarı yarıya	<input type="radio"/> Çoğu zaman	<input type="radio"/> Neredeyse

13. Kendimi kötü hissettiğimde, işlerimi yapmakta zorlanırım.				
<input type="radio"/> Neredeyse Hiçbir zaman	<input type="radio"/> Bazen	<input type="radio"/> Yaklaşık Yarı yarıya	<input type="radio"/> Çoğu zaman	<input type="radio"/> Neredeyse Her zaman

17. Kendimi kötü hissettiğimde, duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.				
<input type="radio"/> Neredeyse Hiçbir zaman	<input type="radio"/> Bazen	<input type="radio"/> Yaklaşık Yarı yarıya	<input type="radio"/> Çoğu zaman	<input type="radio"/> Neredeyse Her zaman

22. Kendimi kötü hissettiğimde, eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.				
<input type="radio"/> Neredeyse Hiçbir zaman	<input type="radio"/> Bazen	<input type="radio"/> Yaklaşık Yarı yarıya	<input type="radio"/> Çoğu zaman	<input type="radio"/> Neredeyse Her zaman

32. Kendimi kötü hissettiğimde, davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.				
<input type="radio"/> Neredeyse Hiçbir zaman	<input type="radio"/> Bazen	<input type="radio"/> Yaklaşık Yarı yarıya	<input type="radio"/> Çoğu zaman	<input type="radio"/> Neredeyse Her zaman

EK 10. SAĞLIK KONTROL ODAĞI ÖLÇEĞİ

Yönerge: Aşağıda 1'den başlayıp 18'de son bulan maddelerde, sağlık durumunuzla ilgili, katılacağınız veya katılmayacağınız bir inanış ifadesi yer almaktadır. Her bir ifadenin yanında, kesinlikle katılmıyorum (1) ile kesinlikle katılıyorum (6) arası bir derecelendirme bulunmaktadır. Sizden her bir madde için, o ifadeye ne derece katıldığınızı veya katılmadığınızı yansıtan rakamı yuvarlak içine almanızı istemekteyiz. İfadeye ne kadar çok katılıyorsanız, daire içine aldığınız rakam o kadar büyük olacaktır. İfadeye ne kadar az katılıyorsanız, yuvarlak içine aldığınız rakam o kadar küçük olacaktır. Lütfen **HER BİR MADDEYİ** yanıtladığınızdan ve her bir madde için **SADECE BİR** rakamı yuvarlak içine aldığınızdan emin olun. Bu ölçek sizin kişisel inanışlarınızı ölçmektedir ve görüldüğü üzere doğru veya yanlış yanıtları yoktur.

1= KESİNLİKLE KATILMIYORUM
 2= KISMEN KATILMIYORUM
 3= ÇOK AZ KATILMIYORUM

4= ÇOK AZ KATILYORUM
 5= KISMEN KATILYORUM
 6= KESİNLİKLE KATILYORUM

1.	Hastalanırsam, ne kadar çabuk iyileşeceğimi belirleyen kendi davranışımıdır.	1	2	3	4	5	6
2.	Ne yaparsam yapayım eğer hastalanacaksam, hastalanırım.	1	2	3	4	5	6
3.	Hekimimle düzenli temasta olmak benim için hastalıktan kaçınmanın en iyi yoludur.	1	2	3	4	5	6
4.	Sağlığımı etkileyen çoğu şey tesadüfen gerçekleşir.	1	2	3	4	5	6
5.	Ne zaman kendimi iyi hissetmezsem, bir hekime danışmalıyım.	1	2	3	4	5	6
6.	Sağlığım kontrolüm altındadır.	1	2	3	4	5	6
7.	Hasta olmam ya da sağlıklı kalmam konusunda ailemin yapacak çok şeyi vardır.	1	2	3	4	5	6
8.	Hastalandığımda, benim suçumdur.	1	2	3	4	5	6
9.	Şans, bir hastalıktan ne kadar çabuk iyileşeceğim konusunda büyük rol oynar.	1	2	3	4	5	6
10.	Sağlığımı, sağlık profesyonelleri kontrol eder.	1	2	3	4	5	6
11.	Sağlığımın iyi olması büyük ölçüde kısmet işidir.	1	2	3	4	5	6
12.	Sağlığımı etkileyen temel şey kendi yaptıklarımdır.	1	2	3	4	5	6
13.	Kendime iyi bakarsam hastalıkları önleyebilirim.	1	2	3	4	5	6
14.	Hastalıktan iyileştiğimde, bu genellikle başkaları (örneğin, hekimler, hemşireler, aile, arkadaşlar) bana iyi baktığı içindir.	1	2	3	4	5	6
15.	Ne yaparsam yapayım büyük olasılıkla hastalanırım.	1	2	3	4	5	6
16.	Eğer olacağı varsa sağlıklı olurum.	1	2	3	4	5	6
17.	Eğer doğru davranışlarda bulunursam, sağlıklı kalabilirim.	1	2	3	4	5	6
18.	Sağlığım konusunda sadece doktorumun bana yapmamı söylediği şeyleri yapabilirim.	1	2	3	4	5	6

EK 11. BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK ÖLÇEĞİ

Aşağıda hayatın belirsizliklerine insanların nasıl tepki gösterdiklerini tanımlayan bir dizi ifade yer almaktadır. Bu ifadelerin sizi ne derece doğru yansıttığını, yanındaki rakamlardan size uygun olanı daire içine alarak belirtiniz.

	1	2	3	4	5
	Beni Hiç Tanımlamıyor		Beni Kısmen Tanımlıyor		Beni Tam olarak Tanımlıyor
3- Belirsizlik yaşamı katlanılmaz hale getiriyor					1 2 3 4 5
7- Önceden kestirilemeyen olaylar beni alt üst ediyor					1 2 3 4 5
11- Çok iyi planlanmışken bile beklenmeyen ufacık bir durum her şeyi bozabilir					1 2 3 4 5
14- Emin olamadığım zaman, yapacaklarım konusunda ilerleyemiyorum					1 2 3 4 5
17- Belirsizlik beni kırılğan, mutsuz ya da hüzünlü kılıyor					1 2 3 4 5
20- En ufak bir şüphe bile harekete geçmemi engelliyor					1 2 3 4 5
24- Belirsizlik derin uyumamı engelliyor					1 2 3 4 5

EK 12. COVID-19 HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki her maddeyi dikkatli bir şekilde okuyunuz ve size en yakın gelen düşünceyi işaretleyiniz.

Maddeler		Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
1	Bu hastalık söylendiği kadar tehlikeli değil.					
2	Medya salgını abartıyor.					
3	Virüs ölümcül bir hastalığa neden olmaktadır.					
4	Bu hastalık herkese bulaşabilir.					
5	Kolayca bulaşan bir hastalıktır.					
6	Hastalığın kadınlara ve erkeklere bulaşma olasılığı benzerdir.					
7	Virüs kargo veya alışveriş ürünlerinden bulaşabilir.					

EK 13. HEALING BOX TUTUM ÖLÇEĞİ

Sevgili katılımcı,

HealingBox'ı belirli bir süredir kullanıyorsunuz. Bu form ile bu deneyiminize ilişkin görüşlerinizi almak istiyoruz. Görüşlerinizi önemsiyor ve HealingBox'ı daha iyi hale getirmek için buna ihtiyaç duyuyoruz.

Soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Size en uygun olanı cevaplamanız yeterli. Teşekkür ederiz.

Sizden HealingBox'a yönelik aşağıda verilen ifadelerin uygunluğunu 1'den (Hiç Katılmıyorum) 5'e (Tamamen Katılıyorum) kadar puanlamanız beklenmektedir.

1. HealingBox'ı kullanmayı öğrenmek kolaydır.
4. HealingBox ile etkileşim kolaydır.
16. HealingBox'ı kullanmak bana keyif veriyor.

EK 14. TEKNOLOJİ TUTUM ÖLÇEĞİ

Bu ölçek dijital teknolojiye yönelik tutumları ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Ölçek sonuçları, yalnızca bu konudaki tutumları belirlemek amacıyla kullanılacaktır. Bu maddelerin cevaplandırılması yaklaşık 10 dakika sürecektir. Her bir maddeyi okuduktan sonra üzerinde uzun süre düşünmeden, ilk aklınıza geleni işaretleyiniz. Vermiş olduğunuz içten ve doğru cevaplar için teşekkür ederiz.

1= Hiç katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Kararsızım, 4= Katılıyorum,
5= Tamamen katılıyorum

1. Herhangi bir dijital teknolojiyi kolaylıkla kullanırım.
5. Dijital bir teknolojiyi kullanmak için bilginin yanında yeterli becerinin olması gerekir.
9. Dijital teknolojiyi günlük yaşamımda kullanmak hoşuma gider.
16. Sosyal ağları (facebook, twitter vb.) kullanmak dijital teknolojinin en iyi avantajlarından biridir.
27. Dijital teknoloji ortamında geçirilen zaman boşa harcanır.

EK 15. HEALING BOX ÖRNEK EKRAN GÖRÜNTÜLERİ

