

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE BİLİNÇLİ
FARKINDALIK DÜZEYİNİN ALGILANAN STRES VE
SAĞLIK ANKSİYETESİ İLE İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Osman Kaan KARA

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Deniz YILDIZ

İstanbul-2021

TEZ TANITIM FORMU

- YAZAR ADI SOYADI** : Osman Kaan KARA
- TEZİN DİLİ** : Türkçe
- TEZİN ADI** : Üniversite Öğrencilerinde Bilinçli Farkındalık Düzeyinin Algılanan Stres ve Sağlık Anksiyetesi ile İlişkisinin İncelenmesi
- ENSTİTÜ** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
- ANABİLİM DALI** : Psikoloji
- TEZİN TÜRÜ** : Yüksek Lisans
- TEZİN TARİHİ** : 19.02.2021
- SAYFA SAYISI** : 98
- TEZ DANIŞMANLARI** : Dr. Öğr. Üyesi Deniz Yıldız
- DİZİN TERİMLERİ** : Bilinçli Farkındalık, Stres, Sağlık Anksiyetesi
- TÜRKÇE ÖZET** : Yaptığımız araştırmanın amacı Üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık düzeyinin algılanan stres ve sağlık anksiyetesi ile ilişkisini incelemektir.
- DAĞITIM LİSTESİ** :
1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

Osman Kaan KARA

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE BİLİNÇLİ
FARKINDALIK DÜZEYİNİN ALGILANAN STRES VE
SAĞLIK ANKSİYETESİ İLE İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Osman Kaan KARA

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Deniz YILDIZ

İstanbul-2021

BEYAN

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

Osman Kaan KARA

./ ./2021



T.C
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Osman Kaan Kara'nın “**Üniversite Öğrencilerinde Bilinçli Farkındalık Düzeyinin Algılanan Stres ve Sağlık Anksiyetesi ile İlişkisinin İncelenmesi**” adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan _____

Dr. Öğr. Üyesi Deniz YILDIZ
(Danışman)

Üye _____

Doç. Dr. Canan TANIDIR

Üye _____

Dr. Öğr. Üyesi Necmettin AKSOY

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

..././2021

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Giriş ve Amaç: Bilinçli farkındalık bireyin dış ve iç faktörler karşısında zihinsel farkındalığı olarak ifade edilmektedir. Stres ise kişi ve dış çevreden meydana gelen, kişinin baş etmekte zorlanabileceği bir durum ve iyilik halinin risk altına girmesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık anksiyetesi bir rahatsızlık durumu yokken, ciddi bir hastalığın varlığı düşüncesi ve korkusunun olması olarak ifade edilmektedir. Sağlık anksiyetesi bulunan bireyler bedenlerindeki küçük bir farklılığı abartılı bir biçimde yorumlamaktadırlar. Bu tanımlar kapsamında bu araştırmanın amacı üniversite öğrencilerinin bilinçli farkındalık düzeyinin, algılanan stres ve sağlık anksiyetesi düzeyleriyle ilişkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklem seçimi basit-rastgele örneklem seçimi türüne göre yapılmıştır. Araştırma örneklem grubunu İstanbul Gelişim Üniversitesi ve İstanbul Haliç Üniversitesinde öğrenim gören ve gönüllülük esasına göre seçilen 400 lisans öğrencisi oluşturmaktadır. Veriler katılımcılara bilgisayar üzerinden yöneltilen online anketler aracılığıyla elde edilmiş olup araştırma dahilinde Sosyodemografik Bilgi Formu, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği kullanılmıştır. Toplanan veriler SPSS paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmadan elde edilen bulgu sonuçlarına göre Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ile Algılanan Stres Ölçeği puanı arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü, Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanı arasında ise orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu saptandı. Bilinçli Farkındalık düzeyi ile Algılanan Stres düzeyinin ilişkisi incelendiğinde bilinçli farkındalığın algılanan stresi anlamlı derecede yordadığı görülmektedir. Algılanan stres düzeyi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı incelendiğinde kadınların algılanan stres düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Algılanan stres, bilinçli farkındalık ve sağlık anksiyetesi düzeyleri ile gelir durumu değişkeni incelendiğinde, yüksek geliri olan grupta algılanan stres düzeyinin düşük, bilinçli farkındalık düzeyinin yüksek olduğu saptanırken, sağlık anksiyetesi açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Sonuç: Çalışma sonuçlarına göre bilinçli farkındalık düzeyinde artış meydana geldikçe sağlık anksiyetesi ve algılanan stres düzeylerinde azalma olmaktadır. Bu

bağlamda sağlık anksiyetesi ve algılanan stres düzeyi yüksek olan bireyler için bilinçli farkındalık çalışmaları ve eğitimlerinin faydalı olabileceği düşünölmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bilinçli Farkındalık, Stres, Sağlık Anksiyetesi



SUMMARY

Introduction and Aim: Conscious awareness is expressed as the mental awareness of the individual as a reflection of external and internal factors. On the other hand, stress is defined as situation caused by the person himself and the outside environment, which the person may have difficulty in coping with and also defined as to put the well-being at risk. Health anxiety is expressed as the thought and fear of the existence of a serious illness despite the absence of a disease. Individuals with health anxiety interpret a small difference in their bodies in an exaggerated way. Within the scope of these definitions, the aim of this study is to examine the relationship between conscious awareness level, perceived stress and health anxiety among university students.

Materials and Methods: The sample selection of the study was made according to the type of simple-random sample selection. The participants who are willing to participate in this study, consist of 400 undergraduate students studying at Istanbul Gelişim University and Istanbul Haliç University. The data were obtained through online questionnaires directed to the participants via computer. The Sociodemographic Information Form, Conscious Awareness Scale, Perceived Stress Scale and Health Anxiety Scale were used within the scope of the study. The collected data were analyzed using the SPSS package program.

Results: According to the findings obtained from the study, it was found that there was a highly positive correlation between the Health Anxiety Scale and the Perceived Stress Scale score, and a moderately negative relationship between the Conscious Awareness Scale score. When the relationship between Conscious Awareness level and Perceived Stress level is examined, it was seen that conscious awareness significantly predicts perceived stress. When examining whether there was a significant relationship between the perceived stress level and the gender variable, it was found that the perceived stress levels of women were significantly higher. When the perceived stress, conscious awareness and health anxiety levels and the income variable were examined, it was found that the perceived stress level was low and the level of conscious awareness was high in the high-income group, while no significant difference was found in terms of health anxiety.

Conclusion: According to the results of the study, while the level of conscious awareness increases, health anxiety and perceived stress levels decrease. In this context, it is thought that conscious awareness studies and trainings may be beneficial for individuals with high health anxiety and perceived stress levels.

Key Words: Conscious Awareness, Stress, Health Anxiety



İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
SUMMARY	iii
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	viii
TABLolar LİSTESİ	viii
EKLER LİSTESİ	ix
ÖNSÖZ	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN GENEL ESASLARI

1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ	3
1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	4
1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI	4
1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	5
1.5. ARAŞTIRMANIN SAYILTILARI	5
1.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	5

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Bilinçli Farkındalık	6
2.1.1. Bilinçli Farkındalığın İşlevi	8
2.1.2. Bilinçli Farkındalığın Temel Stratejileri	9
2.1.3. Bilinçli Farkındalığın Kuramsal Temeli	10
2.1.3.1. Bilişsel-Davranışçı Terapi Yaklaşımı	10
2.1.3.2. Psikoanalitik Terapi Yaklaşımı	10
2.1.3.3. Geşalt Terapi Yaklaşımı	10
2.1.3.4. Varoluşçu Yaklaşım	11
2.1.3.5. Hümanistik Psikoloji Yaklaşımı	11
2.2. Stres Kavramı	11
2.2.2. Stres ve Algılanan Stres	13
2.2.3. Stresin Aşamaları	15
2.2.4. Stresin Belirtileri	16
2.2.5. Strese Neden Olan Etmenler	17
2.2.6. Stresle Başa Çıkma	18
2.3. Sağlık Anksiyetesi	20

2.3.1. Kuramlara Göre Sağlık Anksiyetesi	23
2.3.1.1. Psikodinamik Perspektif	23
2.3.1.2. Kişilerarası Model	23
2.3.1.3. Amplifikasyon Hipotezi	23
2.3.1.4. Bilişsel Davranışsal Model	23
2.3.2. Tanı	24
2.3.3. Etiyoloji	25
2.3.4. Epidemiyoloji	26
2.4. İlgili Araştırmalar	27
2.4.1. Algılanan Stres İle İlgili Yapılan Araştırmalar	27
2.4.2. Bilinçli Farkındalık İle İlgili Yapılan Araştırmalar	28
2.4.3. Sağlık Anksiyetesi İle İlgili Araştırmalar	28
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	
YÖNTEM VE TEKNİKLER	
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ	30
3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	30
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	30
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	30
3.3.2. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	30
3.3.3. Algılanan Stres Ölçeği	31
3.3.4. Bilinçli Farkındalık Ölçeği	31
3.4. VERİLERİN ANALİZİ	32
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	
BULGULAR	
BEŞİNCİ BÖLÜM	
TARTIŞMA VE YORUM	
SONUÇ VE ÖNERİLER	53
KAYNAKÇA	55
EKLER	69
ÖZGEÇMİŞ	80

KISALTMALAR

SAÖ : SAĞLIK ANKSIYETESİ ÖLÇEĞİ

ASÖ : ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ

BİFÖ : BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ



TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. Sosyodemografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	32
Tablo 4.2 Örneklemin Yaşına Ait Betimsel İstatistikleri.....	34
Tablo 4.3 Örneklemin Günlük İnternet Kullanımına Ait Betimsel İstatistikleri...	34
Tablo 4.4 Örneklemin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeğine Ait Betimsel İstatistikler.....	34
Tablo 4.5 Örneklemin Cinsiyet Değişkenine Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları İçin Uygulanan Bağımsız T-Testi Analizi Sonuç Tablosu.....	34
Tablo 4.6 Örneklemin Cinsiyet Değişkenine Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları İçin Uygulanan Bağımsız T-Testi Analizi Sonuç Tablosu.....	35
Tablo 4.7 Örneklemin Cinsiyet Değişkenine Bilinçli Farkındalık Ölçeği Puanları İçin Uygulanan Bağımsız t-Testi Analizi Sonuç Tablosu.....	35
Tablo 4.8 Örneklemin Gelir Durumu Değişkenine Göre Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Alt Boyutu Puanları Arasındaki Farkı Test Etmek İçin Yapılan ANOVA Testi Sonuçları.....	36
Tablo 4.9 Örneklemin Gelir Durumu Değişkenine Göre Algılanan Stres Ölçeği Puanları Arasındaki Farkı Test Etmek İçin Yapılan ANOVA Testi Sonuçları.....	36
Tablo 4.10 Örneklemin Gelir Durumu Değişkenine Göre Bilinçli Farkındalık Ölçeği Puanları Arasındaki Farkı Test Etmek İçin Yapılan ANOVA Testi Sonuçları.....	37
Tablo 4.11 Örneklemin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile Yaş Puanları Arasındaki İlişki İçin Pearson Korelasyon Analizi Sonuç Tablosu.....	37
Tablo 4.12 Örneklemin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile Günlük İnternet Kullanımı Puanları Arasındaki İlişki İçin Pearson Korelasyon Analizi Sonuç Tablosu.....	38
Tablo 4.13 Örneklemin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Alt Boyutları ile Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki İlişki İçin Pearson Korelasyon Analizi Sonuç Tablosu.....	39
Tablo 4.14 Örneklemin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Alt Boyutları ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki İçin Pearson Korelasyon Analizi Sonuç Tablosu.....	40

Tablo 4.15 Örneklemin Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutları ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki İçin Pearson Korelasyon Analizi Sonuç Tablosu.....	41
Tablo 4.16 Algılanan Stresin Sağlık Anksiyetesi Üzerindeki Etkisine İlişkin Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları.....	41
Tablo 4.17 Bilinçli Farkındalığın Sağlık Anksiyetesi Üzerindeki Etkisine İlişkin Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları.....	42
Tablo 4.18 Bilinçli Farkındalığın Algılanan Stres Üzerindeki Etkisine İlişkin Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları.....	42



EKLER LİSTESİ

EK-A SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

EK-B SAĞLIK ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ

EK-C ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ

EK-D BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ

EK-E BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

EK-F ETİK KURUL ONAY FORMU



ÖNSÖZ

Klinik psikoloji yüksek lisans çalışmamın yürütülmesi sırasında ilgi ve bilgisini esirgemeyen danışmanım Dr. Öğr Üyesi Deniz YILDIZ ‘a teşekkürlerimi sunarım. Değerli önerilerinden dolayı Psikolog Süleyman ÖRİKLİ’ye, çalışmalarımın çeşitli aşamalarında destek olan Dr. Öğr Üyesi Kahraman GÜLER’e, tez dönemi sürecinde yanımda olan Uzm. Klinik Psikolog Berfin Üzeyiroğlu’na ve diğer arkadaşlarıma teşekkür ederim. Ayrıca eğitim hayatım boyunca benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen her zaman yanımda olan sevgili aileme teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Osman Kaan KARA



GİRİŞ

Yaşamın bir parçası olarak görülen ve kişinin yaşantısında farklı bir durumla birleşen stres kavramı doğal bir süreç olarak görülmektedir. Stres kaynaklarının evrensel kapsamda savaş, salgın, depresyon, yaralanmalar, hastalıklar ve yakın birinin ölümü gibi olaylar olarak belirlendiği bilinmektedir (Yöndem, 2006). Bireylerin sağlık endişeleri beklenmedik olay ve yaşantılar sonucunda meydana gelebilmektedir. Kişinin dış tehditler karşısında tedbirli davranmasına zemin oluşturan endişe normal olarak kabul görmektedir (Suadiye ve Aydın, 2009). Sağlık anksiyetesi kişinin fiziksel iyilik hali, hayatın devamı için ve beden bütünlüğünün sağlanması gibi durumlardan ötürü kişinin kaygı duyması ve sağlığı odak noktasına yerleştirmesi olarak tanımlanmaktadır. Ancak kişinin kariyerinin, sosyal yaşantısının ve ailesi ile olan ilişkisinin zedelenmesi gibi sebepler de normal düzeydeki kaygıyı patolojik hale getirebilmektedir (Stahl, 2013). Bilinçli farkındalık şu anı yaşamak mottosu ile ifade edilmektedir. Bireylerin etraflarından olan biteni fark etmesi, geçmiş ya da gelecekteki durumlardan etkilenmekten ziyade şu anda olan biten ile ilgilenmesi, yaşanan durum ve olayları sorgulamak yerine kabul etmesi olarak ifade edilmektedir. Bilinçli farkındalık negatif, pozitif ve nötr duygular ile beraber yaşamaya fırsat oluşturmaktadır. Bu şekilde içinde olunan zamanın gerçeklerini kabul görmeye ve farkındalık geliştirmeye olanak sağlanır. Yapılan araştırmalar incelendiğinde stres, depresyon ve anksiyete belirtileri düşük düzeyde olan bireylerin günlük yaşantısında faaliyetleri esnasında farkındalık düzeylerinin yüksek olduğunu görülmektedir (Cash ve Whittingham, 2010). İncelenen başka bir araştırmada günlük faaliyetlerini gerçekleştiren kişilerden farkındalık seviyeleri normalin üstünde olanların anksiyete, depresyon ve stres seviyelerinin daha az olduğu saptanmıştır. Bilinçli farkındalığın meditasyon teknikleri bireyin stres etmenleri ile mücadele etmesinde ve başa çıkmasında yardımcı işlev görmektedir. Bilinçli farkındalığın bu durumlar ile başa çıkmaya olanak sağlayan davranışsal ve kognitif esneklik, duygu, öz kontrol, düşünce gibi becerilerinin olduğu bilinmektedir. Bilinçli farkındalık ile birlikte stres yaratabilecek bir etmeden kaynaklanan uyarının farkına varılır, uyarı sadece olduğu gibi algılanır ve denge durumuna daha kolay adapte olunur (Hayes & Feldman, 2004). Bu kapsamda yapılacak olan çalışmada bilinçli farkındalığın algılanan stres ve sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisi araştırılacaktır. Bunun yanında cinsiyet gibi demografik

faktörlerle bilinçli farkındalık, algılanan stres ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişki incelenecektir.



BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN GENEL ESASLARI

1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Bilinçli farkındalık düzeyinin algılanan stres ve sağlık anksiyetesi üzerinde etkili bir faktör olduğu düşünülmektedir. Türkçe literatür çalışmalarının bu konuda kısıtlı olması sebebiyle üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık düzeyinin algılanan stres ve sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisini incelemek tezin temel problemini oluşturmaktadır. Bu temel problem ile ilgili alt araştırma problemleri aşağıda yer almaktadır.

ANA PROBLEMLER

1. Bilinçli farkındalık düzeyi ile üniversite öğrencilerinde algılanan stres düzeyi arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
2. Sağlık anksiyetesi ile bilinçli farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
3. Algılanan stres düzeyi ile Sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

ALT PROBLEMLER

4. Bilinçli farkındalık düzeyi, cinsiyet değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
5. Bilinçli farkındalık düzeyi, gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
6. Bilinçli Farkındalık ile günlük internet kullanımı arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
7. Sağlık anksiyetesi cinsiyet değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
8. Sağlık anksiyetesi düzeyi, gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
9. Sağlık anksiyetesi ile günlük internet kullanımı arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
10. Algılanan stres düzeyi, cinsiyet değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?

11. Algılanan stres düzeyi, gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
12. Algılanan stres düzeyi ile günlük internet kullanımı arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Ana hipotezler

1. Bilinçli farkındalık düzeyi ile üniversite öğrencilerinde algılanan stres arasında anlamlı bir farklılık vardır.
2. Sağlık anksiyetesi ile bilinçli farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir farklılık vardır.
3. Algılanan stres düzeyi ile Sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Alt hipotezler

4. Bilinçli farkındalık düzeyi, cinsiyet değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır.
5. Bilinçli farkındalık düzeyi, gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır.
6. Bilinçli farkındalık düzeyi günlük internet kullanımını değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır.
7. Sağlık anksiyetesi cinsiyet değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır.
8. Sağlık anksiyetesi ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir farklılık vardır.
9. Sağlık anksiyetesi ile günlük internet kullanımını arasında anlamlı bir farklılık vardır.
10. Algılanan stres düzeyi, cinsiyet değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır.
11. Algılanan stres düzeyi, gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır.
12. Algılanan stres düzeyi ile günlük internet kullanımını arasında anlamlı bir farklılık vardır.

1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık düzeyinin algılanan stres ve sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisini incelemektir.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Algılanan stres ve sağlık kaygısı düzeyleri algılanan stresörlere göre farklılık gösterdiği gibi, verilen tepkinin şiddeti de algılanan strese göre değişiklik göstermektedir. Bu bağlamda stres ile başa çıkmada ve sağlık anksiyetesi düzeyini azaltmada etkili olan faktörlerden birinin de bilinçli farkındalık düzeyi olması muhtemeldir. Bu etkiyi incelemek amacıyla ve Türkçe literatürde bilinçli farkındalık ile sağlık anksiyetesi ve algılanan stres ilişkisini ele alan araŐtırmaların kısıtlı olması nedeniyle üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık düzeyinin algılanan stres ve sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisini incelemesinin yararlı olacağı düşünülmektedir. AraŐtırmamız, mevcut literatüre bilgi ekleyerek konuyla ilgili daha sonraki çalıŐmalara kaynak sağlaması bakımından önem taşımaktadır. Ayrıca araştırma sonuçlarının alanda çalışan uzmanlara rehberlik edeceği düşünülmektedir.

1.5. ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI

AraŐtırmamızın varsayımları;

1. Araştırmaya katılacak kişilerin soruları içtenlikle cevaplayacakları varsayılmaktadır.
2. Araştırmamızda kullanılan ölçeklerin ilgili değişkenleri geçerli ve güvenilir olarak ölçtüğü varsayılmaktadır.

1.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

1. Bu araştırmanın evreni İstanbul ilinde yaşayan İstanbul Gelişim Üniversitesi ve İstanbul Haliç Üniversitesinde öğrenim gören üniversite öğrencileri ile sınırlıdır.
2. Araştırmada toplanan veriler, Sosyodemografik Formu, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği Ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile sınırlıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Bilinçli Farkındalık

Bilinçli farkındalık kişinin iç ve dış etkenlere karşı duygu, düşünce, faaliyet, çevre konularındaki farkındalıktan meydana gelen zihinsel durumun psikolojik kavramı olarak ifade edilmektedir (Çıkrıkçı, 2016). Bilinçli farkındalık kavramı temel noktayı düzene sokarak dikkat ve sağlam yön belirleme olarak ifade edilmektedir (Özyeşil, Öz- Anlayış ve bilinçli farkındalık, 2011), (Guerra, ve diğerleri, 2019). Aynı zamanda dikkatin o an ki durumlara yargısız odaklanılmasını ve içsel tecrübelerin deneyimlenmesini kapsayan zihne ve bedene bağlı uygulama olarak da tanımlanmaktadır (Demir, 2015). Bilinçli farkındalık kişinin bir duruma odaklanıp, olumlu yanlarının farkına varmasına ve olumsuz durumları kontrol altına almasına olanak sağlamaktadır (Crane, Brewer, Kabat-Zinn, ve Santorelli, 2017). Bilinçli farkındalık odaklı model ve teknikler stres, anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı ve yeme bozuklukları gibi birçok ruhsal rahatsızlıkları tedavi etmek için kullanılmaktadır. Bilinçli farkındalık ile kişi duygularına ve bedenine dair bilinçlenerek yeni bakış açısı oluşturabilmektedir (Önder & Utkan, 2018). Yüksek seviyede bilinç farkındalığının varlığı bedensel ve ruhsal sağlık durumu ve sosyal ilişkilerin sağlam olmasına olanak sağlamaktadır (Azak, 2018).

Bilinçli farkındalık kavramı, kişinin dikkatini olaya önyargısız biçimde odaklayabilmesini içermektedir. Nyanaponika Thera bilinçli farkındalığı zihnin başlangıcı ve temel anahtarı olarak tanımlanmıştır. Thera'ya göre zihin şekillenebilen araç olarak görülmektedir. Nyanaponika Thera bilinçli farkındalığı zihnin doruk çizgisi, özgürlüğü olarak ifade etmektedir (Nyanaponika, 2005). Bilinçli farkındalık aynı zamanda meydana geldikçe süreçgenlik sağlar ve uyaranlara karşı yargı içermeyen gözlemi içermektedir. Farkındalık, şu an var olanı bilmektir. Bireyler nadir zamanlarda farkında olabilmektedirler. Sıklıkla dikkati dağıtan duygu, düşünce veya var olanı içeren duygu ve düşünceye bağlanmak, farkındalığın oluşumunu engellemektedir (Germer, Siegel ve Fulton, 2005).

Bilinçli farkındalık birtakım süreçleri kapsamaktadır. Bu süreçlerden bazıları şu şekildedir; (Brown ve Ryan, 2003).

Acele hareket etme

Bir uğraşla meşgul olurken dalgınlık gösterip kırmak ya da dökmek

Fiziksel rahatsızlık ya da gerginliğin farkında olmamak

Bir bireyin adını hemen unutma

Gelecek zamanlar ya da geçmiş zamanla ilgilenmek

Yemek yeme faaliyetinde ne yediğinin farkına varmamak

Kabatt- Zinn'in bilinçli farkındalığa karşı ortaya koydukları 7 tutum şu şekildedir; (Kabat-Zinn, 2009).

1. Yargılayıcı olmama: Bilinçli farkındalık, tecrübeler karşısında yargısız hareket etmekten doğmaktadır. Bu durumu kişinin deneyim ve tecrübeleri yargılamak ve tepki verme durumlarını göz önüne getirmektedir. Kişi karşılaştığı durumları iyi, kötü ya da nötr olarak gruplamaktadır. Karşılaştığı durum karşısında iyi bir duygu hissedince iyi, kötü bir duygu hissedince kötü, herhangi bir duygu durumu hissetmediklerinde ise o durumu nötr olarak yargılamaktadır. Bu durum zihni meşgul ederek farkındalığın gerçekleşmesine engel olmaktadır. Bu yargıların açığa çıkması farkındalığı arttırmaktadır.

2. Sabır: Sabır her durumun bir zamanı olduğu kabullenmek olarak ifade edilmektedir. Zamanı gelmeden uğraşmak faydadan ziyade zarar getirmektedir. Bilinçli farkındalık eğitimlerinde bedene ve zihne karşı sabır ön planda tutulmaktadır. Kişi olumlu veya olumsuz olarak deneyimlediği duyguları hızlı davrandığında değiştirememektedir. Bu nedenle sabır ile duygu yaşanmalıdır.

3. Başlangıç ruhu: Kişinin bildiklerinin düşünce, duygu ve davranışlarını değiştirmemesi için her eylemi ilk kez başlıyormuş gibi yapması olarak tanımlanmaktadır. Bireyin bildiklerine bağlı kalmadan gördüğü bütün nesnelere yeni görüyormuş gibi bakması olarak da ifade edilir. Hiçbir zamanın diğeri ile aynı olmadığını düşünerek yeni fırsatlara açık olması durumdur.

4. Şefkat: Bireyin kendine ve hislerine güvenmesi ile ortaya çıkan durumdur. Bu davranış diğer insanları taklit etmeden, bireyin içgüdü ve duygularına güvenmesini, kendi olabilmesini kapsamaktadır.

5. Şimdiki Anda Yaşama: Birey bir amaç doğrultusunda çaba göstermektedir. Bunu gerçekleştirirken kişinin kendi olması ve anda kalabilmesi, içinde bulunduğu anı yaşayabilmesi önemli görülmektedir. Amaca ulaşabilmenin en olumlu yönü şu anda kalmaktır.

6. Kabul: Birey her durumu, her olayı veya kişileri, nesnelere sevmek zorunda değildir fakat değiştirmek ve farklılaştırmak istediği durumlar için kabullenmelidir. Olumsuz durum ve duygulardan ziyade kişi olumlu olanlara odaklanmalıdır. Her duygunun varlığını bilmeli ve olumsuz olanı da kabul görmelidir. Eyleme geçmek için kabul etmek gerekmektedir.

7. Akışına bırakmak: Dikkatin içsel deneyimlere yönlendirilmesi ile zihnin ele almak istediği duygu ve düşüncelerin ortaya çıktığı görülmektedir. Olumlu ve huzur veren durumlar kişi tarafından yüceltilirken, acı veren olumsuz durumlardan kaçınılmaya çalışılmaktadır. Bilinçli farkındalık egzersizleri ile yoğun duygular bırakılır ve gözlem yapılır. Bu durum kişi tarafında yapılamıyorsa dikkatin bu duygu ve düşüncelere bağlı kalmasının durumu anlaşılmalı çalışılır. Bu şekilde kişi akışına bırakmadığı düşüncelerin etkisini ve ne olduğunu görmeye çalışılmaktadır.

2.1.1. Bilinçli Farkındalığın İşlevi

Dış çevrede var olan uyarıcıyı algılayarak zihinde anlamlandırmanın gerçekleştirilmesi bilinçli farkındalık işlevi olarak ifade edilmektedir. Bu gerçekleşen işlev uyarının varlığını, ne olduğunu ve değerini betimleme ile oluşmaktadır. Bireyin yeni olaylara uyum göstermesi ve nesneyi var olduğu şekli ile algılaması öğrenme işlevi ve uyum işlevi olarak tanımlanmaktadır. Karar ve yürütme işlevi ise hedef kapsamında bilgi toplanması olarak ifade edilmektedir. İnsanın var olan bilinci dış çevrede gerçekleşen olayı ya da nesneyi gördüğünde durumun nitelendirilmesini sağlamaktadır. Fiziksel ve zihinsel işlev ise bu gerçekleşen süreçlerin kontrol altına alınmasını ifade etmektedir (Hökelekli, 2013).

Bilinçli farkındalık durumunda birey mutlu ve huzurlu olmaktadır. Zihni algılamak ve düşünceleri sakinleştirmek duygu ve algının farkındalığı ile gerçekleşmektedir. Kişi zihin ve zihnin gözlemcisi olarak görülmektedir. Var olan düşünce üstünde odaklanmak ya da düşünmemek önemli görülmemektedir. Gözlem zihnin nesnel hali değildir. Zihin kendini gözlemlemektedir (Hanh, 1987).

Bilinçli farkındalık zor durumların acısını aza indirmek adına yıllarca kullanılan tecrübe ile ilişki kurabilme durumu olarak ifade edilmektedir. Şu anki durumlar karşısında bireyin az tepki göstermesini sağlamaktadır. Olumlu, olumsuz ya da yansız olarak tecrübeler ile ilişki kurmanın, iyi oluş düzeyini arttırmanın bir yöntemi olarak görülmektedir. Bilincin farkında olunması kişinin var olan olayları algılamasını ve uyanık olmasını ifade etmektedir. Bireyler nadiren bilinçli olarak farkında olmaktadır. Sıklıkla bireylerin olaylar esnasında dikkatleri dağılmaktadır. Kişiler bu durumu bilinçdışı olarak gerçekleştirmektedir. Bilinçsizliğin işleri hızlı gerçekleştirme, gelecek ve geçmiş ile uğraşma, dikkatsizlik ile dökme, kırma, sorunun farkına varamama, fiziksel gerilim, farkında olmadan beslenme gibi özellikleri bulunmaktadır (Germer C. , 2004).

2.1.2. Bilinçli Farkındalığın Temel Stratejileri

Bilinçli farkındalıkta iki strateji bulunmaktadır. İlk strateji de şimdiki zaman önemli görülmektedir. Şu ana odaklanmak, dikkati bir düşünceye, bedensel semptomaya ya da bir duruma odaklama ve dikkatin bu uyarılar üstüne toplanması olarak ifade edilmektedir. Diğer bir tanım ile bilinçli farkındalık anda kalmak, dikkati geçmiş zamandan şimdiki zamana odaklama ve dikkatin dağılmasını engelleme olarak tanımlanmaktadır. İkinci bilinçli farkındalık stratejisi ise yargısızlıktır. Yargılar ile yapılan değerlendirmeler otomatik olarak işlemektedir. Bir durumu tecrübe ettiğimizde zihin bu deneyimi diğer tecrübe ve beklentilerle kıyasladığı gibi diğer taraftan da duygu, düşünceleri analiz etmektedir. Kişi bu deneyimler sonucunda durum hakkında olumlu, olumsuz çıkarımda bulunabilmektedir. Deneyim sonucu olumlu olarak algılandı ise birey bu deneyimi elinde tutmaya çalışmaktadır. Tam tersi olarak deneyim olumsuz algılandı ise birey bu deneyimden kaçınmaktadır. Yargısızlık, deneyimleri kabul etmeme olarak ifade edilmektedir. Diğer kavramlar ele alındığında gözlem bireyin kendisini ve dış çevreyi algılamaya çalışması olarak ifade edilmektedir. Birey gözlemlerken kendini ve dış çevreyi analiz etmektedir. Bilişsel ayrışma ise duygu ve düşünceyi birbirinden ayırarak düşünceyi düşünce duyguyu ise duygu olarak algılamayı ifade etmektedir. Birey düşüncelerine bağımlı kaldığında ya da bastırmaya çalıştığında bu düşünceler zamanla kişinin gerçekliği olarak ortaya çıkmaktadır. Farkındalık kavramı ise tecrübelerle tepki göstermek yerine tecrübeleri yanıtlama yetisi olarak ifade edilmektedir. Yanıtların geniş ve serbest olması bireyin başa çıkma becerisinin yüksek olduğu göstermektedir (Ögel, 2012).

2.1.3. Bilinçli Farkındalığın Kuramsal Temeli

2.1.3.1. Bilişsel-Davranışçı Terapi Yaklaşımı

Farkındalık odaklı modellerde duygu düzenleme, dikkat, üst biliş, maruz bırakma gibi yöntemler bilişsel davranışçı modelinde kullanılmaktadır. Farkındalık modelleri davranışçı terapilerin üçüncü dalgası olarak tanımlanmaktadır. Bilinçli farkındalık ile bilişsel davranışçı terapi arasında birtakım ortak yönler bulunmaktadır. Duyum, düşünce, dikkat eğitimi, duyguları açığa çıkarma, kaçınmacı davranışları aza indirme duyarsızlaştırma ile sonuçlanmaktadır. Bilişsel değişimler bireyin düşüncelerini gözlemesi ardından meydana gelmektedir. Değer ve anlam kavramları bu işlemde bağımsız tutulmaktadır. Bilişsel davranışçı terapiden ayrılan yanları ise düşüncelerin çarpıtılmış ya da rasyonel algılanmasıdır. Bu durum yerine bireylerden düşüncelerini izlemeleri, değerlendirmekten kaçmaları öğretilmektedir. Önemli görülen diğer bir özellik ise bilişsel-davranışçı modelde düşünce ya da davranışta farklılaşma meydana getirmek için bir hedef yer almaktadır. Literatür çalışmalarında bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi kavramı kullanılmaktadır (Çatak & Devrim, 2010).

2.1.3.2. Psikoanalitik Terapi Yaklaşımı

Jung zamanından bu yana psikodinamik kuramcılar Budist psikoloji ile ilgilenmişlerdir. Budist ve psikodinamik gruplar zihnin örtük alanına yönelmişlerdir. Özgür olmanın zihnin saf, iç gözlem gerektiren yöntemden ortaya çıkacağını ortaya koymaktadırlar (Johanson, 2006). Psikodinamik yaklaşıma göre bireyin kendisi ve diğer insanlar hakkında düşünme becerisi bilinçli farkındalık yetisi olarak ifade edilmektedir (Özyeşil, 2011).

Bilinçli farkındalık eğitimleri ve psikodinamik kuramcılar iç gözlemde yola çıkarak farkındalık ve kabulün gerçekleşeceğine ve bilinçdışı süreçlerin önemine dikkat etmektedirler (Fulton ve Siegel, 2005).

2.1.3.3. Geştalt Terapi Yaklaşımı

Geştalt modelinde şu anı düşünerek yaşamak, hedonizm veya davranışın sonucunu düşünmemek olarak ifade edilen şimdiki zaman diliminde yaşam kavramının farklılığını ortaya koymaktadır. Şimdiki zaman yaklaşımını savunan diğer modeller nesnel veya deneyimsel doğruların iletişimi ile isteksizliği ifade ederken,

bilinçli farkındalık uygulamaları şimdi olanın tamamını bilinçli yapmayı tanımlamaktadırlar (Brown & Vansteenkiste, 2006).

2.1.3.4. Varoluşçu Yaklaşım

Varoluşçu yaklaşıma göre birey yaşamı gereği anlam arayışı içerisinde. Yalom'a göre yaşamın gerçeği anlamsızlık olarak ifade edilmektedir (Yalom, 2016). Birey anlamsız olaylar karşısında kaygı ya da çatışma yaşamaktadır. Ölümün bilincinde olan birey bilincin içerdiği her olgunun sonu olduğu düşüncesi ile bütüncül bir yaklaşım sergilemektedir. Bu şekilde kişi sonu olan her olayı anlamlı ve güzel yaşama gayretine girmektedir. Ölümün farkındalığı bireyi hayatını anlamlı bir şekilde yaşamasına iterken yaşam doyumunu da arttırmaktadır. Kişinin ölüm korkusu da yaşamı daha anlamlı yaşamaya yönlendirmektedir (Demir, 2014).

2.1.3.5. Hümanistik Psikoloji Yaklaşımı

Hümanist yaklaşım ile Bilinçli farkındalık arasında pek çok ortak yön bulunmaktadır (Schneider & Leitner, 2002). Rogers kişinin var olan kapasitesini kullanmasını farkındalıklarını özgürleştirmeleri ve serbest bırakmaları ile bağdaştırmaktadır. Budist yaklaşımda olduğu gibi bu yaklaşımda da kişinin var olan kapasitesini işlevsel ve sağlıklı kullanması gerektiği önemsenmektedir. Kişinin hayatın bilincinde olması, bireyin vermiş olduğu kararlarda sorumluluk almasına ve kaygısını örtmesine olanak sağlamaktadır (Shahrokh ve Hales, 2003).

Hümanist yaklaşımıcılar semptomlara odaklanmaktan ziyade, farkındalık ve kabul sonrası gerçekleşen değişime odaklanmaktadırlar. Rogers kişinin duygu ve düşüncelerinin başkaları tarafından eleştirilme korkusu yaşamadan özgüven ile keşfetmesini önemli görmektedir (Dryden ve Still, 2006).

2.2. Stres Kavramı

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

Stres terimi 14. Yüzyıllarda sıkıntı ve zorluk anlamında ifade edilmiştir. Teknik olarak incelendiğinde ise Hook'un araştırmaları ile bu kavramın anlam kazandığı

görülmüştür. Hook stres kavramını fiziksel ağırlığın etki ettiği alan ile bağdaştırmıştır. Bu ifadeye yer alan fizik kavramı diğer alanlar ile değişmiş olsa bile 20. Yüzyılda sosyoloji, fizyoloji ve psikoloji stres teorilerini ciddi anlamda etkilemiştir. Modern yaşantıda varlığını taşıyan stres kavramı psikolojik, biyolojik ve sosyal sistemin dış çevre tarafından gelen zorluk ve yükler ile gerginliğin meydana gelmesi olarak tanımlanmaktadır (Lazarus, From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks, 1993).

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

Kişilerin yaşamları boyunca şahit oldukları ve yaşadıkları stres kavramı kişiyi huzursuzluğa sürüklemektedir. Stres gündelik yaşantıda sıklıkla kullanılan bir terim olarak gündeme gelmiştir. Bu kavram üstünde durulan bir terim niteliği taşımaktadır. Stres her bireyi etkileyen psikolojik bir sorundur. Stres kavramı kişinin motivasyonunu olumsuz etkileyen bir durum olmakla birlikte kişiler üstünde fiziksel belirtileri olabilmektedir. Stresin düzeyleri bireyden bireye farklılık göstermektedir. Her bireyin etkilenme durumu ve düzeyi değişiklik göstermektedir. Stres kavramından söz ederken üç teoriden bahsedilmektedir. İlk teoriye göre çevre kavramı ön plandadır. Ve stres kavramında ön uyarıcı olarak görülmektedir. İkinci teoride ise stres kavramı tepki niteliğinde görülmektedir. Bu teoride kişinin uyarıcılara ne ölçüde tepki verdikleri incelenmektedir. Son olarak üçüncü yaklaşım ise kişi ve çevre ilişkilerine verilen tepki ve uyarıcılar bağlamında bütüncül olarak ele alınmaktadır (Baltaş & Baltaş, 2018).

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

Stres kişiye özgü bir kavram olarak bilinmektedir. Ortaya çıkan bir durum bazı bireyler tarafından hoş karşılanırken bazı bireyler tarafından hoş karşılanmamaktadır. Lawson'a göre stres kavramı hazırlıksız olma, kararda güçlük ve moral ile bağdaştırılmıştır (Savery, 1986).

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

Stres bedensel ve ruhsal durumların zorlanması ile meydana gelmektedir. Zorlanma ve tehdit durumlarında birey kendini korumak için tepki ortaya koymaktadır. Kişi tehlike durumunda başa çıkamayacağını düşündüğü noktada uzaklaşma gerçekleştirmekte, başa çıkabileceğini düşündüğünde ise çaba göstermekte ve uyum sağlamaya çalışmaktadır. Kişilerin gündelik yaşantısının çoğu kısmını stres durumları oluşturmaktadır. İş kaybı, ölüm, boşanma, ayrılık, otobüs kaçırma gibi birçok olay bu durumlara örnek olarak verilebilmektedir (Aldwin, 2007).

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

2.2.2. Stres ve Algılanan Stres

Stresin uzun yıllar boyunca tanınması ve yaşantıda kullanılması araştırmacıların ortak bir tanımda bulunmaları için yeterli olmamıştır (Baltaş & Baltaş, 2018). Literatür çalışmaları incelendiğinde stres kavramının 2 boyutunun varlığından bahsedilmektedir. Stres durumu bir durum karşısında kişinin bu durum ile başa çıkması ya da çıkamamasını düşünmesine göre değerlendirilmektedir. İşten çıkma, sağlık sorunları ve doğal afetlerin kişi için stres oluşturup oluşturmadığına dair yapılan

araştırma sonuçları, stres durumu karşısında bireyin göstermiş olduğu tepkinin ön planda olduğunu ortaya koymaktadır. Kişinin ortaya çıkan durum karşısındaki vermiş olduğu tepki literatürde psikolojik stres kavramı ile yer almaktadır. Psikolojik stres kavramı kişinin yaşadığı durumlar karşısında iyi olma durumuna karşı, tehlike ya da kişinin baş etme yetilerini engelleyen ya da zorlayan bir durum olarak ifade edilmesinden sonra ortaya çıkmaktadır (Lazarus & Folkman, 1984).

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

Kişinin stres durumu ile karşı karşıya geldiği zamandan itibaren bedeninin vermiş olduğu tepkilerin kişiye özgü olduğu bilinmektedir. Bu sebeple evrensel kapsamda stres sebepleri ortaya koyulabilirken bu faktörlere verilen tepki seviyesi ve tepki sonrasında ortaya çıkan diğer çıktılar da kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir (Ellis, Jackson ve Boyce, 2006). Bu aşamada kişinin algılamış olduğu stresten ve algılanan stresin kişide ortaya çıkardığı farklılıkların kişiye aitliğinden söz etmek gerekmektedir. Algılanan stres kavramı kişinin stresli durum sonrasında vermiş olduğu tepki olarak ifade edilmektedir (Cohen, Kamarck ve Mermelstein, 1983). Kişi için travma etkisi yaratan bir durum, kişinin travma durumu sonrasında vereceği tepkileri tetiklerken, bu durum diğer bir kişide aynı etkiyi göstermeyebilmektedir. Bu sebeple olayı travma olarak algılamayan bireyin göstereceği tepkilerin, travma etkisi yaratan bireyin tepkilerine oranla daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Bu

noktada kişilerin aynı duruma değişik tepki göstermeleri stresi algılama seviyesinden kaynaklanmaktadır (Semmer, 1996).

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

2.2.3. Stresin Aşamaları

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

Alarm Aşaması

Stres tepkilerin sebep olduğu süreç olarak ifade edilmektedir. Her kişinin stres karşısındaki savunma gücünün bir sınırı bulunmaktadır. Strese sebep olan durumlarda stres etmenlerinin seviyesi ve yoğunluk derecesi artış gösterdikçe kişinin stres durumuna karşı gösterdiği direnç normal sınır düzeyinden çıkıp anormal semptomlar göstermeye başlamaktadır. Kişi stres durumu ile karşılaştığında bedeni durumla savaşıma veya kaçma tepkisi göstermektedir. Stres durumu devam ettiğinde ise kişide fiziksel belirtiler kendini göstermeye başlamaktadır. Ortaya çıkan fiziksel belirtilerin düzeyi kişinin karşılaştığı duruma göre farklılık göstermektedir. Kalp ritim bozukluğu, nefeste düzensizlik, titreme gibi semptomlar örnek olarak verilebilmektedir (E., 2007) (Güçlü, 2001).

Direnme Aşaması

Alarm aşamasından sonra kişinin stres karşısında durup başa çıkmaya çalışması ya da vazgeçmesi bu aşamayı ifade etmektedir. Kişi bu aşamadan stres durumu var olmasına rağmen yaşamına uyum göstererek devam etmektedir. Kişinin davranış ve hareketleri stres içinde gerçekleşmektedir. Kişinin direnç düzeyi normal düzeyin üstünde olduğundan diğer stres değişkenlerine direnci düşük olmaktadır. Burada önemli olan strese uygun hareket edebilmektir. Bu durum sonrasında kişi stres sonrasında yaşadığı zor durumu telafi edebilmeye başlamaktadır.

Tükenme Aşaması

Kişi stres durumlarına uyum göstermek veya olumsuz etkileri aza indirmek yerine, arttırdığı için stres durumunun olumsuz etkileri devam etmektedir. Uzun süre devam eden olumsuz belirtiler sonrasında kişi değişim göstermeye başlamaktadır. Stresle baş edemeyen birey depresif moda geçmektedir. Bu bireylerin yapabilecekleri durumlara karşı umutları yok olmaktadır. Ve umutsuzluk sonrasında özgüven seviyelerinde düşüş meydana gelmektedir. Karamsarlaşan bireylerin motivasyonlarında da azalmalar olmaktadır. Kişi zaman geçtikçe yıpranmakta ve bu olumsuzlukların sonucunda bedensel olarak da olumsuzluklar ortaya çıkmaktadır. Tükenmişlik aşaması kişinin tükenmiş olduğunu ve stresin yaşamları üzerinde olumsuz etki gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu semptomların gerçekleşmesi kişinin stres durumunun sıklığına, yoğunluğuna ve kişinin uyum seviyesine göre belirlenmektedir. Kişinin stresle nasıl başa çıktığı bedensel ve ruhsal sağlığı açısından büyük önem arz etmektedir (Güçlü, 2001).

2.2.4. Stresin Belirtileri

Stres sonrasında bireyin bedeninde birçok belirti gerçekleşmektedir. Bu belirtiler hızlı şekilde kendini göstermektedir. Birey stres durumu yaşadığında kişinin kalp atışı hızlanmakta, solunumda artış meydana gelmekte, hipofiz ve tiroit bezleri aktifleşmekte, ter artış göstermekte, anüs ve mesane gevşemekte, böbrekler yavaşlamakta, tükürük ya da gözyaşı azalmakta, bağırsaklar yavaşlamakta, kan damarlarında artış meydana gelmektedir. Stresin varlığı ortaya çıkan semptomlar sonucunda anlaşılmaktadır. Bu semptomlar stresin hızına göre farklılık göstermektedir. Stres değişkeninin bireyden bireye farklılık göstermesi ile birlikte bireylerde aynı etkilerinin var olduğu bilinmektedir. Pek çok birey stresin

semptomlarının varlığını anlayabilmekte ve karşı çıkabilmektedir (Konak, 2005). Sıklıkla stres semptomları iç içe oldukları için karmaşık görülmektedir. Stresin birtakım semptomları bulunmaktadır. Endişe, gerginlik, korku, alkol ve sigara kullanım artışı, uyku sorunu, uyumsuz hareketler, dengesiz tutumlar, yetersizlik, tansiyon yükselmesi, fizyolojik rahatsızlıklar gibi semptomlar stres kavramının temel semptomları olarak görülmektedir (Davis K. , 1984), (Aydın B. , 2005).

Lazarus pek çok bireyin stres yaşadığını ve bunun sonucunda olumsuz duyguların ortaya çıktığını savunmaktadır. Strese neden olan faktörler ile bazı duygular arasında direk olarak bağlantı yer almadığı bilinmektedir. Fakat strese verilen hisler fark edilebilmektedir. Stres yaratan durumlar kişilerde birçok olumsuzluğa sebep olmaktadır. Fakat bazı duygular diğer duygulara göre daha çok yaşanmaktadır. Lazarus olumsuz duyguları moralsizlik, üzüntü, korku, sinir, rahatsızlık, keder, endişe, öfke olarak ifade etmiştir. Fakat bu duyguların kapsamlı olmadığı bilinmektedir. Lazarus'a göre nefret, çekememe, suçluluk, kıskançlık ve utançlık duyguları stres ile birlikte açığa çıkabilmektedir (Lazarus, 2006).

Stres kavramı düzeyine göre kişilerde farklılık göstermektedir. Bu anlamda 3 grup belirti kümesi yer almaktadır. Bunlar fiziksel (tansiyon artışı, sindirim sorunu, nefes darlığı, bel ağrısı, terleme, yorgunluk, mide bulantısı, alerji vb.), davranışsal (sürekli uyuma, uyku sorunu, aşırı yeme bozukluğu, alkol ya da sigara kullanımı, iştahsızlık vb.) ve psikolojik belirtiler (geçim sorunu, işten kaçma, sorumluluk almama, endişe, gerginlik, telaş duygusu ve yetersizlik hissi vb.) olarak karşımıza çıkmaktadır (Aydın B., 2005).

2.2.5. Strese Neden Olan Etmenler

Stres kavramının sebepleri üç grupta ele alınmaktadır; (Yaylacı, 2005).

1. Bireysel Faktörler

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

2. Çevresel Faktörler

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

3. Örgütsel Faktörler:

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

2.2.6. Stresle Başa Çıkma

Tavlı stresle başa çıkmayı kişinin stresle karşı karşıya geldiği durumlarda ortaya çıkan gerilimden kurtarmak adına stresin gösterdiği tutumları bütün olarak algılamak olarak ifade etmektedir (Tavlı, 2016). Kişinin stres belirtilerinin neden olduğu durumlar karşısında direnç göstermesi olarak da tanımlanmaktadır. Stres durumunda kişinin başa çıkma mekanizmaları pek çok faktöre göre değişim göstermektedir. Kişinin var olduğu toplum ve toplumun kültür, yaş, cinsiyet gibi değişkenleri bu noktada belirleyici olabilmektedir. Stres ile baş edebilme son zamanlarda kişinin sağlığını önemli ölçüde etkilediği için araştırmacıların ilgilendiği bir konu haline almıştır. Stresle başa çıkma kişinin sorunlar karşısında ürettiği çözüm yolları olarak tanımlanmaktadır. Stres ile başa çıkma kişinin gerilim durumunda etkili ve uygun olarak çözüm yöntemi bilmesi olarak ifade edilmektedir. Kişinin içerisinde yaşadığı şartların yönetilmesi, ilişkilerde uzlaşmaya varılması, problem karşısında çaba göstermesi stresle başa çıkmada önemli görülmektedir. Kişi stresini doğru ve uygun olarak yönetebildiğinde yaşam kalitesi sağlıklı ve olumlu olmaktadır. Kişi başa çıkma stratejilerini deneyerek ve yaşayarak bulabilmektedir. Stresle baş etme noktasında iki temel yaklaşımdan bahsedilmektedir. Sorun odaklı baş etme, strese neden olan değişimlere odaklanan bir yaklaşım şeklidir. Sorun odaklı başa çıkma yaklaşımında kişi strese sebep olan durumlara odaklanmaktadır. Bu yaklaşımın stresle baş etme yönteminde başarılı olduğu görülmektedir. Duygu odaklı başa çıkma yönteminde ise strese neden olan etmenler üstünde durmak yerine stresin neden olduğu duygu ve düşüncelerin değişimi üzerinde odaklanmak yer almaktadır. Duygu odaklı başa

çıkma da kişi stresi algılamayı farklılaştırdığında stresle baş etmesi kolaylaşmaktadır. Kişiler kendilerini strese sokan durumlara karşı bakışlarını farklılaştırarak başa çıkmaya çalışmaktadırlar. Bu iki başa çıkma yöntemi incelendiğinde sorun odaklı başa çıkma yönteminin stresle başa çıkma da daha fazla faydalı olduğu görölmektedir (Özel ve Karabulut, 2018).

Stres kavramı ile başa çıkma da kısa amaç, orta amaç ve uzun amaçlar yer almaktadır. Bu amaçlar şu şekildedir; (Aydın İ. , 2016).

Kısa Amaçlar:

Stres kavramının temel sebebini öğrenme

Stres ile başa çıkma için kural ve teknik öğrenme

Orta Amaçlar:

Zararlı stres kaynaklarını bilme

Stresin uyarıcılarını öğrenme

Etkili yaşam tarzı oluşturma

Olumlu olan stres kaynaklarının farkına varma

Duygusal stres tepkilerini ve bedensel stres tepkilerinin kontrolünü sağlayabilme

Hayatın gidişatını düzene sokma

Gerekli ortamlarda stresi aktifleştirebilme

Uzun Amaçlar:

Huzura yüksek seviyede sahip olma

Yaşamı sağlıklı ve düzenli yapma

Yaşam doyumunu yükseltme

Yetenekleri geliştirme

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

Doğrudan Başa Çıkma

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

Savunucu Başa Çıkma

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

2.3. Sağlık Anksiyetesi

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

Fiziksel olarak iyi olma hali önemli olarak görüldüğü için pek çok birey sağlığını kaybetme konusunda kaygı yaşayabilmektedirler (Looper & Kirmayer, 2001). Ciddi bir rahatsızlığı olan ya da risk taşıyan bireylerden sıklıkla bedensel semptomlarının takibi istenmektedir. Bu durumlar dışında patolojinin olmaması, bedensel semptomlarının abartılı ve yanlış algılanması sağlık anksiyetesi olarak ifade edilmektedir (Johanson, 2006), (Owens, Asmundson, Hadjistavropoulos, & Owens, 2004).

Sağlık kaygısı kavramı, ortada bir hastalık durumu yokken, ciddi bir rahatsızlık varmış hissiyatının ve korkusunun olmasını içerir. Sağlık anksiyetesi yaşayan kişiler bedenlerinde gerçekleşen en ufak bir farklılığı fark ederek bu durumu abartmaktadırlar. Ve bu durumun sonucu olarak yoğun kaygı ve korkuyla karşı karşıya gelmektedirler. Bu bireyler takıntılı bir şekilde kalp atışlarını, nefes alış verişlerini kontrol altına almaktadırlar. Sağlık ile ilgili duyulan her bilgi ve haber bu bireyler için büyük önem arz etmektedir. Bireylerin bu sağlık korkuları onları sürekli olarak hastaneye gidip muayene olmaya yönlendirmektedir. Sağlık kaygısı iki yönlü olarak görülmektedir. Bunlardan ilki kişinin sürekli kötü ve ölümcül bir rahatsızlığının var olduğunu düşünmesi iken ikincisi bu hastalığın olumsuz sonuçlar meydana getireceği düşüncesidir. Bu durum sağlık anksiyetesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık anksiyetesi aynı zamanda panik atak, fobi ve panik bozukluklar gibi psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu bireyler sıklıkla karşı karşıya geldikleri korkulardan ötürü yaşamdan zevk alamamaktadırlar. Sık sık doktor muayenesine başvuran ve test yaptıran bireyler sağlık kaygısının bir rahatsızlık olduğunu kabullenmek istemezler ve psikolojik desteğe gönülsüz davranırlar (Gül, Özdemir ve Börekçi, 2016).

Sağlık kaygısı yüksek olan birey sağlığına dair endişe yaşamakta ya da sürekli olarak sağlığı ile alakadar olarak bedenindeki ufak değişimleri hastalığı yormaktadır (Reiser, Mcmillan, Wright, & Asmundson, 2014). Bu kaygı ve korkuların yok olmasına karşı birey direnç göstermektedir. Sağlık anksiyetesi yaşayan bireyler sağlıklarının normal düzeyde olduğunu duydukları takdirde dahi bu duruma inanmamaktadırlar (Lucock ve Morley, 1996).

Sağlık anksiyetesi yaşayan bireylerin temel düşünceleri bedenlerindeki değişimlerinin kötü bir rahatsızlıktan kaynaklandığı inancıdır. Aynı zamanda bu

inanca kişinin kendini halsiz görmesi, başa çıkma davranışlarını kontrol altına alamaması gibi durumların eşlik ettiği görülmektedir (Asmundson & Whedon, 2010).

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

Sağlık anksiyetesi birçok bireyi yaşamının herhangi bir noktasında etkileyebilmektedir. Yeni duruma, beklenmeyene veya vücudun semptomlarına, fiziksel rahatsızlığa, belirli bir rahatsızlığın medyada gündeme gelmesine karşı geliştirilen bir tepki olarak ifade edilmektedir. Sağlık anksiyetesi sıklıkla geçici bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Semptomların azalması veya uygun tedavinin varlığı kaygı düzeyini azaltmaktadır. Fakat şiddetli görülen sağlık kaygısı süreklilik göstermektedir. Bu durumda uygun tedavi bulunsa dahi kaygı durumu az oranda azalmaktadır (Deale, 2007).

Şiddetli düzeyde sağlık anksiyetesi yaşayan bireyler sürekli olarak sağlık durumları ile ilgilenmektedirler. Ciddi bir rahatsızlıklarının ya da rahatsızlık yaşama risklerinin olduğunu düşünmektedirler. Bedensel semptomlarda, ortaya çıkan değişikliklerde kişi istenmeyen değişimi abartılı ve ciddi bir rahatsızlık olarak yorumlamaktadır. Bu bireyler kendilerini bir rahatsızlığa karşı savunmasız ve güçsüz görmektedirler (Rachman, 2012).

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

Sağlık anksiyetesi ile ilgili yaklaşımlar çocukluk döneminde ailenin psikososyal özelliklerinin kişinin gelecek dönemdeki sağlık anksiyetesini etkileyeceğini savunmaktadırlar (Thorgaard, Frostholm, & Rask, 2018). Noyes ve arkadaşları da sağlık anksiyetesi yaşayan ebeveynlerin çocuklarında daha çok hasatlık ve yaralanma durumlarının olduğu ortaya koymuşlardır. Sağlık anksiyetesi yaşayan kişilerin anne babaları veya yakın aile bireylerinin sıklıkla tehlikeli ortamlarda çalıştıkları, alkol ya da madde bağımlılıklarının olduğu gözlemlenmektedir. Noyes ve arkadaşlarının çalışma bulguları ebeveynlerin aşırı koruyucu ya da ihmalkar tutum sergilemelerinin bireylerin bedensel yakınmalarını arttırdığını saptamaktadır (Noyes, Stuart, Langbehn, Happel ve Yagla, 2002).

2.3.1. Kuramlara Göre Sağlık Anksiyetesi

2.3.1.1. Psikodinamik Perspektif

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

2.3.1.2. Kişilerarası Model

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

2.3.1.3. Amplifikasyon Hipotezi

Barsky'nın Amplifikasyon modeline göre sağlık anksiyetesinin gelişimi ve önlenmesinde somatosensoryel amplifikasyonu önemli bir rol oynamaktadır. Bu model sağlık anksiyetesinin kişinin bedensel semptomlara karşı duyarlılığını ve bu

belirtilere farkındalığın açık olduğunu, somatosensoryel amplifikasyonun sağlık anksiyetesi için risk oluşturduğunu öne sürmektedir (Arthur ve Coeytaux, 1993).

2.3.1.4. Bilişsel Davranışsal Model

Bilişsel Davranışsal sağlık anksiyetesi teorisi, sürekli şiddetli sağlık anksiyetesi olan kişilerde mekanizmanın bedensel semptomlarını ve sağlık durumlarını var olan durumdan farklı olarak tehdit içerikli algıladıklarını savunmaktadır. Bilişsel etmenler, anksiyeteyi aza indirmek için bedensel kontrol tutumlarına ve sağlık güvencesine neden olan ve artan anksiyete ile beraber olumsuzluğa neden olan döngüleri ortaya koymaktadır (Thorgaard, Frostholm, Walker ve Stengaard, 2007). Marcus, Arnau ve Hugles bireyin bilişsel tarz ve olumsuz inançları ile birlikte bedensel semptomların tehdit olarak algılandığını öne sürmektedirler (Marcus, Hughes ve Arnau, 2008).

Bilişsel davranışsal sağlık anksiyetesi teorisine göre hastalık ve belirtilerle ilgili varsayımları, bireyin kendisinde ve dış çevresinde var olan rahatsızlıkların bilgisinden ve bu hastalıkla ilgili geçmiş deneyimlerden ortaya çıkmaktadır. Çocukluk dönemindeki tecrübeler önemli görüldüğü gibi kişinin gelecek yaşantısında sosyal medya gibi alanlarda şahit oldukları durumlar ve kültür etkeni aktif olarak rol oynamaktadır (Salkovskis, Rimes ve Clark, 2002).

2.3.2. Tanı

Sağlık kaygısının anksiyete ya da somatoform bozukluk olarak ayrılıp ayrılmayacağı hakkında ikilemler ortaya çıkmıştır. Somatik semptomların varlığı olsa bile anksiyete, korku ve tehdit altında olma durumu anksiyete bozukluklarını anımsatmaktadır (Deale, 2007).

Sağlık kaygısı ve diğer somatoform rahatsızlıklar arasında bireyin bedensel semptomları yanlış yorumlaması, sağlık ile ilgili aşırı endişe duyması, sürekli olarak sağlık kontrolü yapması ve tıbbi açıdan açıklanmayan semptomlar gösteriyor olması gibi ortak belirtiler yer almaktadır. Bu iki bozukluğun birbirinden ayrılan birçok özelliği bulunmaktadır. Somatizasyon rahatsızlığı olan birey ağrısını dindirecek olan tedavi ve ilaçları kabul etmektedir. Var olan rahatsızlığın ölüm ile sonlanmayacağını bilmektedir. Sağlık anksiyetesi yaşayan birey ise tedavi ve ilaç yöntemini kabul etmemektedir. Bedensel semptomların ve rahatsızlığın ölümcül olduğunu düşünmektedir (Wilhelmsen, 2017).

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

A. Ağır bir hastalığı olduğunu ya da olacağını düşünüp durma.

B. Bedensel belirti yoktur ya da varsa bile ağır değildir. Başka bir hastalık durumu varsa ya da bir hastalık durumu çıkma olasılığı yüksekse (örn. güçlü bir aile öyküsü varsa), bu konuda düşünüp durma açıkça aşırı bir düzeydedir ya da orantısızdır.

C. Sağlıkla ilgili yüksek düzeyde bir kaygı vardır ve kişi, kişisel sağlık durumuyla ilgili olarak kolaylıkla korkuya kapılır.

D. Kişinin sağlıkla ilgili davranışlarında aşırılıklar görülür (örn. hastalık bulguları için vücudunu sık sık tarar) ya da uygunsuz bir kaçınma içindedir (örn. doktora gitmekten ve hastanelerden kaçınır).

E. Hastalıkla uğraşıp durma süresi en az altı aydır, ancak korkulan özgül hastalık bu süre içinde değişebilir.

F. Hastalıkla ilgili düşünüp durma, bedensel belirti bozukluğu, panik bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu, bedensel algı bozukluğu, takıntı-zorlantı bozukluğu ya da sanrılı bozukluk, bedensel tür gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz (Association, 2013).

2.3.3. Etiyoloji

Genetik Faktörler

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

Hastalık ve Ölümle İlgili Deneyimler

Yetişkinlikte sağlık anksiyetesinin, çocukluk döneminde şiddetli rahatsızlık ve aile bireylerinden birinin hastalık geçirmesi ile bağlantılı olduğunu gösterilmektedir. Çocukluk döneminde geçirilen rahatsızlıklar özellikle de acılı ve ciddi olan hastalıklar gelecek dönemde sağlıkla ilgili anksiyeteyi arttırmaktadır. Özellikle bireyin annesine bağımlı olması sonucunda bakım vereninden ayrılık yaşaması bu durumu tetiklemektedir. Bireyin bakım verenini ya da yakınını kaybetmesi sağlık anksiyetesini arttırmaktadır. Yakınını trafik kazasında kaybetmek, bireyde hayatın tehlike olduğu ve

her zaman tetikte olması gerektiği algısını yaratmaktadır. Bunun sonucunda birey sağlığına dair endişe duymaya ve sürekli olarak sağlığını düşünmeye başlamaktadır (Association, 2000).

Fiziksel ve Cinsel İstismar

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

Diğer Stresörler

Stresli yaşam durumları, hastalık ve kayıp dışında bedensel rahatsızlıklar, sağlık anksiyetesi ve doktor tutumları ile oluşmaktadır. Fakat bu kaygının artması gerçek tıbbi morbidite ile bağlantılı olarak gerçekleşmemektedir. Stres faktörleri bazı bireylerde yanlış algılanarak bedensel semptomların ortaya çıkışına sebep olmaktadır. Sağlık anksiyetesi yaşayan bireyler sağlıkları için büyük miktarda para harcamakta ve maddi sıkıntılar ile karşılaşmaktadırlar. Bu durumda da sağlık anksiyetesinde artış meydana getirmektedir (Hankin ve Oktay, 1979).

2.3.4. Epidemiyoloji

Tıbbın açıklayamadığı bedensel semptomlar genel popülasyonda düşük oranda, tedavide ise ilk basamakta yer almaktadır (Arthur & Coeytaux, 1993). Sağlık anksiyetesi prevalansı genel popülasyonda %0.05 ile %1.3 arasında yer alırken, tedavide %3 ile %9 oranında farklılık göstermektedir. Sağlık anksiyetesi sıklıkla 25 ile 45 yaş arasında görülmektedir. Bazı araştırmalar sağlık anksiyetesinin toplumda görülme oranının %5.7 olduğunu tedavi ortamlarında ise %17.5 ile %24.7'ye kadar yükseliş gösterdiğini ortaya koymaktadır (Tyrrer, Cooper, Crawford, Dupont ve Green, 2011).

Barsky ve Borus'un yapmış oldukları araştırma sonucuna göre kanser hastalarının %25 ile %50'sinde sağlık anksiyetesi belirtilerini açıklayan organik bir sebep bulunmamaktadır (Arthur ve Coeytaux, 1993). Sağlık anksiyetesine ek olarak

fobiler, panik bozukluğu, bipolar bozukluğu gibi rahatsızlıklar eşlik etmektedir (Sunderland, Newby ve Andrews, 2013). Aynı zamanda sağlık anksiyetesinin yemek bozuklukları ile ilişkili olduğunu saptayan çalışmalarda bulunmaktadır (Hadjistavropoulos ve Lawrence, 2007) (Koven ve Abry, 2015).

Şiddetli sağlık anksiyetesi iki cinsiyette de aynı oranda gerçekleşmektedir (Asmundson, Taylor, & Sevgur, 2001). Sağlık anksiyetesi bozukluğunun genel popülasyonu %1.5, sağlık hizmetinden yararlanmak isteyen hastalarda %2-7 olduğu saptanmıştır. Azaltılmış sağlık anksiyetesinin yaşam boyu prevalans oranı bilinmemektedir (Malis, Hartz ve Doebbeling , 2002).

2.4. İlgili Araştırmalar

2.4.1. Algılanan Stres İle İlgili Yapılan Araştırmalar

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

Başçı'nın (2018) stresin kavramsal içeriği, bireysel ve örgütsel stresin niteliği stresle gerek bireysel gerek örgütsel anlamda baş etme yollarını analiz edebilmek amacı ile 384 sağlık çalışanı ile yapmış olduğu araştırmada veri toplama aracı olarak Algılanan Stres Ölçeğini kullanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgu sonuçlarına göre yaş ve eğitim durumu değişkeni ile algılanan stres arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir. Cinsiyet değişkeni ile algılanan stres düzeyi incelendiğinde ise kadın bireylerde stres düzeyinin erkek bireylere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Başçı, 2018).

Savcı'nın üniversite öğrencilerinde algılanan stres düzeyi ile stresle baş etme stratejileri arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmada 302 üniversite öğrencisi ile çalışmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Stresle Baş etme Yolları Ölçeği ve Algılanan Stres Düzeyi Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgu

sonuçlarına göre öğrencilerin çoğunun orta seviyede strese sahip oldukları, algılanan stres ile baş etme mekanizmaları arasında pozitif ilişki olduğu, bireylerin algıladıkları stres düzeylerine göre baş etme mekanizmalarının farklılaştığı, cinsiyet faktörüne göre başa çıkma yöntemlerinde farklılaşma olduğu saptanmıştır (Savcı ve Aysan, 2014).

2.4.2. Bilinçli Farkındalık İle İlgili Yapılan Araştırmalar

Ülev'in Hacettepe üniversitesindeki 427 üniversite öğrencileriyle yaptığı ve bilinçli farkındalığın depresyon, stres ve anksiyete ile ilişkisini araştırdığı çalışma bulguları, bilinçli farkındalık seviyesinde yükselme meydana geldikçe depresyon belirtilerinde, stres belirtilerinde azalma olduğunu ve sağlık anksiyetesi seviyesinde de azalma meydana geldiğini saptamaktadır (Ülev, 2014).

Arslan'ın bilinçli farkındalık, depresyon ve algılanan stres arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 194 birey ile yapmış olduğu çalışmada veri toplama aracı olarak Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre bilinçli farkındalık düzeyinde artış meydana geldikçe algılanan stres ve depresyon düzeyinde azalma meydana gelmektedir (Arslan, 2018).

Kong ve arkadaşlarının bilinçli farkındalığa yatkınlık, yaşam doyumu ve temel kendini değerlendirme (core self-evaluation) arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışma bulguları bilinçli farkındalığın yaşam doyumunu etkilediğini saptamaktadır (Kong, Wang ve Zhao, 2014).

2.4.3. Sağlık Anksiyetesi İle İlgili Araştırmalar

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

Oğulluk'un birinci basamak ve üçüncü basamak sağlık kurumuna başvuran hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin saptanması ve sağlık okuryazarlığı ile sosyodemografik verilerin sağlık anksiyetesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla

yapmış olduğu çalışma 193 kadın, 107 erkek olmak üzere 300 birey ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak Sağlık Anksiyetesi Envanteri kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgu sonuçlarına göre sağlık anksiyetesi ile cinsiyet değişkeni incelendiğinde kadın bireylerde sağlık anksiyetesi puanının erkek bireylere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Aktürk, 2019).

Özdelikara'nın hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapmış olduğu araştırma 56 öğrenci birey ile yapılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak sosyodemografik veri formu, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre öğrencilerin sağlık algısı ölçeklerinin ortalamasının yüksek (50.57 ± 4.60), sağlık anksiyetesi puan ortalamalarının düşük (34.33 ± 6.50) olduğu görülmüştür. Sağlık algısı ölçeği alt boyutları incelendiğinde en yüksek ortalamanın kontrol merkezi olduğu, sırası ile kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık olarak devam ettiği görülmüştür. Katılımcıların Kronik hastalık bulunması, hastane yatış deneyimi olması, ailesinde kronik yaşam öyküsü bulunması gibi faktörlerin sağlık anksiyetesini etkilediği saptanmıştır (Özdelikara, Ağaçdiken ve Mumcu, 2018).

O'Bryan ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı çalışmada ise bilinçli farkındalık becerilerinin kullanımının daha düşük sağlık anksiyetesi duyarlılığı ve daha düşük belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Emily, Christina, Kristen ve Alison, 2018).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM VE TEKNİKLER

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Yapacağımız araştırma ilişkisel tarama modeli baz alınarak uygulanmıştır. İlişkisel tarama modeli iki veya daha fazla değişkenler arasındaki ilişkinin saptanmasına dayanmaktadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Bu araştırmanın örneklem seçimi basit-rastgele örneklem seçimi türüne göre yapılmıştır. Araştırma evrenini İstanbul'da yaşayan üniversite öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırma örneklemini İstanbul Gelişim Üniversitesi ve İstanbul Haliç Üniversitesinde öğrenim gören ve gönüllülük esasına göre seçilen 400 lisans öğrencisi oluşturmaktadır. Günümüzde yaşanan Covid-19 salgını sebebiyle katılımcılarla online çalışma planlanmıştır. Bu kapsamda veriler katılımcılara bilgisayar üzerinden yöneltilen online anketler aracılığıyla elde edilmiştir. Araştırma online ortamda bilgisayar üzerinden yöneltilen anket ile yürütüldüğünden ham veride isim sorulmamış olup kimlik bilgileri ise belirsiz tutulmuştur. Dolayısıyla bilgilendirilmiş onam formu online olarak iletilmiş ve isim bilgisi istenmemiştir. Araştırma dahilinde 9 maddelik Sosyodemografik Bilgi Formu, 15 maddelik Bilinçli Farkındalık Ölçeği, 10 soruluk Algılanan Stres Ölçeği ve 18 soruluk Sağlık Anksiyetesi Ölçeği kullanılmıştır.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Çalışmacı tarafından hazırlanan bu formda katılımcı bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, gelir seviyesi, psikiyatrik hastalık durumu ile ilgili sorular yer almaktadır.

3.3.2. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

Salkovskis ve arkadaşlarının sağlık kaygısını ölçmek amacı ile geliştirmiş oldukları Sağlık Anksiyetesi Ölçeği 18 maddeden meydana gelen öz bildirim ölçeğidir (Salkovskis, Rimes ve Clark, 2002). Testin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Aydemir, Kırkpınar, Satı, Uykur ve Cengisiz, 2013). Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin ilk 14 maddesi kişilerin ruhsal

durumlarını sorgulayan, dörtlü cevapları kapsayan ifadelerden meydana gelmektedir. Diğer 4 madde ise bireylerin var olan ciddi bir rahatsızlık varsayımları ile ilgili ruhsal durumlarını sorgulayan ifadelerden oluşmaktadır. Puanlama her madde için 0 ile 3 puan arasında yapılmaktadır. Ölçekten yüksek puan alınması sağlık anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Salkovskis, Rimes ve Clark, 2002).

3.3.3. Algılanan Stres Ölçeği

Cohen ve arkadaşlarının geliştirmiş oldukları Algılanan Stres Ölçeğinin 14 maddelik uzun formunun bulunması ile birlikte 4 madde ve 10 madde olmak üzere ayrı ayrı iki formu da yer almaktadır. Algılanan Stres Ölçeği 5’li likert tipinde hazırlanmış 10 madde ve iki boyuttan oluşmaktadır. Çalışmamızda Algılanan Stres Ölçeğinin 10 maddelik formundan yararlanılmıştır. Algılanan Stres Ölçeği puanlaması 0-40 arasında değişiklik göstermektedir. Ölçekten yüksek puan alınması stres düzeyinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Cohen, Kamarck ve Mermelstein, A global measure of perceived stress, 1983). Algılanan Stres Ölçeği, Eskin ve arkadaşları tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0.84, test-tekrar-test güvenilirlik katsayısı ise 0.87, olarak hesaplanmıştır (Eskin , Harlak, Demirkıran ve Dereboy, 2013).

3.3.4. Bilinçli Farkındalık Ölçeği

Bwon ve Ryan’ın geliştirmiş olduğu Bilinçli Farkındalık Ölçeği gündelik yaşantıdaki deneyimlerin farkındalığı ve bu farkındalığa dair dikkati ölçmek amacı ile oluşturulan 15 maddelik ölçek olarak ifade edilmektedir. Bilinçli farkındalık ölçeği tek faktörlü yapıya sahip olan bir ölçek olmakla beraber puanlaması tek bir toplamdan oluşmaktadır. Ölçek sonuçlarının yüksek puan çıkması bilinçli farkındalık düzeyinin yüksek olmasını ifade etmektedir. Bilinçli farkındalık ölçeği; Hemen hemen her zaman, çoğu zaman, bazen, nadiren, oldukça seyrek, hemen hemen hiçbir zaman olmak üzere 6 dereceli likert tipi ölçektir (Brown & Ryan, 2003). Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Özyeşil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması 81 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı .80 ve test-tekrar test korelasyon .86 olarak hesaplanmıştır (Özyeşil, Arslan, Kesici ve Deniz, 2011).

3.4. VERİLERİN ANALİZİ

Veri analizine başlamadan önce, toplanan veriler bilgisayar ortamına gönderilmiş ve istatistiksel analizi SPSS 25 programıyla yapılmıştır. Analizin ilk aşaması olan normallik testi uygulanmış ve basıklık-çarpıklık değerleri kontrol edilmiştir. Basıklık-Çarpıklık değerleri -2, +2 arasında olduğundan dolayı normal dağılım olduğuna karar verilmiştir. Güvenilirlik düzeyi %95 olarak belirlenmiştir. İki bağımsız değişken arasındaki farkın analizi için T-Testi uygulanmıştır. Çoklu grup arasındaki farkın analizi için ANOVA analizi uygulanmıştır. İki veya daha fazla değişken arasındaki ilişki için Pearson Korelasyon analizi uygulanmıştır. Doğrusal Regresyon kullanılarak, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkene etkisi görülmüştür.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

İlk tablo Sosyodemografik Bilgi Formu ile toplanan verilerin analiz bulgularını içermektedir

Tablo 4.1. Sosyodemografik Değişkenlere Göre Dağılımı

		f	%
Cinsiyet	Erkek	182	45.5
	Kadın	218	54.5
	Toplam	400	100.0
Eğitim Durumu	Üniversite	400	100.0
Medeni Durum	Bekar	389	97.3
	Evli	11	2.8
	Toplam	400	100.0
Gelir Durumu	Düşük	39	9.8
	Orta	313	78.3
	Yüksek	48	12.0
	Toplam	400	100.0
Sağlıkla İlgili Bilgi Edinme	Yazılı Kaynaklar (Kitap, Dergi, Gazete)	132	33.0
	İnternet	165	41.3
	Sağlık Çalışanı	90	22.5
	Televizyon	13	3.3
	Toplam	400	100.0
Daha Önce Psikiyatrik Rahatsızlık	Daha önce geçirilmiş psikiyatrik hastalığım yok	315	78.8
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	14	3.5
	Panik Bozukluğu	10	2.5
	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	15	3.8
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	14	3.5
	Yeme Bozukluğu	2	0.5
	Majör Depresyon	25	6.3
	Bipolar Bozukluk	2	0.5
	Klostrofobi	3	0.8
	Toplam	400	100.0
	Kronik Hastalık	Kronik hastalığım yok	355
Astım- KOAH		16	4.0
Bağışıklık Sistemi Baskılayıcı Hastalık veya İlaç Kullanımı		2	0.5
Diyabet		3	0.8
Obezite		2	0.5
Alerjik astım		4	1.0
Gastroözofageal Reflü		3	0.8
Hipertansiyon		12	3.0
Vertigo		3	0.8
Toplam		400	100.0

Tablo 4.1'e göre, örneklem grubuna katılanların %45.5'i erkek, %54.5'i kadındır. Örneklemin %100'ü üniversite öğrencisidir. Örneklemin %97.3'ü bekar, %2.8'i evlidir. Örneklemin %9.8'inin gelir durumu düşük, %78.3'ünün gelir durumu

orta, %12'sinin gelir durumu yüksektir. Sağlıkla ilgili bilgi edinme kaynakları sorgulandığında %41.3'ünün internetten, %33'ünün yazılı kaynaklardan (kitap, dergi, gazete vb.), %22.5'inin sağlık çalışanından, %3.3'ünün televizyondan bilgi edindiği saptanmıştır. Örneklemin %78.8'i daha önce psikiyatrik rahatsızlık geçirmediğini belirtirken, %6.3'ü majör depresyon, %3.8'i dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %3.5'i obsesif kompulsif bozukluk, %3.5'i Yaygın anksiyete bozukluğu, %2.5'i panik bozukluk, %0.8'i klostrofobi, %0.5'i yeme bozukluğu ve %0.5'i bipolar bozukluk tanısı olduğunu belirtmiştir. Çalışma grubunun %88.8'inde herhangi bir kronik bir hastalık öyküsü saptanmazken, %11.2'si kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiştir; en sık saptanan kronik hastalık %4 ile astım-KOAH olurken, onu %3 ile hipertansiyon, %1 ile astım, %0.8 ile reflü, vertigo, ve diyabet, %0.5 ile bağışıklık sistemi baskılayıcı hastalık veya ilaç kullanımı ve obezite izlemiştir.

Tablo 4.2 Örneklemin Yaşına Ait Betimsel İstatistikleri

	N	Min	Maks	\bar{X}	Ss.
Yaş	400	18	24	21,58	1,733

Tabloda 4.2'ye göre, Yaş ortalaması 21.58 (ss=1.733)dir.

Tablo 4.3 Örneklemin Günlük İnternet Kullanımına Ait Betimsel İstatistikleri

	N	Min	Maks	\bar{X}	Ss.
Günlük İnternet Kullanımı Saati	400	1	12	4.75	2.635

Tablo 4.3'e göre, Günlük İnternet Kullanım Saati ortalaması 4.75 (ss=2.635) saattir.

Tablo 4.4 Örneklemin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeğine Ait Betimsel İstatistikler

	N	Min	Maks	\bar{X}	Ss.
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	400	0	44	15.02	7.09
Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık	400	0	37	11.69	5.99
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	400	0	12	3.33	2.46
Algılanan Stres Ölçeği	400	4	38	19.35	6.04
Stres Rahatsızlık Algısı	400	3	24	12.95	4.30
Yetersiz Öz Yeterlik Algısı	400	0	15	6.40	2.58
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	400	29	89	63.80	11.78

Tablo 4.4'e göre, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ortalaması 15.02 (ss=7.09), ölçeğin alt boyutları olan; Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık ortalaması 11.69 (ss=5.99), Hastalığın Olumsuz Sonuçları ortalaması 3.33 (ss=2.46) olarak tespit

edilmiştir. Algılanan Stres Ölçeği ortalaması 19.35 (ss=6.04) olarak saptanırken, ölçeğin alt boyutları olan Stres Rahatsızlık Algısı ortalaması 12.95 (ss=4.30), Yetersiz Öz Yeterlik Algısı ortalaması 6.40 (ss=2.58) olarak saptanmıştır. Bilinçli Farkındalık Ölçeği ortalaması ise 63.80 (ss=11.78)'dir.

Tablo 4.5 Örneklem Cinsiyet Değişkenine Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları İçin Uygulanan Bağımsız T-Testi Analizi Sonuç Tablosu

		N	\bar{X}	Ss.	t	Sd.	p
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	Erkek	182	14.27	7.41	-1.928	398	0.055
	Kadın	218	15.64	6.76			
Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık	Erkek	182	10.86	6.00	-2.558	398	0.011
	Kadın	218	12.39	5.91			
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	Erkek	182	3.42	2.79	0.650	398	0.516
	Kadın	218	3.26	2.15			

Tablo 4.5'e göre, Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinden ve ölçeğin Hastalığın Olumsuz Sonuçları Alt Boyutundan almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı farkını belirlemek için uygulanan bağımsız Grup t testi sonucundan, anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Yine aynı tabloda belirtildiği üzere, Sağlık Anksiyetesi ölçeğinin Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık Alt Boyutundan almış oldukları puanların cinsiyet değişkenine göre anlamlı farkını belirlemek için uygulanan bağımsız Grup t testi sonucunda, kadınlar bu alt ölçekte anlamlı olarak daha fazla puan almıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.6 Örneklem Cinsiyet Değişkenine Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları İçin Uygulanan Bağımsız T-Testi Analizi Sonuç Tablosu

Cinsiyet		N	\bar{X}	Ss.	t	Sd.	p
Algılanan Stres Ölçeği	Erkek	182	18.46	5.22	-2.727	398	0.007
	Kadın	218	20.10	6.57			
Stres Rahatsızlık Algısı	Erkek	182	12.27	3.68	-2.905	398	0.004
	Kadın	218	13.52	4.70			
Yetersiz Öz Yeterlik Algısı	Erkek	182	6.18	2.42	-1.535	398	0.126
	Kadın	218	6.58	2.70			

Tablo 4.6'ya göre, örneklem grubunun Algılanan Stres Ölçeği ve ölçeğin alt boyutları olan Stres/Rahatsızlık Algısı ve Yetersiz Öz Yeterlik Algısından almış oldukları puanların cinsiyet değişkenine göre anlamlı farkını belirlemek için uygulanan bağımsız Grup t testi sonuçları görülmektedir. Bu tabloya göre, gruplar arasında kadınların Algılanan Stres Ölçeğinden ve Stres/Rahatsızlık Algısı Alt Boyutundan daha fazla puan aldığından dolayı anlamlı bir farklılık bulunmuştur

($p < 0.05$). Yetersiz Öz Yeterlik Algısı Alt Boyutundan alınan puanlarda ise cinsiyetler arası anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.7 Örneklemin Cinsiyet Değişkenine Bilinçli Farkındalık Ölçeği Puanları İçin Uygulanan Bağımsız t-Testi Analizi Sonuç Tablosu

Cinsiyet		N	\bar{X}	Ss.	t	Sd.	p
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	Erkek	182	64.46	10.12	1.022	398	0.307
	Kadın	218	63.25	13.00			

Tablo 4.7'ye göre, Bilinçli Farkındalık Ölçeğinden almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı farkı belirlemek için uygulanan bağımsız Grup t testi sonucundan, anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.8 Örneklemin Gelir Durumu Değişkenine Göre Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Alt Boyutu Puanları Arasındaki Farkı Test Etmek İçin Yapılan ANOVA Testi Sonuçları

	Gelir Durumu	N	\bar{X}	Ss.	F	p
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	Düşük	39	16.56	7.20	1.473	0.231
	Orta	313	14.72	7.07		
	Yüksek	48	15.75	7.00		
	Toplam	400	15.02	7.09		
Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık	Düşük	39	12.97	7.15	2.192	0.113
	Orta	313	11.36	5.72		
	Yüksek	48	12.79	6.54		
	Toplam	400	11.69	5.99		
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	Düşük	39	3.59	2.76	0.779	0.459
	Orta	313	3.35	2.45		
	Yüksek	48	2.96	2.32		
	Toplam	400	3.33	2.46		

Tablo 4.8'e göre, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık, Hastalığın Olumsuz Sonuçları Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının gelir durumu değişkenine göre farklılaşmasını bulmak için yapılan ANOVA analizini sonucunu göre gruplar arasında fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.9 Örneklemin Gelir Durumu Değişkenine Göre Algılanan Stres Ölçeği Puanları Arasındaki Farkı Test Etmek İçin Yapılan ANOVA Testi Sonuçları

	Gelir Durumu	N	\bar{X}	Ss.	F	p
Algılanan Stres Ölçeği	Düşük	39	21.92	4.77	9.055	0.000
	Orta	313	19.46	6.02		
	Yüksek	48	16.56	6.09		
	Toplam	400	19.35	6.04		
Stres Rahatsızlık Algısı	Düşük	39	14.49	3.38	7.426	0.001
	Orta	313	13.05	4.19		

	Yüksek	48	11.06	5.08		
	Toplam	400	12.95	4.30		
Yetersiz Öz Yeterlik Algısı	Düşük	39	7.44	2.53	6.233	0.002
	Orta	313	6.41	2.54		
	Yüksek	48	5.50	2.56		
	Toplam	400	6.40	2.58		

Tablo 4.9'a göre, gelir durumu değişkenine göre Algılanan Stres Ölçeğinde fark görülmektedir [F=9.055, p<.05]. Levene's testi sonucuna göre grupların homojen dağıldığı bulunmuştur (p>0.05). Uygulanan Tukey karşılaştırma testi sonucuna göre Yüksek Geliri olan grup, diğer gruplardan daha az puan aldığı için gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir.

Tablo 4.9'a göre, gelir durumu değişkenine göre Stres Rahatsızlık Algısı fark görülmektedir [F=7.426, p<.05].Levene's testi sonucuna göre grupların homojen dağıldığı bulunmuştur(p>0.05).Uygulanan Tukey karşılaştırma testi sonucuna göre Yüksek Geliri olan grup, diğer gruplardan daha az puan aldığı için gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir.

Tablo 4.9'a göre, gelir durumu değişkenine göre Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı fark görülmektedir [F=6.233, p<.05].Levene's testi sonucuna göre grupların homojen dağıldığı bulunmuştur(p>0.05).Uygulanan Tukey karşılaştırma testi sonucuna göre Yüksek Geliri olan grup, diğer gruplardan daha az puan aldığı için gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir.

Tablo 4.10 Örneklemin Gelir Durumu Değişkenine Göre Bilinçli Farkındalık Ölçeği Puanları Arasındaki Farkı Test Etmek İçin Yapılan ANOVA Testi Sonuçları

	Gelir Durumu	N	\bar{X}	Ss.	F	p
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	Düşük	39	62.28	14.65	6.910	0.001
	Orta	313	63.10	11.51		
	Yüksek	48	69.60	9.20		
	Toplam	400	63.80	11.78		

Tablo 4.10'a gelir durumu değişkenine göre Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanları arasında anlamlı fark görülmektedir [F=6.690, p<.05]. Levene's testi sonucuna göre grupların homojen dağıldığı bulunmuştur(p>0.05). Uygulanan Tukey karşılaştırma testi sonucuna göre, Yüksek Geliri olan grup, diğer gruplardan daha fazla puan aldığı için gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir.

Tablo 4.11 Örneklemin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile Yaş Puanları Arasındaki İlişki İçin Pearson Korelasyon Analizi Sonuç Tablosu

		Yaş
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	r	0.094
	p	0.061
	N	400
Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık	r	0.083
	p	0.096
	N	400
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	r	0.067
	p	0.181
	N	400
Algılanan Stres Ölçeği	r	0.019
	p	0.708
	N	400
Stres Rahatsızlık Algısı	r	-0.006
	p	0.904
	N	400
Yetersiz Öz Yeterlik Algısı	r	0.054
	p	0.280
	N	400
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	r	.133
	p	0.008**
	N	400

** $p < 0,01$

Tablo 4.11'e göre, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile yaş arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda; Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile yaş puanı arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki vardır ($r=.133$, $p<.05$).

Tablo 4.12 Örneklemin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile Günlük İnternet Kullanımı Puanları Arasındaki İlişki İçin Pearson Korelasyon Analizi Sonuç Tablosu

		Günlük İnternet Kullanımı
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	r	.139
	p	0.005**
	N	400
Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık	r	.145
	p	0.004**
	N	400
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	r	0.050
	p	0.321
	N	400
Algılanan Stres Ölçeği	r	.159
	p	0.001**

	N	400
Stres Rahatsızlık Algısı	r	.116
	p	0.020*
	N	400
Yetersiz Öz Yeterlik Algısı	r	.178
	p	0.000**
	N	400
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	r	-0.095
	p	0.057
	N	400

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Tabloya 4.12'ye göre, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile Günlük İnternet Kullanımı arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda; Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ile Günlük İnternet Kullanımı puanı arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki vardır ($r = .139$, $p < .05$). Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık ile Günlük İnternet Kullanımı puanı arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki vardır ($r = .145$, $p < .05$).

Algılanan Stres Ölçeği ile Günlük İnternet Kullanımı puanı arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki vardır ($r = .159$, $p < .05$). Stres/Rahatsızlık Algısı ile Günlük İnternet Kullanımı puanı arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki vardır ($r = .116$, $p < .05$). Yetersiz Öz Yeterlik Algısı ile Günlük İnternet Kullanımı puanı arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki vardır ($r = .178$, $p < .05$).

Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile Günlük İnternet Kullanımı puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > .05$)

Tablo 4.13 Örneklemin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Alt Boyutları ile Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki İlişki İçin Pearson Korelasyon Analizi Sonuç Tablosu

		Algılanan Stres Ölçeği	Stres Rahatsızlık Algısı	Yetersiz Öz Yeterlik Algısı
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	r	.509	.515	.333
	p	0.000**	0.000**	0.000**
	N	400	400	400
Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık	r	.432	.433	.289
	p	0.000**	0.000**	0.000**
	N	400	400	400
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	r	.415	.430	.254
	p	0.000**	0.000**	0.000**
	N	400	400	400

** $p < 0,01$

Tabloya 4.13'e göre, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Alt Boyutları ile Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutları arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda; Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ile Algılanan Stres Ölçeği puanı arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü ilişki vardır ($r=.509$, $p<.05$). Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ile Stres/Rahatsızlık Algısı alt boyut puanı arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü ilişki vardır ($r=.515$, $p<.05$). Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ile Yetersiz Öz Yeterlik Algısı alt boyut puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki vardır ($r=.333$, $p<.05$).

Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık alt boyut puanı ile Algılanan Stres Ölçeği puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki vardır ($r=.432$, $p<.05$). Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık alt boyut puanı ile Stres/Rahatsızlık Algısı alt boyut puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki vardır ($r=.433$, $p<.05$). Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık ile Yetersiz Öz Yeterlik Algısı alt boyut puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki vardır ($r=.289$, $p<.05$).

Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyut puanı ile Algılanan Stres Ölçeği puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki vardır ($r=.415$, $p<.05$). Hastalığın Olumsuz Sonuçları ile Stres/Rahatsızlık Algısı alt boyut puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki vardır ($r=.430$, $p<.05$). Hastalığın Olumsuz Sonuçları ile Yetersiz Öz Yeterlik Algısı alt boyut puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki vardır ($r=.254$, $p<.05$).

Tablo 4.14 Örneklemde Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Alt Boyutları ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki İçin Pearson Korelasyon Analizi Sonuç Tablosu

	Bilinçli Farkındalık Ölçeği	
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	r	-.339
	p	0.000**
	N	400
Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık	r	-.269
	p	0.000**
	N	400
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	r	-.320
	p	0.000**
	N	400

** $p<0,01$

Tabloya 4.14'e göre, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Alt Boyutları ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon

analizi sonucunda; Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanı arasında orta düzeyde negatif yönlü ilişki vardır ($r=-.339$, $p<.05$). Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık alt boyut puanı ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanı arasında zayıf düzeyde negatif yönlü ilişki vardır ($r=-.269$, $p<.05$). Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyut puanı ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanı arasında orta düzeyde negatif yönlü ilişki vardır ($r=-.320$, $p<.05$).

Tablo 4.15 Örneklemin Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutları ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki İçin Pearson Korelasyon Analizi Sonuç Tablosu

	Bilinçli Farkındalık Ölçeği	
Algılanan Stres Ölçeği	R	-.378
	P	0.000**
	N	400
Stres Rahatsızlık Algısı	R	-.447
	P	0.000**
	N	400
Yetersiz Öz Yeterlik Algısı	r	-.140
	p	0.005**
	N	400

** $p<0,01$

Tabloya 4.15'e göre, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Alt Boyutları ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda; Algılanan Stres Ölçeği ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanı arasında orta düzeyde negatif yönlü ilişki vardır ($r=-.378$, $p<.05$). Stres/Rahatsızlık Algısı alt boyut puanı ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanı arasında orta düzeyde negatif yönlü ilişki vardır ($r=-.447$, $p<.05$). Yetersiz Öz Yeterlik Algısı alt boyut puanı ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanı arasında zayıf düzeyde negatif yönlü ilişki vardır ($r=-.140$, $p<.05$).

Tablo 4.16 Algılanan Stresin Sağlık Anksiyetesi Üzerindeki Etkisine İlişkin Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

	B	Standart Hata	Beta	t	p	R2	F	p
(Sabit)	3.391	1.019		3.329	0.001	0.268	74.209	0.000
Stres Rahatsızlık Algısı	0.769	0.082	0.467	9.379	0.000			
Yetersiz Öz Yeterlik Algısı	0.261	0.137	0.095	1.910	0.057			
	B	Standart Hata	Beta	t	p	R2	F	p
(Sabit)	3,457	1,026		3,369	0,001	0,259	139,336	0,000
Algılanan Stres Ölçeği	0,598	0,051	0,509	11,804	0,000			

Tabloda 4.16'ya göre, Algılanan Stres Ölçeğinin Alt Boyutlarının Sağlık Anksiyetesini anlamlı düzeyde yordadığı görülmektedir ($R^2=.268$, $p<0.05$). Adı geçen değişkenler Sağlık Anksiyetesindeki toplam varyansın %27'sini açıklamaktadır. Beta katsayısı değerlerine göre etki güçleri Stres/Rahatsızlık Algısı ($\beta=.467$), Yetersiz Öz Yeterlik Algısı ($\beta=.095$) şeklindedir. Bu sonuca göre Sağlık Anksiyetesini en çok açıklayan değişkenin Stres/Rahatsızlık Algısı olduğu bulunmuştur. Algılanan Stres Ölçeğinin toplam puanının sağlık anksiyetesine etkisine bakıldığında ise Algılanan Stres Ölçeğinin Sağlık Anksiyetesini anlamlı düzeyde yordadığı görülmektedir ($R^2=.268$, $p<0.05$). Adı geçen değişken Sağlık Anksiyetesindeki toplam varyansın %26'sını açıklamaktadır.

Tablo 4.17 Bilinçli Farkındalığın Sağlık Anksiyetesi Üzerindeki Etkisine İlişkin Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

	B	Standart Hata	Beta	t	p	R2	F	p
(Sabit)	28,016	1,841		15,219	0,000	0,115	51,534	0,000
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	-0,204	0,028	-0,339	-7,179	0,000			

Tabloda 4.17'ye göre, Bilinçli Farkındalık düzeyinin Sağlık Anksiyetesini anlamlı düzeyde yordadığı görülmektedir ($R^2=.115$, $p<0.05$). Adı geçen değişken Sağlık Anksiyetesindeki toplam varyansın %12'sini açıklamaktadır.

Tablo 4.18 Bilinçli Farkındalığın Algılanan Stres Üzerindeki Etkisine İlişkin Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

	B	Standart Hata	Beta	t	p	R2	F	p
(Sabit)	31.721	1.543		20.553	0.000	0.143	66.433	0.000
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	-0.194	0.024	-0.378	-8.151	0.000			

Tabloda 4.18'e göre, Bilinçli Farkındalık düzeyinin Algılanan Stres düzeyini anlamlı düzeyde yordadığı görülmektedir ($R^2=.143$, $p<0.05$). Adı geçen değişken Algılanan Stres düzeyindeki toplam varyansın %14'ünü açıklamaktadır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE YORUM

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın temel hedefleri bağlamında elde edilen bulgular ve istatistiksel analiz sonuçları, ilgili yazın çerçevesinde ele alınacaktır.

Çalışma grubumuzun %45.5'i erkek, %54.5'i kadın, %100'ü üniversite öğrencisi %97.3'ü bekar, %2.8'i evli, %9.8'inin gelir durumu düşük, %78.3'ünün gelir durumu orta, %12'sinin gelir durumu yüksek olduğu görülmüştür. Örneklemimizde kronik hastalık açısından %88.8'in hastalığı yok iken, en sık görülen hastalığın %4.0 ile Astım-KOAH olduğu saptanmıştır. Literatür çalışmaları incelendiğinde Durualp ve arkadaşlarının kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ve ebeveynlerinin görüşlerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılmasını inceledikleri çalışma bulgularına göre kronik hastalık olarak en sık görülen hastalığın %39.0 oranla Astım-KOAH olduğu görülmüştür (Durualp, Kara, Yılmaz, & Alaybeyoğlu, 2010). Çalışma grubumuzda psikiyatrik hastalık öyküsü genelde saptanmazken, en sık görülen psikiyatrik hastalığın %6.3 ile majör depresyon olduğu görülmüştür. Literatür taraması yapıldığında majör depresyonun en çok görülen psikiyatrik hastalık olduğuna dair benzer sonuçlara rastlanmamıştır. Beşkardeş'in yapmış olduğu araştırma bulguları en yaygın görülen psikiyatrik hastalığın %4,63 ile yaygın anksiyete bozukluğunun olduğunu saptamaktadır. Şen'in çalışmasından psikiyatrik tanılarının en fazla %33,33 oranında anksiyete bozukluğu olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu durumun, araştırmamızda tanılar ile ilgili yapılandırılmış değerlendirme formları kullanmamamızdan, tanılara ilişkin sonuçların sadece bireysel geri bildirimlere dayalı olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Örneklemimizin sağlıkla ilgili bilgi edinme kaynaklarından %41.3 ile internetten yararlandıkları saptandı. Bu oranın literatür çalışmaları ile uyumlu olduğu görülmektedir. Social Touch'un 1.289 kişiyle yapılan anket bulguları katılımcıların %40'ının sağlıkla ilgili bilgi alma kaynağı olarak internetten yararlandıklarını saptamaktadır (Touch, 2012). Güzel ve Kurtuldu'nun meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlık ile ilgili konularda internet kullanımını hakkında yapmış oldukları araştırma bulgularına göre katılımcılarının %55.9'u hastalık ve tıbbi problemler ile ilgili bilgi almada interneti kullandıkları görülmüştür (Güzel ve Kurtuldu, 2018).

Bilinçli farkındalık düzeyi ile gelir durumu değişkeni arasındaki ilişkinin incelenmesi:

Bilinçli farkındalık düzeyi ile gelir durumu arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Uygulanan Tukey karşılaştırma testi sonucuna göre Yüksek Geliri olan grup, diğer gruplardan daha fazla puan aldığı için gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir. Bu konu ile ilgili yapılan literatür çalışmaları incelendiğinde; Azak'ın hemşirelik öğrencilerinin bilinçli farkındalık düzeylerinin belirlemek amacıyla bir devlet üniversitesinin hemşirelik bölümünde öğrenim gören 322 öğrenci ile gerçekleştirdiği araştırma bulguları, orta gelir seviyesindeki öğrencilerin bilinçli farkındalık seviyelerinin anlamlı düzeyde farklılaştığını saptamıştır (Azak , 2018). İflazoğlu'nun Sınıf Öğretmenliği Ana Bilim Dalı'nda öğrenim gören 1.,2.,3. ve 4. sınıf öğrencilerinin bilişsel farkındalık, güdülenme ve bunlar arasındaki ilişkinin incelenmek amacıyla yapmış olduğu araştırma 545 öğrenci ile gerçekleştirmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgu sonuçlarına göre bilinçli farkındalık puanlarının kız öğrenciler ile orta ve üst seviyede gelir düzeyine sahip bireylerde daha yüksek olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar araştırmacılar tarafından, ekonomik düzeyleri görece daha yüksek olan öğrencilerin kendini geliştirme olanaklarına daha rahat ulaşabiliyor olması şeklinde yorumlanmıştır (Saban ve Saban, 2008, s.35-58). İncelenen bu araştırma bulguları bilinçli farkındalık düzeyi ile gelir durumu değişkeni arasında anlamlı bir ilişki vardır hipotezini destekler niteliktedir.

Bilinçli farkındalık düzeyinin cinsiyet değişkenine göre incelenmesi:

Bilinçli Farkındalık ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak için yapılan Grup t testi sonucunda iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; Güldal'ın yapmış olduğu çalışma bulguları bilinçli farkındalık düzeyinin kız veya erkek olma faktörüne göre farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır (Güldal, 2019). Şehidoğlu'nun ergenlik döneminde olan öğrencilerin bilinçli farkındalık düzeyini cinsiyet faktörüne göre incelendiği araştırma sonuçları bilinçli farkındalık ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık olmadığını saptamaktadır (Şehidoğlu, 2014). Cengiz ve arkadaşlarının beden eğitimi ve spor bölümünde okuyan öğrenciler ile yapmış oldukları çalışma sonuçları bilinçli farkındalık düzeyi ile cinsiyet faktörü arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki

görülmediğini ortaya koymaktadır (Cengiz, Işık ve Yaşartürk, 2016). Dönmez'in çevrimiçi oyun bağımlılığının bilinçli farkındalık ve yaşam doyumu ile ilişkisini incelediği araştırma bulguları cinsiyet değişkeni ile bilinçli farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koymaktadır (Dönmez, 2018). Aynı şekilde Güner'in ortaöğretim kurumları öğrencilerinin cep telefonu bağımlılığının yordayıcısı olarak bilinçli farkındalığı incelediği araştırma bulguları da benzer sonuçlar saptamıştır (Güner, 2019). Alçay'ın ergenlerde problemlerle internet kullanımı ile bilinçli farkındalık ve öz düzenleme arasındaki ilişkilerin incelediği araştırma bulguları cinsiyet değişkeni ile bilinçli farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir (Alçay, 2019). İncelenen bu araştırmalar bilinçli farkındalık ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki yoktur hipotezini destekler niteliktedir.

Kısmetoğlu'nun 15-18 yaş arası ergenlerde duygu düzenleme ve bilinçli farkındalık becerilerinin kaygı düzeyleri ile ilişkisini incelediği çalışmada bilinçli farkındalık ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşmıştır (Kısmetoğlu, 2019). Literatür çalışmaları incelendiğinde çoğu çalışma bulgularının bizim çalışma bulgumuzu destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Elde edilen bulgu sonuçlarının aksini ortaya koyan bu araştırma ile hipotezimizin benzerlik göstermemesinde örneklemin azlığı veya çokluğu, zamansal farklılıklar, katılımcıların soruları içtenlikle yanıtlamaları ve örneklem grubunda yer alan katılımcıların farklılığı gibi faktörlerin etkili olduğu düşünülebilir.

Sağlık anksiyetesi puanlarının cinsiyet değişkenine göre incelenmesi:

Sağlık anksiyetesi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak için yapılan Grup t testi sonucunda iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; Şimşekoğlu'nun hemşirelerin sağlık kaygısını değerlendirdiği araştırma bulguları sağlık anksiyetesi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir (Şimşekoğlu ve Mayda, 2016). Karadayı'nın yaptığı çalışma bulgularına göre de sağlık kaygısı ile cinsiyet değişkeni arasında ilişki olmadığı sonucu elde edilmiştir (Karadayı, 2020). Ünalın yaptığı araştırma sonuçlarına göre sağlık anksiyetesi ile cinsiyet, yaş, akademik başarı değişkenleri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Ünalın, 2014). Mutlu'nun yaptığı

olduğu çalışma bulguları cinsiyet ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koymaktadır (Mutlu, 2013). Karapıak ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmada cinsiyete göre sağlık anksiyetesi düzeyinde bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Karapıak, Aktaş ve Aslan, 2012). Noyes ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışma sonuçlarına göre sağlık anksiyetesi alt boyutlarından dışlanma ve bedensel duyumlara odaklanma ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık olmadığı sonucu elde edilmiştir (Noyes, Stuart, Langbehn, Happel ve Longley, 2003). İncelenen bu araştırmalar sağlık anksiyetesi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki yoktur hipotezini destekler niteliktedir.

Farklı rneklem grubu ile çalışan araştırmalarda bu hipotezin aksi yönünde bulgular ortaya koyulmuştur. Literatür alışmaları incelendiğinde; MacSwain ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırma sonuçları sağlık anksiyetesinin kadın bireylerde daha yüksek olduğunu saptamaktadır (Macswain, Simon, Stewart, & Watt, 2009). Aynı Şekilde Yılmaz ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışma bulguları da sağlık kaygısının kadın bireylerde daha fazla olduğunu destekler niteliktedir (Yılmaz ve Ayvat, 2018). Literatür alışmaları incelendiğinde sağlık anksiyetesi ile cinsiyet arasındaki ilişkiye dair farklı sonuçlar yer almakla birlikte genellikle çalışma bulgularının bizim çalışma bulgumuzu destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Çalışmamızda elde edilen bulgu sonuçları ile aksini ortaya koyan araştırma bulguları arasındaki farklılıkta da çalışmalardaki örneklemenin azlığı veya çokluğu, zamansal farklılıklar, katılımcıların soruları içtenlikle yanıtlamaları ve örneklem grubunda yer alan katılımcıların farklılığı gibi faktörlerin etkili olduğu düşünülebilir.

Algılanan stres düzeyi ile gelir durumu değişkeni arasındaki ilişkinin incelenmesi

Algılanan stres ile gelir durumu değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını saptamak amacıyla uygulanan Tukey karşılaştırma testi sonucuna göre Yüksek Geliri olan grup, diğer gruplardan daha az puan aldığı için gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde Soukup ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışma bulguları gelir düzeyi orta olan bireylerin, gelir düzeyi yüksek olan bireylere oranla stres düzeylerinin fazla olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda bu bireylerin stresle başa çıkma yöntemlerinden kaçınma stilini daha çok kullandıkları görülmüştür (Soukup , Beiler, & Terrell , 1990). Bilgel

ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinin duygu durumlarını araştırdıkları araştırma bulguları da gelir seviyesi orta ya da kötü düzeyde olan bireylerin stres ve depresyon puanlarının gelir düzeyi yüksek olan öğrencilere oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir (Bilgel, Kabataş, Atalar ve Gündüz, 2007). İncelenen bu çalışmalar hipotezimizi destekler nitelikte sonuç elde etmişlerdir.

Algılanan stres düzeyi ile cinsiyet değişkeni arasındaki ilişkinin incelenmesi

Algılanan stres düzeyi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak için yapılan Grup t testi sonucunda gruplar arasında Kadın grubun daha fazla puan aldığından dolayı anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; Erten'in cinsiyet değişkenine göre çalışmaya katılan öğrencilerin algılanan stres düzeylerine baktığı araştırma bulguları kadın bireylerde algılanan stres düzeyinin erkek bireylere oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir (Erten, 2020). Özyürek (2010) ve Candangil'in (2006) yapmış oldukları çalışma bulguları benzer şekilde kadınlarda yer alan stres ve kaygı durumunun erkek bireylere oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir (Özyürek ve Demiray, 2010), (Candangil & Ceyhan, 2006). Kadın ve erkeklerin algılanan stres düzeylerindeki farklılığın sebebi olarak baş etme stratejilerinin farklılığının etkili olduğu düşünülmektedir (Demircioğlu, 2014). Crocker ve Graham'ın araştırma bulguları kadın ve erkek sporcuların algılanan stres düzeylerinde ve başa çıkma becerilerinde anlamlı derece farklılık olduğunu göstermektedir (Crocker ve Graham, 1995). Başaran ve arkadaşlarının çalışma sonuçları da cinsiyet değişkeni ile algılanan stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu destekleyen bulgular elde etmiştir (Başaran, 2009). Savcı ve Aysan'ın üniversite öğrencileriyle yaptıkları araştırma sonuçlarına göre kadın bireylerin stres düzeylerinin erkek bireylere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (Savcı & Aysan, 2014). Algılanan stres düzeyi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koyan pek çok çalışma bulunmaktadır (Eskin , Harlak, Demirkıran ve Dereboy, 2013) (Gözeler, 2018). Yerlikaya'nın üniversite öğrencilerinin mizah tarzları ile algıladıkları stres, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelediği araştırma bulguları kadın bireyleri algılanan stres puanlarının erkek bireylere oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir (Yerlikaya, 2009). İncelenen bu araştırmalar algılanan stres düzeyi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki vardır hipotezini destekler niteliktedir.

Türkçapar'ın araştırma sonuçlarına göre beden eğitimi bölümü öğrencilerinin algılanan stres düzeyleri ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (Türkçapar ve Sargın, 2012). Aynı şekilde Türkay ve Sökmen'in yapmış oldukları çalışma bulguları algılanan stres düzeyi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koymaktadır (Türkay ve Sökmen, 2014). Elde edilen bulgu sonuçlarının aksini ortaya koyan bu araştırma ile hipotezimizin benzerlik göstermemesinde örneklemin azlığı veya çokluğu, zamansal farklılıklar, katılımcıların soruları içtenlikle yanıtlamaları ve örneklem grubunda yer alan katılımcıların farklılığı gibi faktörlerin etkili olduğu düşünülebilir.

Algılanan stres düzeyi, Sağlık anksiyetesi ve günlük internet kullanımı arasındaki ilişkinin incelenmesi:

Algılanan stres düzeyi ile günlük internet kullanımı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Yani günlük internet kullanımında artış oldukça algılanan stres düzeyinde de artış meydana gelmektedir. Davis'in (2001) geliştirdiği bilişsel-davranışsal kurama göre sağlıklı internet kullanımı olan kişilerde yalnızlık, stres ve depresyonun daha fazla olduğu görülmektedir (Davis A. R., 2001). Literatür çalışmaları incelendiğinde; Yıldız ve Bölükbaş'ın yapmış oldukları araştırma bulgularına göre bireylerin internet kullanma sürelerinde artış oldukça, sosyal ilişkilerinde azalmalar meydana gelmekte ve bu bireylerde stres, sosyal izolasyon, depresyon gibi belirtiler daha fazla görülmektedir (Yıldız ve Bölükbaş, 2005). Sağlık anksiyete düzeyi ile günlük internet kullanımı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Yani günlük internet kullanımında artış oldukça sağlık anksiyetesinde de artış meydana gelmektedir. İncelenen bu çalışmalar bulgularımızı destekler nitelikte sonuç elde etmişlerdir. Huisman ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırma bulgularına göre internetin aşırı kullanımı psikosozal problemlere neden olmakla beraber kişide sağlık anksiyetesi, depresyon ve davranım bozukluklarını arttırmaktadır (Huisman, Den ve Garretsen, 2001). Black ve arkadaşlarının araştırma sonuçları kompulsif bilgisayar ve internet kullanan kişilerde önemli psikiyatrik rahatsızlıklarının olduğunu ve sağlık anksiyetesi, madde bağımlılığı, anksiyete, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunu arttırdığını göstermektedir (Black, Belsare ve Schlosser, 1999).

Bilinçli farkındalık düzeyi ile yaş değişkeni arasındaki ilişkinin incelenmesi:

Bilinçli farkındalık düzeyi ile yaş değişkeni arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yani yaş değişkeninde artış oldukça Bilişsel Farkındalık düzeyinde de artış meydana gelmektedir. Araştırmadan elde edilen bulgu sonuçlarına göre yaş değişkeninin bilinçli farkındalığı anlamlı derecede yordadığı görülmektedir. Güner'in ortaöğretim kurumlarındaki öğrenciler ile yapmış olduğu araştırma bulguları sınıf düzeyinde artış meydana geldikçe bilinçli farkındalık düzeyinde de artım meydana geldiğini saptamaktadır. Son sınıf öğrencilerinde bilinçli farkındalık düzeyinin artış göstermesinde gençlerin olgunlaşması faktörünün etkili olduğu düşünülmektedir (Güner, 2019). Cengiz'in (2015) tekvando sporcuları ile yaptıkları araştırma sonuçlarına göre yaş düzeyinde artış meydana geldikçe doğru orantılı olarak sporcuların bilinçli farkındalık düzeylerinde de artma meydana geldiği gözlemlenmiştir (Cengiz, Serdar ve Donuk, 2016). Yavuz ve arkadaşlarının ergen yaş grubunda bilinçli farkındalık ölçeğinin psikometrik özelliklerinin incelenmesi amacıyla yapmış olduğu çalışma sonuçları bilinçli farkındalık düzeyinin ergen bireylerde diğer yaş dönemdeki bireylere oranla psikometrik özelliklerinin daha iyi olduğu saptanmıştır (Yavuz, Çalkan , Sönmez ve Tetik , 2019). Bu çalışma bulguları hipotezimizi destekler niteliktedir.

Bilinçli farkındalık düzeyi ile üniversite öğrencilerinde algılanan stres arasındaki ilişkinin incelenmesi:

Bilinçli farkındalık düzeyi ile üniversite öğrencilerinde algılanan stres arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yani Bilişsel Farkındalık düzeyi arttıkça, algılanan stres puanları düşmektedir. Araştırmadan elde edilen bulgu sonuçlarına göre Bilinçli Farkındalığın algılanan stresi anlamlı derecede yordadığı görülmektedir. Literatür çalışmaları incelendiğinde; Zimmaro ve arkadaşlarının devlet üniversitesindeki lisans öğrencileri ile yapmış oldukları araştırma sonuçları yüksek eğilimli farkındalığı bulunan bireylerin algılanan stres düzeylerinin az olduğunu ve günlük kortizol seviyelerinin düşük olduğunu saptamaktadır (Zimmaro, Salmon, Naidu, Rowe ve Philips, 2016). Hoffman ve arkadaşlarının 2010 yılında 1140 katılımcı birey ile yapmış oldukları araştırma bulguları bilinçli farkındalık yöntemlerinin, algılanan stres ve anksiyete üzerinde olumlu sonuç verdiğini ortaya koymaktadır (Hoffman, Sawyer ve Witt, 2010). Cash ve arkadaşlarının 106 lisans öğrencisi ile

yapmış oldukları çalışma sonuçları günlük faaliyetler esnasında yüksek farkındalığı bulunan bireylerin stres ve anksiyete belirtilerini daha az gösterdiklerini ve bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir (Cash & Whittingham, 2010). Kaviani ve arkadaşlarının çalışma sonuçları da bilinçli farkındalık yöntemlerinden Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (Mindfulness Based Cognitive Therapy-MBCT) 'nin kaygı yaratan durumlarda yardımcı olduğunu ve stres öncesi, sonrası oluşan olumsuz otomatik düşüncelerde azalma meydana getirdiğini ortaya koymaktadır (Kaviani, Javaheri, & Hatami, 2011). Sharp ve arkadaşlarının çalışma bulguları bilinçli farkındalık eğitimlerinin ve tekniklerinin strese sebep olan etkenler ile başa çıkmada etkili olduğunu göstermektedir. Bu araştırma sonucuna göre de bilinçli farkındalık ile algılanan stres arasında anlamlı bir ilişki vardır (Sharp ve Harvey, 2001). Bilinçli farkındalık ve stres azaltma eğitimleri ile ilgili yapılan bir araştırma sonucuna göre bilinçli farkındalık eğitimine katılan bireylerin stres düzeylerinde anlamlı derecede azalma olduğu görülmüştür. Newsome'nin 31 katılımcı birey ile yapmış olduğu bu araştırma bulguları bilinçli farkındalık çalışmalarının algılanan stres düzeyini azalttığını göstermektedir (Newsome, 2010). Brown ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada bilinçli farkındalık eğitimlerinin ve tekniklerinin kanser tanısı almış hastalarda stres düzeylerini azalttığı görülmektedir. Bu araştırma sonucuna göre bilinçli farkındalık seviyesinin artış göstermesi ile birlikte algılanan stres düzeyinde azalma meydana gelmektedir (Brown & Ryan, Richard The Benefits Of Being Present: Mindfulness And Its Role In Psychological Well-Being, 2003). Aynı şekilde Hülshager ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırma sonuçları da bu bulguyu destekler nitelikte sonuç elde etmiştir (Hülshager , Feinholdt ve Lang, 2013). İncelenen bu araştırma bulguları bilinçli farkındalık düzeyi ile algılanan stres arasında anlamlı bir ilişki vardır hipotezini destekler niteliktedir.

Sağlık anksiyetesi ile bilinçli farkındalık düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi:

Sağlık anksiyetesi ile bilinçli farkındalık düzeyi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yani bilinçli farkındalık düzeyinde azalma meydana geldikçe sağlık anksiyetesi puanlarında artış olduğu görülmektedir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre Bilinçli Farkındalık düzeyleri, Sağlık Anksiyetesini anlamlı düzeyde yordamaktadır. Literatür çalışmaları incelendiğinde Cacciator ve Rubin'in yapmış oldukları araştırma sonuçları sağlık anksiyetesi ile bilinçli farkındalık arasında anlamlı

bir ilişki olduğunu, bilinçli farkındalık uygulamaları, meditasyon ve bilinçli farkındalık çalışmalarının sağlık anksiyetesini azaltmada önemli yordayıcı olduklarını ortaya koymaktadır (Cacciatore ve Rubin, 2016). Cheng'in yapmış olduğu çalışma bulguları iletişim ve dini temelli bilinçli farkındalık eğitimlerinin sağlık anksiyetesini ve kaygı düzeyini azalttığını göstermektedir (Cheng, 2017).

Mayorga ve arkadaşlarının 20 psikolojik danışma öğrencisi ile yapmış oldukları deneysel araştırma bulguları bilinçli farkındalık çalışmaları ve meditasyon sonrasında öğrencilerin sağlık anksiyetesini düzeylerinde azalma olduğunu göstermektedir (Mayorga ve De, 2016). Desrosiers ve arkadaşlarının klinik örneklem grubundan 187 yetişkin birey ile yapmış oldukları araştırma sonuçlarına göre farkındalık ile depresyon arasında önemli ölçüde ilişki olduğu ve farkındalığın sağlık anksiyetesini yordamada önemli bir etkisi olduğu sonucu elde edilmiştir (Desrosiers, Vine, & Klemanski, 2013). Hoge ve arkadaşlarının 136 katılımcı birey ile yapmış oldukları araştırma bulguları yaygın anksiyete bozukluğu bulunan bireylerde sağlık anksiyetesini seviyesinin yüksek, bilinçli farkındalığın ise düşük seviyede olduğunu saptamaktadır. Araştırma sonucuna göre anksiyete belirtisi olan bireylerin engellenmeye karşı korunmada farkındalığın önemli bir etken olacağı görülmüştür (Hoge ve Hölzel, 2013). İncelenen bu araştırmalar sağlık anksiyetesini ile bilinçli farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır hipotezini destekler niteliktedir.

Algılanan stres düzeyi ile sağlık anksiyetesini arasındaki ilişkinin incelenmesi:

Algılanan stres düzeyi ile sağlık anksiyetesini arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yani algılanan stres düzeyi arttıkça, sağlık anksiyetesinde artış meydana gelmektedir. Araştırmadan elde edilen bulgu sonuçları algılanan stres düzeyinin sağlık anksiyetesini anlamlı düzeyde yordadığını saptamaktadır. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; Sağlık anksiyetesini ile algılanan stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Kişiler yaşantılarında tehlike durumu oluşturan durumlara karşı eğitim düzeyleri ne düzeyde olursa olsun stres ve kaygı durumu yaşamaktadırlar. Ekiz ve Göz'ün koroner anjiyografi öncesi hastaları bilgilendirmenin anksiyete düzeyi üzerine etkisinin değerlendirilmesi adlı çalışmalarının bulguları hastaların koroner anjiyografiye karşı anksiyete yaşadıkları ve işlem öncesi yapılan bilgilendirme ile anksiyete düzeylerinde azalma olduğu

saptanmıştır (Ekiz ve Göz, 2005). Gökgündüz'ün yapmış olduğu araştırma sonuçları da anjiyografi işlemi öncesinde yapılan bilgilendirmenin bireylerin nabız, kan glukoz seviyesi, kan basıncı, anksiyete ve durumluluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir şekilde etkilediğini göstermektedir (Gökgündüz, 2005). Türkmen'in araştırma bulguları sağlık anksiyetesi ile algılanan stres düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Türkmen, 2019). Bene ve Foxall'ın 30 bakım hemşiresi ve 40 medikal cerrahi hemşiresinde ölüm ve sağlık kaygısı ile iş stresi arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırma bulguları ölüm kaygısı ve sağlık anksiyetesinin medikal cerrahi hemşirelerin iş stres sıklığını ve şiddetini arttırdığını gösterirken bakım hemşirelerinde stres düzeylerinde anlamlı bir farklılık ortaya koymadığını saptamaktadır (Bene ve Foxall, 1991). Geçtan'ın yapmış olduğu çalışma bulguları sağlık anksiyetesi ile algılanan stres düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Geçtan, 2016). Sinha ve Nigan'ın yapmış olduğu araştırma sonuçları da hipotezimizi destekler nitelikte sonuçlar saptamıştır (Sinha ve Nigan, 1993). Nayab ve Kamal 408 üniversite öğrencisi ile yaptıkları araştırma bulgularına göre terörizmin algılanan stres düzeyini ve sağlık kaygısını arttırmada önemli bir etken olduğu görülmüştür. Aynı zamanda kız öğrencilerdeki algılanan stres düzeyi ve anksiyetenin erkek öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Nayab ve Kamal, 2010). Abdel-Khalek ve Tomas-Sabado'nun araştırma sonuçlarına göre sağlık anksiyetesinin stres düzeyini arttırdığını saptamaktadır (Abdel-Khalek ve Tomas-Sabado, 2005). İncelenen bu araştırmalar sağlık anksiyetesi ile algılanan stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır hipotezini destekler niteliktedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonucunda;

Algılanan stres düzeyi ile sağlık anksiyetesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Algılanan stres düzeyinde artış meydana geldikçe anlamlı olarak sağlık anksiyetesinde de artış meydana gelmektedir. Bilinçli farkındalık düzeyi ile sağlık anksiyetesi ve algılanan stres düzeyi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bilinçli farkındalık düzeyinde artış meydana geldikçe sağlık anksiyete düzeyinde ve algılanan stres düzeyinde azalma olmaktadır.

Cinsiyet değişkeninin Algılanan Stres düzeyini anlamlı olarak yordadığı görülmektedir. Algılanan stresin kadın bireylerde daha fazla olduğu görülmüştür.

Yaş değişkeni arttıkça anlamlı olarak Bilinçli Farkındalık düzeyinde de artış meydana geldiği görülmektedir.

Gelir durumu değişkeninin Algılanan Stres düzeyini ve Bilinçli Farkındalık düzeyini anlamlı derecede yordadığı görülmektedir. Gelir durumu yüksek bireylerin, algılanan stres düzeyinin düşük, Bilinçli Farkındalık düzeyinin ise yüksek olduğu görülmektedir.

Günlük internet kullanımı ile Algılanan Stres düzeyi ve Sağlık Anksiyetesi arasında negatif yönlü pozitif bir ilişki olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak; araştırma ve araştırma esnasında yararlanılan kaynaklardan ve elde edilen gözlemlerden yola çıkılarak bu alanın gelişimine katkı için şu öneriler yapılabilir:

Elde edilen bulgu sonuçları, bilinçli farkındalığın artması ile birlikte sağlık anksiyetesinin ve algılanan stres düzeyinin azalacağını saptamaktadır. Stres düzeyi ve sağlık anksiyetesi seviyesi normal sınırın üstüne çıktığında kişinin hayatı olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu değişkenlerin azaltılması için bilinçli farkındalık eğitim ve tekniklerinin bireylere uygulanması önerilebilir.

Gelir durumu yüksek bireylerde, algılanan stres düzeyi düşük, Bilinçli Farkındalık düzeyinde ise yüksek görülmektedir. Klinik uygulamalar esnasında bu bilgi doğrultusunda, düşük ve orta gelirli bireyler için de farkındalık çalışmalarına tedavi sürecinde yer verilmesi önerilebilir.

İnternet kullanımının artış göstermesi ile birlikte bireylerin algılanan stres düzeylerinin ve sağlık anksiyetelerinin arttığı görülmüştür. Bu değişkenin azaltılması adına eğitim kurumlarında, iş yerlerinde ve belediyelerde bilinçli internet kullanımı ile ilgili seminer ve bilgilendirmelerin yapılması önerilebilir.

Bu araştırmanın ışığında benzeri konularda araştırma yapacak olan bireylerin daha büyük bir örneklem grubu ile çalışmayı yönetmesi, daha çok kişiden veri toplaması, daha genel sonuçların elde edilmesi adına yararlı olacaktır.

KAYNAKÇA

- Abdel-Khalek, A. ve Tomas-Sabado, J. (2005). Anxiety and death anxiety in egyptian and spanish nursing students. *Death Studies*, 29,157-169.
- Abramowitz, S. J. (2007). Health anxiety hypochondriasis and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 38, 86–94.
- Aktürk, O. Z. (2019). Sosyodemografik Özellikler İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Anksiyetesi Üzerine Etkisinin Araştırılması. Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 16-34.
- Alçay, E. S. (2019). Ergenlerde Problemlı İnternet Kullanımı İle Bilinçli Farkındalık ve Öz Düzenleme Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi, Antalya: Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Akdeniz Üniversitesi, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Aldwin, M. C. (2007). Stress coping and development. *2nd Edition*.
- Andersson, G. Hedman, E. ve Andersson, E. (2011). Internet based cognitive behavioural therapy for severe health anxiety: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*, 198 (3), 230-6.
- Arslan, I. (2018). Bilinçli Farkındalık Depresyon ve Algılanan Stres Arasındaki İlişki. *Birey ve Tolum Dergisi*, 8 (16), 79-80.
- Arthur, J. B. ve Coeytaux, R. R. (1993). Hypochondriacal patients' beliefs about good health. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1085-1089.
- Asmundson, G. J. ve Whedon, M. (2010). Health anxiety: current perspectives and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 12(4), 12-306.
- Asmundson, G. Taylor, S. ve Sevgur, S. (2001). Health Anxiety: Classification And Clinical Features. In G. J. G. Asmundson, S. Taylor ve B. J. Health Anxiety: Clinical And Research Perspectives On Hypochondriasis And Related Disorders.
- Association, A. P. (2000). Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders (4th Ed, Text Rev). *Dc: Author*.
- Association, A. P. (2013). Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (5th Ed.). *American Psychiatric Publishing*.

- Aydemir, Ö. Kırkpınar, İ. Satı, T. Uykur, B. ve Cengisiz, C. (2013). Reliability and validity of the turkish version of the health anxiety inventory. *Archives of Neuropsychiatry*, 50, 325-331.
- Aydın, B. (2005). *Çocuk ve ergen psikolojisi*. Ankara: Atlas Yayınları.
- Aydın, İ. (2016). *İş yaşamında stres*. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Azak, A. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin bilinçli farkındalık düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim Araştırma Dergisi*, 15 (3), 170-176.
- Balcıoğlu, İ. ve Savrun, M. (2001). Stres ve hormonlar. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 2 (1), 43-50.
- Baltaş, A. ve Baltas, Z. (2018). *Stres ve başa çıkma yolları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Barsky, A. Wool, C. Barnett, C. M. ve Cleary, D. P. (1994). Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *American Journal Of Psychiatry*, 151, 397- 401.
- Barsky, J. A. ve Borus, F. J. (1995). Somatization And medicalization in the era of managed care. *Jama*, 274, 1931–1934.
- Başaran, M. H. (2009). Sporcularda Durumluk Ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21, 533–544.
- Başçı, Z. (2018). Sağlık Çalışanlarında Algılanan Stres Düzeyinin İncelenmesi. İstanbul: Sosyal Bilimler Enstitüsü, Üsküdar Üniversitesi, 33-41.
- Başpınar, E. S. (2020). Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Sınav Kaygısı İle Algılanan Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Malatya: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İnönü Üniversitesi, 29-46.
- Bene, B. ve Foxall, J. M. (1991). Death anxiety and job stress in hospice and medical-surgical nurses. *The Hospice Journal*, 7(3), 25-41.
- Bilgel, N. Kabataş, B. Atalar, G. ve Gündüz, Y. (2007). Öğrencilerinin Duygudurum Araştırması. Uludağ Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi.
- Birnie, A. K. Chambers, T. C. ve Uman, S. L. (2018). *Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents*. Cochrane Database Of Systematic Reviews.

- Black, D. Belsare, G. ve Schlosser, G. (1999). Clinical features psychiatric comorbidity and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. *J Clin Psychiatry*, 60, 839- 44.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss volume 1 attachment*. Penguin Books.
- Bozkurt, T. (2010). *Stres*. İstanbul: İstanbul Kültür Üniversitesi Yayınları.
- Brown, K. W. ve Ryan, M. (2003). Richard The Benefits Of Being Present: Mindfulness And Its Role İn Psychological Well-Being. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Brown, K. W. ve Vansteenkiste, M. (2006). *Future and present time perspectives goal-attainment and well-being, antithetical or complementary*. Manuscript İn Preparation.
- Brown, K. W. Ryan, M. R. ve Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations And Evidence For Its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.
- Cacciatore, J. ve Rubin, B. J. (2016). The Last Of Human Desire: Grief, Death, And Mindfulness. *Mindfulness And Buddhist-Derived Approaches İn Mental Health And Addiction*, 247-257.
- Candangil, Ö. S. ve Ceyhan, A. A. (2006). Denetim Odakları Farklı Lise Öğrencilerinin Bazı Kişisel Özelliklerine Göre Karar Vermede Öz-Saygı Ve Stres Düzeyleri. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 2, 71-88.
- Cash, M. ve Whittingham, K. (2010). What Facets Of Mindfulness Contribute To Psychological Well-Being And Depressive, Anxious And Stress-Related Symptomatology. *Mindfulness*, 1, 177-182.
- Cengiz, R. Işık, U. ve Yaşartürk, F. (2016). Investigating Mental Toughness and Mindful Attention Awareness Levels of Professional Football Candidates. *Educational Research and Publications Association*, 978-605, 1-4.
- Cengiz, R. Serdar, E. ve Donuk, B. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Bilinçli Farkındalık ve Girişimcilik Düzeylerinin İncelenmesi. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2(4), 1320-1328.
- Cenkseven, F. Ö. ve Çağrı, U. (2018). Bilinçli Farkındalık Ve Algılanan Stres İlişkisinde Ruminasyon Ve Olumsuz Duygu Düzenlemenin Aracı Rolü. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(3), 1004-1019.

- Cheng, F. K. (2017). Buddhist insights into life and death: overcoming death anxiety. *Athens Journal Of Social Sciences*, 4(1), 67-87.
- Cohen, S. Kamarck, T. ve Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal Of Health And Social Behavior*, 85-396.
- Cohen, S. Kamarck, T. ve Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*, 24, 96-385.
- Crane, S. R. Brewer, J. F. Kabat-Zinn, J. ve Santorelli, S. W. (2017). What defines mindfulness-based programs the warp and the weft. *Psychological Medicine*, 47, 990-999.
- Crocker, P. ve Graham, R. T. (1995). Coping by competitive athletes with performance stress: gender differences and relationships with affect. *The Sport Psychologist*, 9(3), 325-338.
- Çatak, P. ve Devrim, Ö. K. (2010). Farkındalık temelli terapiler ve terapötik süreçler. *Klinik Psikiyatri*, 13, 85-91.
- Çıkrıkçı, Ö. (2016). Çocuk ve ergenler için bilinçlilik ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 24(2), 905-916.
- Çirik, A. (2018). Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Stres Faktörlerinin Belirlenmesine ve Stres Yönetimlerine İlişkin Bir Araştırma. Ankara: Gazi Üniversitesi.
- Davis, A. R. (2001). A Cognitive-Behavioral Model For Pathological Internet Use (PIU). *Computers in Human Behavior*, 17(2), 187-195.
- Davis, K. (1984). *İşletmelerde insan davranışı*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları.
- Deale, A. (2007). Psychopathology And Treatment Of Severe Health Anxiety. *Psychiatry*, 6(6), 240-246.
- Demir, V. (2014). Bilinçli Farkındalık Temelli Hazırlanan Eğitim Programının Bireylerin Depresyon Ve Stres Düzeyleri Üzerine Etkisi. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi.
- Demir, V. (2015). Görme engellilerde depresif belirtilere yönelik bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programının etkililiği. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 3(6), 77-93.

- Demircioğlu, H. (2014). Lise öğrencilerinin stresle başetme stratejileri. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2, 92-385.
- Desrosiers, V. Vine, V. ve Klemanski, D. (2013). Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action. *Depression And Anxiety*, 30(7), 654-661.
- Dönmez, ř. (2018). Çevrimiçi Oyun Bağımlılığının Bilinçli Farkındalık ve Yaşam Doyumu ile İlişkisi. İstanbul: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Dryden, W. ve Still, A. (2006). Historical aspects of mindfulness and self-acceptance in psychotherapy. *Journal Of Rational-Emotive ve Cognitive-Behavior Therapy*, 24(1), 3-28.
- Durualp, E. Kara, F. N. Yılmaz, V. ve Alaybeyoğlu, K. (2010). Kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ve ebeveynlerinin görüşlerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 63(2).
- E, E. (2007). *Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi*. , İstanbul: Beta Yayınları, 292-294.
- Ekiz, S. ve Göz, F. (2005). Koroner anjiyografi öncesi hastaları bilgilendirmenin anksiyete düzeyi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences*, 20-30.
- Ellis, J. B. Jackson, J. J. ve Boyce, W. T. (2006). The Stress Response Systems: Universality And Adaptive İndividual Differences. *Developmental Review*, 6(2), 175-212.
- Emily, M. O. Christina, M. L. Kristen, M. K. ve Alison, C. M. (2018). An examination of mindfulness skills in terms of affect tolerance among individuals with elevated levels of health anxiety. *Anxiety Stress Coping*, 31(6), 702-713.
- Erten, S. B. (2020). Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Sınav Kaygısı İle Algılanan Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Malatya: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İnönü Üniversitesi.
- Eskin, M. Harlak, H. Demirkıran, F. ve Dereboy, Ç. (2013). Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. *New Symposium Journal*, 51(1).

- Fulton, R. P. ve Siegel, D. R. (2005). Buddhist and western psychology: seeking common ground. In C. K. Germer, R. D. Siegel Ve P. R. Fulton (Eds.) *Mindfulness And Psychonyanaponika Therapy*. Guilford Press, 55-72.
- Geçtan, E. (2016). *Varoluş ve psikiyatri*. İstanbul: Metis Yayınları.
- Germer, C. (2004). What is mindfulness. *Insight Journal*, 22, 24-29.
- Germer, K. C. Siegel, D. R. ve Fulton, F. P. (2005). *Mindfulness and psychoterhapy*. New York: Guilford Press.
- Gökgündüz, Ö. (2005). Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilecek Eğitimin Kaygı Düzeylerine Etkisi. Kayseri: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erciyes Üniversitesi.
- Gözeler, P. S. (2018). Algılanan Stres Düzeyi Ve İlişkilerde Yüklemelerin Evlilik Uyumu İle İlişkisi. İstanbul: Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maltepe Üniversitesi.
- Guerra, J. Garcia, M. Turanzas, J. Cordon, R. J. Suarez-Jurado, C. ve Mestre, J. M. (2019). A brief spanish version of the child and adolescent mindfulness measure (camm), a dispositional mindfulness measure. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 16(8), 1355.
- Güçlü, N. (2001). Stres yönetimi. *Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 4-5, 91-109.
- Gül, A. İ. Özdemir, T. ve Börekçi, E. (2016). Health anxiety levels in patients admitted to internal medicine outpatient clinic for several times. *Journal Of Clinical And Analytical Medicine*, 7(4), 9-437.
- Güldal, Ş. (2019). Bilinçli Farkındalık Temelli Ergenlere Yönelik Psikoeğitim Programının Karakter Güçlere Bilinçli Farkındalık ve Akademik Başarı Gelişimine Etkisinin İncelenmesi. İstanbul: Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Marmara Üniversitesi.
- Gümüştekin, E. G., ve Öztemiz, A. B. (2005). Örgütlerde stresin verimlilik ve performansla etkileşimi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(1), 271-288.
- Güner, U. (2019). Ortaöğretim Kurumları Öğrencilerinin Cep Telefonu Bağımlılığının Yordayıcısı Olarak Bilinçli Farkındalık. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

- Güzel, A. ve Kurtuldu, A. (2018). Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlık ile ilgili konularda internet kullanımını hakkında. *Turkish Studies Social Sciences*, 13(18), 741-755.
- Hadjistavropoulos, H. ve Lawrence, B. (2007). Does anxiety about health influence eating patterns and shape-related body checking among females. *Personality And Individual Differences*, 43(2), 319-328.
- Hanh, T. N. (1987). *The miracle of mindfulness: an introduction to the practice of meditation*. Boston: Beacon Press.
- Hankin, J. ve Oktay, S. J. (1979). *Mental disorder of primary medical care: an analytical review of the literature (U.S. Dhew Publication No.78-661)*. Washington: Dc: U.S. Department Of Health Education And Welfare.
- Hayes, A. ve Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion. *Regulation and the Process of Change in Therapy*, 255-262.
- Hoffman, G. S. Sawyer, A. T. ve Witt, A. A. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 78(2), 169.
- Hogan, B. (2010). *Coping with health anxiety*. Improving Access To Psychological Therapies, 1-24.
- Hoge, E. ve Hölzel, B. (2013). Mindfulness and self-compassion in generalized anxiety disorder: examining predictors of disability. *Evidence-Based Complementary And Alternative Medicine*, 258-576.
- Hökelekli, H. (2013). *Psikolojiye giriş*. Bursa: Emin Yayınları.
- Huisman, A. V. Den, E. R. ve Garretsen, H. (2001). Internet addiction"-a call for systematic research. *J Subst Use*, 6:7-10.
- Hülshager, R. U. Feinholdt, A. ve Lang, W. J. (2013). Benefits of mindfulness at work: the role of mindfulness in emotion regulation emotional exhaustion and job satisfaction. *Journal Of Applied Psychology*, 98(2), 310.
- İflazoğlu, A. S. ve Saban, A. (2008). Sınıf öğretmenliği öğrencilerinin bilişsel farkındalıkları ile güdülerinin bazı sosyo-demografik değişkenlere göre incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 9(1), 35-58.

- Johanson, J. G. (2006). The use of mindfulness in psychotherapy. *Annals Of The American Psychotherapy Association*, 9(2), 15-24.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past present and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind and body to face stress pain and illness*. New York: Delacorte.
- Karabal, N. (2020). Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Verenlerde Sağlık Algısı İle Sağlık Anksiyetesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Samsun: Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ondokuz Mayıs Üniversitesi.
- Karadayı, Ö. (2020). Ortoreksiya Ve Bozuk Yeme Tutumlarının Beden İmgesi Sağlık Kaygısı Ve Obsesif İnançlarla İlişkinin İncelenmesi. İstanbul: Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Maltepe Üniversitesi.
- Karapıçak, Ö. K. Aktaş, K. ve Aslan, S. (2012). Panik bozukluğunda sağlık kaygısı envanteri Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15, 41-48.
- Kaviani, H. Javaheri, F. ve Hatami, N. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy (mbct) reduces depression and anxiety induced by real stressful setting in non-clinical population. *International Journal Of Psychology And Psychological Therapy*, 11(2), 285-296.
- Kısmetoğlu, G. (2019). 15-18 Yaş Arası Ergenlerde Duygu Düzenleme ve Bilinçli Farkındalık Becerilerinin Kaygı Düzeyleri İle İlişkinin İncelenmesi. İstanbul: Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gelişim Üniversitesi.
- Konak, A. (2005). Yaşlılık olgusu: Sivas Huzurevi Örneği. *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, 29(1), 23-63.
- Kong, F. Wang, X. ve Zhao, J. (2014). Dispositional mindfulness and life satisfaction: the role of core self-evaluations. *Personality And Individual Differences*, 56, 165-169.
- Koven, S. N. ve Abry, W. A. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*, 11, 385-394.
- Lazarus, S. R. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Reviews Psychology*, 44, 1-21.

- Lazarus, S. R. (2006). Emotions and interpersonal relationships: toward a personcentered conceptualization of emotions and coping. *Journal Of Personality*, 74(1), 9-46.
- Lazarus, S. R. ve Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York.
- Lipsitt, R. D. (2001). The time has come to speak of many things. *Advances In Mind-Body Medicine*, 17(4), 249-256.
- Looper, J. K. ve Kirmayer, J. L. (2001). Hypochondriacal concern in a community population. *Psychological Medicine*, 31, 577-584.
- Lucock, P. M. ve Morley, S. (1996). The health anxiety questionnaire. *British Journal Of Health Psychology*, 1, 50-137.
- Macswain, K. L. Simon, S. Stewart, S. ve Watt, M. (2009). Gender differences in health anxiety: an investigation of the interpersonal model of health anxiety. *Personality And Individual Diffirences*, 47(8), 43-938.
- Malis, W. R. Hartz, J. A. ve Doebbeling, C. C. (2002). Specific phobia of illness in the community. *Hospital And Community Psychiatry*, 24, 135-139.
- Marcus, K. D. Hughes, T. K. ve Arnau, C. R. (2008). Health anxiety rumination and negative affect: a mediational analysis. *Journal Of Psychosomatic Research*, 64(5), 495-501.
- Mayorga, M. ve De, V. S. (2016). Wardle ea mindfulness behavior and its effects on anxiety. *I-Manager's Journal On Educational Psychology*, 9(4), 1-7.
- Molnar, S. D. Busseri, A. M. & Perrier, S. (2009). Perrier Sadava, A longitudinal examination of alcohol use and subjective well-being in an undergraduate sample. *Journal Of Studies On Alcohol And Drugs*, 70(5), 704-713.
- Morris, G. C. (2002). *Psikolojiyi anlamak*. (H.B.Ayvağık, M.Sayıl, Çev.). İstanbul: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Mutlu, M. (2013). Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Polikliniğinde İzlemi Süren Böbrek Donörlerinde Yaşam Kalitesi Ve Sağlık Kaygısı. Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Atatürk Üniversitesi.
- Nayab, R. & Kamal, A. (2010). Terrorism catastrophizing, perceived stress and death anxiety among university students. *Pakistan Journal Of Social And Clinical Psychology*, 8(2), 132-144.

- Newsome, S. (2010). Effects of a mindfulness course on helping professionals in training: examining levels of perceived stress, mindfulness and self-compassion. *Unpublished Doctoral Dissertation*.
- Noyes, R. Stuart, S. Langbehn, D. Happel, R. L. & Yagla, J. S. (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics*, 43(4), 282-289.
- Noyes, R. Stuart, S. Langbehn, D. Happel, R. & Longley, S. (2003). Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosomatic Medicine*, 65(2), 292-300.
- Owens, M. B. Asmundson, J. G. Hadjistavropoulos, T. & Owens, J. T. (2004). Attentional bias toward illness threat in individuals with elevated health anxiety. *Cognitive Therapy And Research*, 28, 57-66.
- Ögel, Ö. (2012). *Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü dalga: farkındalık (ayırimsama) ve kabullenme temelli terapiler*. Ankara: Hyb Basım Yayın.
- Ömeroğlu, M. (2015). Anaokulu Öğretmenlerinin Okuldaki Stres Belirtileri, Stres Kaynakları, Bu Stres Kaynakları İle Başa Çıkma Yolları ve Yaşadıkları Örgütsel Stresin Performanslarına Etkisi Nedir. Antalya: Akdeniz Üniversitesi.
- Önder, F. C. ve Utkan, Ç. (2018). Bilinçli farkındalık ve algılanan stres ilişkisinde ruminasyon ve olumsuz duygu düzenlemenin aracı rolü. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(3), 1004-1019.
- Özdelikara, A. Ağaçdiken, S. ve Mumcu, N. (2018). Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14, 82-275.
- Özel, Y. ve Karabulut, A. B. (2018). Günlük yaşam ve stres yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 48-56.
- Özyeşil, Z. (2011). *Öz- Anlayış ve bilinçli farkındalık*. Ankara: Maya Akademi Yayınevi.
- Özyeşil, Z., Arslan, C., Kesici, Ş. & Deniz, M. E. (2011). Bilinçli farkındalık ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 36(160), 224-235.
- Özyürek, A. ve Demiray, K. (2010). Yurtdışı Ve Ailesi Yanında Kalan Ortaöğretim Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11, 247-56.

- Rachman, S. (2012). Health anxiety disorders: a cognitive construal. *Behaviour Research And Therapy*, 50, 502-512.
- Reiser, J. S. Mcmillan, A. K. Wright, D. K. ve Asmundson, G. (2014). Adverse childhood experiences and health anxiety in adulthood. *Child Abuse ve Neglect*, 38(3), 13-407.
- Salkovskis, M. P. ve Warwick, H. C. (2001). Making sense of hypochondriasis: a cognitive model in health anxiety, health anxiety: clinical and research perspectives. *On Hypochondriasis And Related Disorders*, 46-64.
- Salkovskis, P. M. Rimes, A. K. ve Clark, M. D. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med*, 32, 843-853.
- Savcı, M. ve Aysan, F. (2014). Üniversite öğrencilerinde algılanan stres düzeyi ile stresle ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*.
- Savery, L. (1986). Stress and the employee. *Leadership Org Dev J*, 7, 17-20.
- Schneider, K. ve Leitner, L. (2002). *Humanistic psychonyanaponika therapy. Hersen Ve Sledge (Ed.), Encyclopedia Of Psychonyanaponika Therapy (Vol. 1)*. New York: Elsevier Science/Acedemic Press.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: Mcgraw Hill Company.
- Semmer, N. (1996). *Individual differences, work stress, and health*. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst ve C. L. Cooper (Eds.). Chichester: Handbook Of Work And Health Psychology.
- Shahrokh, N. ve Hales, R. (2003). *American psychiatric glossary (8th Ed.)*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Sharp, T. ve Harvey, A. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 857-877.
- Sinha, P. S. ve Nigan, M. (1993). Stress and death anxiety. *Indian Journal Of Clinical Psychology*, 20(2), 78-81.
- Soukup, M. V. Beiler, M. E. ve Terrell, F. (1990). Stress coping style and problem solving ability among eating-disordered inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 592-599.

- Stahl, S. (2013). *Stahl's essential psychopharmacology neuroscientific basis and practical applications*. Cambridge universitypress.
- Suadiye, Y. ve Aydın, A. (2009). Anksiyete bozukluğu olan ergenlerde bilişsel hatalar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 12(4), 172-179.
- Sunderland, M. Newby, M. J. ve Andrews, G. (2013). Health anxiety in australia: prevalence comorbidity disability and service use. *The British Journal Of Psychiatry*, 202, 56-61.
- Şehidoğlu, Z. (2014). 15-17 Yaş Grubu Ergenlerde Bilinçli Farkındalık Düzeyi ile Problemlili İnternet Kullanımı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi.
- Şen, Ş. (2020). Psikiyatri Servisinde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Psikiyatrik Semptomlarına Relaksasyon Yönteminin Etkisinin İncelenmesi. İstanbul: İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı.
- Şimşekoğlu, N. ve Mayda, A. S. (2016). Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. *Jdu Health Sci Inst*, 6, 19-29.
- Tarhan, N. (2002). *Adrenalin: Stresi mutluluğa dönüştürmek*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Tavlı, F. (2016). Fabrika Çalışanlarının Stres Kaynakları ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarının Değerlendirilmesi. İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- Taylor, S. (2004). Understanding and treating health anxiety: a cognitive-behavioral approach. *Cognitive And Behavioral Practice*, 11, 112-123.
- Taylor, S. ve Asmundson, G. (2004). *Treating health anxiety a cognitive-behavioral approach*. New York: The Guilford Press.
- Thorgaard, M. V. Frostholm, L. & Rask, C. U. (2018). Childhood and family factors in the development of health anxiety: a systematic review. *Childeren's Health Care*, 47(2), 198-238.
- Thorgaard, M. V. Frostholm, L. Walker, L. & Stengaard, P. (2007). Effects of maternal health anxiety on children's health complaints. *Emotional Symptoms And Quality Of Life*, 26(5), 591-601.
- Tırışkan, M. Onnar, N. Çetin, Y. A. & Cömert, I. T. (2015). Madde bağımlılığında nüksü önlemede bilinçli farkındalığın önemi: bir derleme çalışması. *Addicta: The Turkish Journal On Addictions*, 2(2), 123-142.

- Touch, S. (2012). Türkiye'de internetin sağlık bilgi ve hizmetlerine ulaşma amaçlı kullanım alışkanlıkları. *Academia*.
- Turkay, H. ve Sökmen, T. (2014). Beden eğitimi ve spor bölümü öğrencilerinin sporda güdülenme kaynakları ve stresle başa çıkma tarzları. *İnönü Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi*, 1(3), 1-9.
- Türkçapar, H. ve Sargın, A. E. (2012). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 7-14.
- Türkmen, O. O. (2019). Üniversite Öğrencilerinin Ölüm Kaygısı İle Algılanan Stres Düzeyi Arasındaki İlişkide Bilinçli Farkındalığın Aracı Rolü. Kırıkkale: Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale Üniversitesi,
- Tyrer, P. Cooper, S. Crawford, M. Dupont, S. ve Green, J. (2011). Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *Journal Of Psychosomatic Research*, 71, 392–394.
- Ülev, E. (2014). Üniversite Öğrencilerinde Bilinçli Farkındalık Düzeyi İle Stresle Başa Çıkma Tarzının Depresyon Kaygı Ve Stres Belirtileriyle İlişkisi. Ankara: Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi.
- Ünalın, E. (2014). Üniversite Öğrencilerinde Ruh Sağlığı Sağlık Kaygısı Ve Sağlık Davranışları Arasındaki İlişkiler. İstanbul: Sosyal Bilimler Enstitüsü, Okan Üniversitesi.
- Wilhelmsen, I. (2017). *Hypochondriasis or health anxiety*. Reference Module İn Neuroscience And Biobehavioral Psychology.
- Yalom, I. (2016). *Aşkın celladı ve diğer psikoterapi öyküleri*. Ankara: Remzi Kitabevi.
- Yavuz, M. Çalkan, B. Sönmez, E. ve Tetik, G. (2019). Ergen yaş grubunda bilinçli farkındalık ölçeğinin psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*.
- Yaylacı, Ö. (2005). Örgütsel stres yönetmede etkili kişilerarası iletişim stratejileri. *Amme İdare Dergisi*, 38, 51-9.
- Yazgan, B. İ. ve Yerlikaya, E. E. (2012). *Kişilik kuramları*. Ankara: Pegem Akademi.
- Yerlikaya, E. E. (2009). Üniversite Öğrencilerinin Mizah Tarzları İle Algılanan Stres, Kaygı Ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Adana: Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çukurova Üniversitesi.

- Yıldız, C. ve Bölükbaş, K. (2005). *İnternet kafeler gençlik ve sosyal sapma internet ve toplum*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Yılmaz, B. ve Ayvat, E. İ. (2018). Hastanede yatan hastalarda sağlık anksiyetesi ile sağlık programlarını izleme motivasyonları arasındaki ilişki. *Firat Tıp Dergisi*, 23(1), 11-17.
- Yöndem, Z. (2006). *Kişilik dinamikleri ve stresle başa çıkma*. Morpa Kültür Yayınları: İstanbul.
- Zimmaro, A. L. Salmon, P. Naidu, H. Rowe, J. ve Philips, K. (2016). Association of dispositional mindfulness with stress, cortisol, and well-being among university undergraduate students. *Mindfulness*, 7(4), 874-885.



EKLER

EK-A

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1) Cinsiyetiniz: K E Belirtmek İstemiyorum

2) Yaşınız: _____

3) Bölümünüz: _____

4) Eğitim Düzeyiniz: _____

5) Medeni Hali: _____

6) Sosyo-ekonomik düzeyinizi nasıl algılıyorsunuz?

Düşük

Orta

Yüksek

7) Günlük internet kullanım süreniz: _____

8) Sağlıkla ilgili konularda bilgi edinme kaynağı olarak hangisini tercih edersiniz?

Yazılı Kaynaklar (Kitap, Dergi, Gazete)

İnternet

Televizyon

Sağlık Çalışanı

Diğer

9) Yaşamınızın üniversiteye gelinceye kadar olan kısmının çoğunu nerede geçirdiniz?

Köy

Kasaba

İlçe

Şehir

Büyükşehir

Metropol (İstanbul, Ankara, İzmir)

SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)

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

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

1. (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.
(b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.
(c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.
(d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.
2. (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim
(b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim
(c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim
(d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.
3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir.
(b) Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.
(c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
(d) Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiçbir zaman sorun olmamıştır.
(b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
(c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
(d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.
5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

- (c) oğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
- (d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
- (b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
- (c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
- (d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
7. (a) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
- (b) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
- (c) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
- (d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.
8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.
- (b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
- (c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
- (d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.
9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
- (b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
- (c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
- (d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.
10. (a) Vücutumda bir algı ya da değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.
- (b) Vücutumda bir algı ya da değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.

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

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

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

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

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

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

12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem

(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

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

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

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

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

14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.

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

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

(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı,

Kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl

olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

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

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

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

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

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

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

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

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

17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.

(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.

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

(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.

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

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

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ

4,5,7 ve 8. maddeler tersten puanlanır.

Bu ölçekteki sorular, son bir aydır düşündükleriniz ve hissettikleriniz üzerine sorulmuştur. Lütfen, her bir soruyu, ne kadar sık hissettiğinizi veya düşündüğünüzü işaretleyiniz.

1-Son bir ay içinde beklenmeyen bir şeyler olması nedeniyle ne sıklıkta altüst (hayal kırıklığına uğramak, sarsılmak, şoke olmak) oldunuz?

1= Hiçbir zaman 2= Hemen hemen hiç 3= Bazen 4= Sıklıkla 5= Çok Sık

2- Son bir ay içinde kendi yaşamınızdaki en önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hangi sıklıkta hissettiniz?

1= Hiçbir zaman 2= Hemen hemen hiç 3= Bazen 4= Sıklıkla 5= Çok Sık

3- Son bir ay içinde kendinizi hangi sıklıkta sınırlı ve stresli hissettiniz?

1= Hiçbir zaman 2= Hemen hemen hiç 3= Bazen 4= Sıklıkla 5= Çok Sık

4-Son bir ay içinde kişisel problemlerinizi çözebilecek gücünüze ne sıklıkta güvündünüz?

1= Hiçbir zaman 2= Hemen hemen hiç 3= Bazen 4= Sıklıkla 5= Çok Sık

5- Son bir ay içinde sizinle ilgili bir şeylerin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?

1= Hiçbir zaman 2= Hemen hemen hiç 3= Bazen 4= Sıklıkla 5= Çok Sık

6- Son bir ay içinde yapmanız gereken tüm şeylerle ilgili olarak üstesinden gelemeyeceğinize ne sıklıkta inandınız?

1= Hiçbir zaman 2= Hemen hemen hiç 3= Bazen 4= Sıklıkla 5= Çok Sık

7- Son bir ay içinde kendi yaşamınızla ilgili olarak öfkenizi hangi sıklıkta kontrol ettiniz?

1= Hiçbir zaman 2= Hemen hemen hiç 3= Bazen 4= Sıklıkla 5= Çok Sık

8- Son bir ay içinde birçok sorunun üstesinden geldiğinizi (pek çok şeye yetebildiğinizi) ne sıklıkta düşündünüz?

1= Hiçbir zaman 2= Hemen hemen hiç 3= Bazen 4= Sıklıkla 5= Çok Sık

9- Son bir ay içinde kontrolünüzün dışında olan bir şeylerden dolayı hangi sıklıkta sınırlendiniz?

1= Hiçbir zaman 2= Hemen hemen hiç 3= Bazen 4= Sıklıkla 5= Çok Sık

10-Son bir ay içinde üstesinden gelemeyeceğiniz şeylere takılıp kalmanın zorluğunu ne sıklıkta hissettiniz?

1= Hiçbir zaman 2= Hemen hemen hiç 3= Bazen 4= Sıklıkla 5= Çok Sık



BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ (BİFÖ)

Bu ölçek kişilerin bilinçli farkındalık düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen aşağıdaki maddeleri okuyun ve size uygunluk derecesine göre cevap seçeneklerinden birini işaretleyin.

	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Oldukça seyrek	Hemen hemen hiçbir zaman
1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.						
2. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırırım veya dökerim.						
3. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.						
4. Gideceğim yere yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.						
5. Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.						
6. Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum.						

7. Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatikçe bağlanmış gibi yapıyorum.						
8. Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.						
9. Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şu an ne yapıyor olduğumun farkında olmam.						
10. İşleri veya görevleri şu an ne yapıyor olduğumun farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.						
11. Kendimi bir kulağımla birini dinlerken aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.						
12. Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.						
13. Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum.						
14. Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum.						
15. Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum.						

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL
FORM-2

Rev- 0

25.06.2018



T.C.
İSTANBUL GELİŞİM
ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ
GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 23.09.2020 tarih 2020-25 sayı ile izin alınan ve Osman Kaan KARA tarafından yürütülen "Üniversite Öğrencilerinde Bilinçli Farkındalık Düzeyinin Algılanan Stres ve Sağlık Anksiyetesi ile İlişkisinin İncelenmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahiptir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

*İstanbul Gelişim Üniversitesi Etik Kurulundan izini alındıktan sonra doldurularak kullanılacaktır.

Araştırmanın Amacı	Bu araştırmanın amacı Üniversite Öğrencilerinde Bilinçli Farkındalık Düzeyinin Algılanan Stres ve Sağlık Anksiyetesi ile İlişkisinin İncelenmesidir.
Araştırmanın Yöntemi	Gönüllü katılımcılara 3 tip anket verilecek ve cevaplamaları istenecektir. Araştırmada internet üzerinden de veri toplanması planlanmaktadır. Materyal: Araştırma dahilinde, demografik form, 15 maddelik Bilinçli Farkındalık Ölçeği, 10 maddelik Algılanan Stres Ölçeği ve 18 maddelik Sağlık Anksiyetesi Ölçeği kullanılacaktır. 25.05.2020 – 7.09.2020
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi)	
Araştırmaya Katılmasına Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	350-400
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	İstanbul Gelişim Üniversitesi ve İstanbul Haliç Üniversitesi
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet Hayır

Tablo katılımcıların anlayabileceği biçimde, akademik dil kullanılmadan yazılacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL FORM-2

Rev- 0
25.06.2018

Araştırma yürütücüsü (Tez çalışmalarında Danışman tarafından imzalanacaktır.)

Adı ve Soyadı	Dr. Öğr. Üyesi Deniz YILDIZ	1.06.2020
Adres ve telefonu	Gelişim Üniversitesi	

Katılımcı

Adı ve Soyadı	Osman Kaan KARA	1.06.2020
Adres ve telefonu	Sütlüce Mah. Elif Efendi Sok. Elif apt no:17 İstanbul /Beyoğlu	0532 774 09 77

Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli/Vasi

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		



T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

ETİK KURUL KARAR ÖRNEĞİ

TOPLANTI TARİHİ : 23.09.2020
TOPLANTI SAYISI : 2020-25

KARAR NO: 2020-25-23: Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı 180624184 numaralı öğrencisi Osman Kaan KARA'nın "Üniversite Öğrencilerinde Bilinçli Farkındalık Düzeyinin Algılanan Stres ve Sağlık Anksiyetesi ile İlişkinin İncelenmesi" konulu çalışması hakkında yapacağı anket sorularının, etik kurallara uygun olup olmadığını tespit etmek üzere, İGÜ Etik Kurul Yönergesinin 12(1) maddesine göre değerlendirme yapmak üzere görevlendirilen öğretim elemanlarının raporları incelenmiş olup, ilgili çalışmada yer alan bilimsel araştırmanın etik kurallara uygun olduğuna oy çokluğu ile karar verildi.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Osman Kaan KARA

Lisans: İstanbul Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji (2014-2018)

Yüksek Lisans: İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Fakültesi, Klinik Psikoloji (2018- 2020)

Staj Bilgisi: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği 10.04.2017-19.07.2017

T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 30.04.2018 – 21.07.2018

Özel Fransız Lape Hastanesi 11.08.2018 – 24.11.2018

Çalıştığı Kurumlar: Türk Silahlı Kuvvetleri Şanlıurfa İl Jandarma Komutanlığı / Psikolog (RDM Subayı) - 2019

Mehmet Oyal Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, İstanbul 2020 / Psikolog