

MULTİDİSİPLİNER PERSPEKTİFTEN PSİKOLOJİ

EDİTÖR:
Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN

YAZARLAR:

Prof. Dr. Fatma Gül CİRHİNLİOĞLU
Doç. Dr. Akan YANIK
Doç. Dr. Mikail BATU
Dr. Öğr. Üyesi Figen DIĞIN
Dr. Öğr. Üyesi Yasemin AKMAN BİLİR
Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN
Dr. Mehmet Cem TÜRKEŞ
Öğr. Gör. Gökçe ÇAKMAK
Öğr. Gör. M.Ali ÇAKIR
Araş. Gör. Gamze ÖZDEMİR



IKSAD
Publishing House

MULTİDİSİPLİNER PERSPEKTİFTEN PSİKOLOJİ

EDİTÖR:

Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN

YAZARLAR:

Prof. Dr. Fatma Gül CİRHİNLİOĞLU

Doç. Dr. Akan YANIK

Doç. Dr. Mikail BATU

Dr. Öğr. Üyesi Figen DİĞİN

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin AKMAN BİLİR

Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN

Dr. Mehmet Cem TÜRKEŞ

Öğr. Gör. Gökçe ÇAKMAK

Öğr. Gör. M.Ali ÇAKIR

Araş. Gör. Gamze ÖZDEMİR



Copyright © 2019 by iksad publishing house
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced,
distributed, or transmitted in any form or by
any means, including photocopying, recording, or other electronic or
mechanical methods, without the prior written permission of the publisher,
except in the case of
brief quotations embodied in critical reviews and certain other
noncommercial uses permitted by copyright law. Institution Of Economic
Development And Social
Researches Publications®

(The Licence Number of Publicator: 2014/31220)

TURKEY TR: +90 342 606 06 75

USA: +1 631 685 0 853

E mail: iksadyayinevi@gmail.com

www.iksad.net

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.

Iksad Publications – 2019©

ISBN: 978-625-7029-80-3

Cover Design: İbrahim Kaya

December / 2019

Ankara / Turkey

Size: 16x24 cm

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ

Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN (1)

BÖLÜM 1:

HALK SAĞLIĞI YAKLAŞIMIYLA BİR RUHSAL SAĞLIK SORUNU: DEMANS

Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN (3 - 24)

BÖLÜM 2:

ÖZ BİLİNCE İLİŞKİN OLUMSUZ DUYGULAR: UTANÇ VE SUÇLULUK

Dr. Mehmet Cem TÜRKEŞ
Prof. Dr. Fatma Gül CİRİNLIOĞLU
Araş. Gör. Gamze ÖZDEMİR (25 - 54)

BÖLÜM 3:

PREOPERATİF ANKSİYETE YÖNETİMİ

Dr. Öğr. Üyesi Figen DİĞİN (55 - 73)

BÖLÜM 4:

OBEZİTE VE BESİN BAĞIMLILIĞI

Öğr. Gör. Gökçe ÇAKMAK (75 - 93)

BÖLÜM 5:

YEME BOZUKLUKLARI

Öğr. Gör. M.Ali ÇAKIR

(95 - 114)

BÖLÜM 6:

ÜÇÜNCÜ YAŞ TURİZMİNDE PSİKOLOJİK TEMELLER

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin AKMAN BİLİR

(115 – 134)

BÖLÜM 7:

**SORUNLU AKILLI TELEFON KULLANIMI VE ÖNE ÇIKAN
PSİKOPATOLOJİLERİN SİSTEMATİK GÖZDEN
GEÇİRİLMESİ**

Doç. Dr. Akan YANIK

Doç. Dr. Mikail BATU

(135 - 166)

ÖNSÖZ

Çağımızda pandemi haline gelen ruh sağlığı sorunları her yaşta insanı etkilemektedir. Teknoloji, ulaşım, kenstel yaşam, sosyo-kültürel etkileşim, ömür süresinin uzaması, beslenme alışkalıkları ve hastalık trendindeki değişim, istek ve beklentilerde ortaya çıkan farklılıklar gibi birçok faktörün neden olduğu bu hastalıklar genetik olabildiği gibi edinsel olarak da karşımıza çıkmakta, değişen yaşam koşulları ile birlikte insan psikolojisini farklı boyutlara taşıyabilmektedir. Nitelikli sağlık çalışanının yetersiz oluşu, erken tanı ve sağlık hizmetlerine erişim güçlükleri, kronik hastalıklar, bilgi ve farkındalığın yetersiz oluşu ve damgalanma korkusu gibi nedenlerle hızla artan bu sorunlar sadece kişiyi değil aynı zamanda aile/ bakım veren ve toplumu da etkilemektedir. İşe devamsızlık, verimlilikte azalma ile birlikte sağlık harcamalarında da önemli payı oluşturan bu sorunlar küresel hastalık, engellilik ve ölümlülük yükünün artması ile sonuçlanmaktadır. Bu nedenlerle uluslararası ve ulusal düzeyde uygulanabilir politikaların ve stratejilerin oluşturulması, sağlığı geliştirmeye yönelik uygun müdahale programlarının hazırlanması ve ortamların yaratılması, küçük yaşlardan itibaren toplum farkındalığının arttırılması ve sosyal destek sistemlerinin harekete geçirilmesi gerekmektedir.

Kitabımızda insan psikolojisini etkileyen bazı hastalık veya sorunlara değinilmiş ve neden sonuç ilişkisi içinde açıklanmaya çalışılmıştır.

Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN

BÖLÜM 1:

**HALK SAĞLIĞI YAKLAŞIMIYLA BİR RUHSAL SAĞLIK
SORUNU: DEMANS**

Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN¹

¹ Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Yönetimi Bölümü, Kırklareli,
Türkiye.mercan.yeliz@gmail.com

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre ruhsal sağlık kavramı öznel iyi oluş, algılanan öz yeterlik, özerklik / otonomi, yetkinlik / yeterlik, nesiller arası bağımlılık ve kişinin entelektüel ve duygusal potansiyelini gerçekleştirme yeteneği olarak ifade edilir. Ayrıca bireylerin yeteneklerini tanıdığı, yaşamın normal stresiyle baş edebildiği, üretken ve verimli çalıştığı ve topluluklarına katkıda bulunabildiği bir refah hali olarak da tanımlanmıştır (World Health Organization (WHO), 2003).

Çok çeşitli ruhsal sağlık sorunu vardır. Genel olarak anormal düşünceler, algılar, duygular, davranışlar ve başkalarıyla olan ilişkilerde yaşanan sorunların bir kombinasyonu ile karakterize olan zihinsel bozukluklar arasında depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni ve diğer psikozlar, demans ve otizm sıralanabilir. Günümüzde 264 milyon kişinin depresyon, 50 milyon kişinin demans, 45 milyon kişinin bipolar bozukluk, 20 milyon kişinin ise şizofreni ve diğer psikoz tanısı aldığı bilinmektedir (WHO, 2019a). Dünyada ruhsal, nörolojik ve madde kullanım bozuklukları küresel hastalık yükünün %10'unu ve ölümcül olmayan hastalık yükünün %30'unu oluşturmaktadır. Ruhsal bozuklukların yaklaşık yarısı 14 yaşından önce başlamaktadır ve ciddi ruhsal bozukluklar nedeniyle beklenen yaşam süresi 10-20 yıl azalmaktadır (WHO, 2019b). Çalışmalar 60 yaş ve üzeri yetişkinlerin %20'sinden fazlasında zihinsel veya nörolojik bozukluk olduğunu, bu yaş grubu için toplam sakatlığın %6,6'sının (DALYs – Disability Adjusted Life Years- Engelliliğe

Ayarlanmış Yaşam Yılları) zihinsel ve nörolojik hastalıklardan kaynaklandığını, yaşlılardaki bu bozuklukların engellilikle yaşanan yılların %17,4'ünü (Years Lived with Disability-YLDs) oluşturduğunu göstermiştir (WHO, 2019c; GBD, 2018).

Küresel olarak nüfus hızla yaşlanmaktadır. 2015 ve 2050 arasında dünya nüfusunun %12-22'sinin 60 yaş üzerindeki yetişkinlerden oluşacağı beklenmektedir. İleri yaşlarda da ruh sağlığı ve iyilik hali diğer yaşam dönemlerinde olduğu kadar önemlidir (WHO, 2019c). Dünya nüfusunun yaklaşık %5-7'sini etkileyen demans ve depresyon 60 yaş ve üzeri yetişkinlerde gözlenen en yaygın zihinsel ve nörolojik bozukluklar arasındadır. Yaşlılarda gözlenen diğer sorunlar arasında anksiyete bozuklukları (%3,8) ve madde kullanım problemleri (%1) yer almakta, kendine zarar verme ölümlerinin yaklaşık dörtte birini 60 yaş ve üstü insanlar oluşturmaktadır (WHO, 2019c; GBD, 2018). Kendisinin de dezavantajlı olduğu yoksul, evsiz, işsiz, düşük eğitilmiş, şiddet mağduru, göçmen veya mülteci, ihmal ve istismara uğramış yaşlılar arasında ruh sağlığı bozukluğu riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (WHO, 2003). Ayrıca zihinsel sağlık sorunlarının sağlık profesyonelleri tarafından yeterince bilinmemesi veya göz ardı edilmesi ve toplumdaki damgalama (stigma) korkusu nedeniyle sorun daha da ciddi boyutlara gelebilmektedir (WHO, 2019c).

Ruh sağlığı sorunları sadece kişiyi değil tüm toplumu etkilemesi ve küresel kalkınma için büyük bir zorluk oluşturması nedeniyle önemli halk sağlığı sorunlarını oluşturmaktadır (WHO, 2003). Türkiye'de ulusal düzeyde 2011 yılında yürütülen bir çalışmada 15

yaş üzeri kişilerin %11,7'sinde ruh sağlığı bozukluğu saptanmıştır. Kadınlarda (%15,8), kırsalda yaşayanlarda (%12,0), Ortadoğu Anadolu'da (%17) ve 75 yaş ve üzerinde (%9,6) daha yüksek bildirilen ruhsal sorunlar arasında depresif bozukluklar %9,3, somatizasyon bozukluğu %5,0 ve panik bozukluk %1,6 olarak rapor edilmiştir (Kalaça, 2013).

Ruh sağlığı sorunları tek ya da çoklu risk faktörleri nedeniyle ortaya çıkmakta, yaşlılarda da tüm insanlar için ortak olan stresler dezavantaj oluşturmaktadır. Ek olarak ilerleyen yaşlarda kapasitede ve fonksiyonel yeteneklerde azalma nedeniyle bu sorun daha fazla gözlenmektedir. Örneğin, yaşlı yetişkinler mobilite, kronik ağrı, kırılabilirlik veya bazı uzun süreli bakım gerektiren bazı sağlık sorunları yaşayabilir. Ayrıca yaşlıların emeklilikle birlikte sosyoekonomik statüdeki düşüşü veya akrabalarının ölmesi gibi olumsuz yaşam olayları yaşamaları daha olasıdır. Bu stresörlerin tümü, yaşlılarda uzun süreli bakım gerektiren izolasyon, yalnızlık veya psikolojik distrese (anksiyete, stres, depresyon) ile sonuçlanabilir (WHO, 2019c).

Ruhsal sağlık ile fiziksel sağlık karşılıklı ilişki içindedir. Örneğin, kalp hastalığı olan yaşlı yetişkinler, sağlıklı olanlardan daha yüksek depresyon oranlarına sahip iken kalp hastalığı olan yaşlı bir kişide tedavi edilmeyen depresyon, hastalığı daha da ağırlaştırabilir (WHO, 2019c).

Yaşlı yetişkinler fiziksel, sözlü, psikolojik, ekonomik ve cinsel istismarlarına karşı savunmasızdır. Yaşadıkları diğer sorunlar arasında terk edilme, ihmal ve ciddi onur ve saygı kayıpları da vardır. Mevcut kanıtlar, her 6 yaşlı kişiden 1'inde yaşlı istismarı yaşadığını

göstermektedir. Yaşlı istismarı sadece fiziksel yaralanmalara değil, aynı zamanda depresyon ve anksiyeteyi içeren ciddi ve uzun süreli psikolojik sonuçlara yol açabilmektedir (WHO, 2019c).

DEMANS

Toplumda bunama olarak bilinen demans bilişsel fonksiyonlarda normal yaşlanmaya göre beklenenin ötesinde bir bozulma ile karakterize olup; hafıza, düşünme, oryantasyon, anlama, hesaplama, öğrenme, dil ve muhakeme, davranış ve günlük aktiviteleri gerçekleştirme yeteneğinde bozulmaların olduğu genellikle kronik veya ilerleyici nitelikte bir sendrom olarak tanımlanır. Bilişsel fonksiyonlardaki bozulmaya genellikle duygusal kontrol, sosyal davranış veya motivasyondaki bozulma eşlik etmektedir (WHO, 2019d; Garre-Olmo, 2018).

Demans temel olarak yaşlı insanları etkilese de yaşlanmanın normal bir parçası değildir (WHO, 2019d). Ayrıca demans, dünyadaki yaşlı insanlar arasında engellilik ve bağımlılığın temel nedenlerinden biri olup, demans prevalansı ve insidansı 65 yaşından itibaren katlanarak artmaktadır (WHO, 2019d; Garre-Olmo, 2018). 70 yaş ve üzeri Tayvanlılarda bilişsel gerileme, fiziksel aktivite ve depresif belirtilerin yaş farklılıkları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Chang ve Wang, 2019). Bugün dünyada 50 milyon insanın demanslı olduğu ve her yıl yaklaşık 10 milyon yeni vaka gözlendiği ve 2030 yılında 82 milyona, 2050'de 152 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2019c,d). Yürütülen toplum tabanlı çalışmalarda yaşa standardize demans prevalansı %5-7 arasında bulunmuştur (Lopez ve Kuller,

2019). İzmir’de bir hastanede 60 yaş ve üzeri yetişkinler ile yürütülen çalışmada ise demans sıklığı %21,6 olarak belirlenmiştir (Ateş Bulut ve ark., 2018). Demansı olan yaşlıların yaklaşık %60’ının düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı tahmin edilmektedir (WHO, 2019c).

Alzheimer hastalığı en sık görülen demans şeklidir ve demans vakaların %60-70’ini oluşturmaktadır (WHO, 2019d). 2016 yılında tüm yaşlarda ve her iki cinsiyette küresel ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer alan Alzheimer ve diğer demans tipleri nedeniyle yaklaşık 2 milyon ölüm gözlenmektedir. Bu oran her iki cinsiyette yüzbinde 27 iken, erkeklerde yüzbinde 18 ve kadınlarda yüzbinde 35’dir. Üst orta gelirli ülkelerde beşinci sırada yer alan Alzheimer ve diğer demans nedenleriyle ölümler, yüksek gelirli ülkelerde üçüncü sırada yer almaktadır (WHO, 2018). Amerika’da yetişkinler arasında altıncı önde gelen ölüm nedeni olan Alzheimer hastalığı 65 yaş ve üstü yetişkinler arasında beşinci sırada bildirilmiştir (Center for Disease (CDC), 2019). Demans, Alzheimer veya inme gibi beyni primer veya sekonder olarak etkileyen çeşitli hastalık ve yaralanmalardan kaynaklanır (WHO, 2019d).

Demansın Belirtileri

Demans hastaları etkilemeden ve hastalanmadan önce kişiliğe bağlı olarak farklı şekillerde ortaya çıkabilir. Demansla ilişkili belirti ve semptomlar üç aşamada anlaşılabilir (WHO, 2019d):

Erken evre: Demansın başlangıcı kademeli olması nedeniyle genellikle geç fark edilir veya göz ardı edilir. Yaygın semptomlar

arasında unutkanlık, zamanın izini kaybetmek, tanıdık yerlerde kaybolmak yer alır (WHO, 2019d).

Orta evre: Demans orta aşamaya ilerledikçe belirti ve semptomlar daha belirgin ve daha kısıtlayıcı hale gelir. Bunlar arasında son olayları ve insanların isimlerini unutmak, evde kaybolmak, iletişimde artan zorluklar, kişisel bakım konusunda yardıma ihtiyaç duymak, gezinme ve tekrarlayan sorgulama dahil olmak üzere davranış değişikliklerinin yaşanması vardır (WHO, 2019d).

Geç evre: Demansın geç evresi tam bağımlılığa veya hareketsizliğe yakındır. Bu evrede hafıza bozuklukları daha ciddi ve fiziksel belirti ve semptomlar daha belirgin hale gelir. Zaman ve mekandan habersiz olmak, akrabaları ve arkadaşları tanımakta güçlük çekmek, yardımcı kişisel bakıma artan bir ihtiyaç duymak, yürüme zorluğu, saldırganlığı artıran ve artırabilen davranış değişikliklerinin yaşanması sık görülen bulgulardır (WHO, 2019d).

Demansın Yaygın Şekilleri

Demansa özgü bilişsel işlev bozukluklarının sayısı, başlangıç şekli, süresi, şiddeti, klinik seyri ve prezentasyonu diğer hastalıklardan ayırt edici özelliklerin anlaşılmasını sağladığı gibi farklı alt tiplerin ayırt edici özellikleri de yine bu özelliklere göre incelenir (Yavlal ve Aydın Güngör, 2016; Garre-Olmo, 2018). Çok farklı demans türleri vardır. Alzheimer hastalığı, vasküler demans, Lewy body demans, frontotemporal demans en bilinen türler arasındadır (Garre-Olmo, 2018; WHO, 2019d; Lopez ve Kuller, 2019). Primer demansların en

sık gözlenen nedeni Alzheimer hastalığı, sekonder demansların ise vasküler demanstır (Yavlal ve Aydın Güngör, 2016).

Demansın farklı biçimleri arasındaki sınırlar belirsizdir ve çoğunlukla karma şekilde bulunur (Garre-Olmo, 2018; WHO, 2019d; Lopez ve Kuller, 2019; Yavlal ve Aydın Güngör, 2016). Brezilyada nöroloji polikliniğine başvurular ile yürütülen bir araştırmada vakaların %68,8'inde demans tanısı almış ve bunların %48,9'unda Alzheimer tipi demans, %11,3'ünde vasküler demans, %7,8'inde mix demans bulunmuştur. En fazla etkilenimin 71-80 yaş grubunda, kadınlarda, beyazlarda ve 1-4 yıl eğitilmişlerde olduğu saptanmıştır (Souza ve ark., 2019). Genel olarak demansın en yaygın tipleri aşağıdaki özellikleri içerir:

Alzheimer hastalığı: Bu en sık görülen demans nedenidir ve vakaların %60-80'ini oluşturur (CDC, 2019). Beyinde nörodejeneratif birikim orta yaşlardan itibaren başlamakta, ilk bulgular 65 yaşından sonra ortaya çıkmakta ve bu durum demansın yaş ile ilişkisini ortaya koymaktadır (Yavlal ve Aydın Güngör, 2016). Dakikalar veya saatler önce gerçekleşen bir konuşmayı veya son olayları hatırlamakta zorluk ile gözlenir. Yürüme veya konuşma zorluğu veya kişilik değişikliği gibi diğer zorluklar da ortaya çıkabilmektedir. Aile öyküsü Alzheimer hastalığında en önemli risk faktörlerinden olup, gelişim riskini %10-30 arttırmaktadır (CDC, 2019). Diğer majör risk faktörleri arasında apolipoprotein gen E4 alelleri (APOE4) varlığı, eğitim düzeyinin düşük olması, kafa travmaları ve kardiyovasküler risk faktörleri yer alır (Yavlal ve Aydın Güngör, 2016).

Vasküler demans: Tüm demansların %20-30'unu vasküler demanslar oluşturur (Yavlal ve Aydın Güngör, 2016). Demans vakalarının %10'u ise inme veya beyine kan akışı olan diğer durumlar ile ilişkilidir. Diyabet, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol diğer risk faktörleri arasındadır (CDC, 2019; Lopez ve Kuller, 2019). Hastalığın seyri enfarkt alanı ve entellektüel yıkımın derecesi ile orantılıdır ve hangi alanda enfarkt oluşmuşsa, o alana ait fonksiyon bozukluğu yaşanır (Yavlal ve Aydın Güngör, 2016). Yürütülen bir sistematik derlemede bilişsel bozulma prevalansı intraserebral hemoraji öncesi %9-29 ve sonrası %14-88 arasında bildirilmiştir. İntraserebral hemoraji sonrası etkilenen en yaygın bilişsel alanlar bilgi işlem hızı, yürütücü işlev, bellek, dil ve görsel-uzaysal yetenekler olarak bulunmuştur (Donnellan ve Werring, 2019).

Lewy body demans (sinir hücrelerinde gelişen proteinin anormal davranışları): Lewy body demansta alfa-sinüklein içeren Lewy cisimciklerinin bazı bölgelere yerleşmesi ile gözlenir ve tegmental dopaminerjik hücre yıkımı ve bazal kolinerjik kayıp söz konusudur (Yavlal ve Aydın Güngör, 2016). Hafıza kaybı gibi daha tipik semptomlara ek olarak, bu demans formuna sahip kişilerde tutukluk veya titreme gibi hareket veya denge sorunları olabilir. Birçok insan, gündüz uykululuk, karışıklık veya bakışlarda değişiklikler yaşar. Ayrıca geceleri uyumakta zorluk çekebilir veya halüsinasyonlar görebilir (CDC, 2019).

Fronto-temporal demans (beynin ön lobunun dejenerasyonu): Bu tür demans frontal ve temporal yapılardaki nöronal dejenerasyon ile karakterize olup, en sık beynin etkilediği kısım nedeniyle kişilik ve

davranışta değişikliklere neden olur. Bu durumu olan insanlar antisosyal kişilik bozuklukları nedeniyle sorunlar yaşayabilir. Konuşma, anlama ve dil becerilerinde de sorunlar olabilir (CDC, 2019; Yavlal ve Aydın Güngör, 2016).

Mix demans: Bazen beyinde hem Alzheimer hastalığı hem de vasküler demans olması gibi aynı anda birden fazla demans türü bulunabilir. Özellikle de 80 yaş ve üstü kişiler daha fazla risk altındadır. Hastalık ilerlemesi bir türe özgü daha hızlı olabilir (CDC, 2019).

Reversible demans: Demansı olan kişilerde, ilacın yan etkisi, beyinde basınç artışı, vitamin eksikliği ve tiroid hormon dengesizliği gibi altta yatan bir neden olabilir. Bu demans şeklinde hastalığın nedeni geriye dönük nedenleri taranmalıdır (CDC, 2019).

Demansın Risk Faktörleri

Her ne kadar yaş demans için bilinen en güçlü risk faktörü olsa da, yaşlanmanın kaçınılmaz bir sonucu değildir. 65 yaş ve üzerindeki daha fazla etkileyen demans, 65 yaşından önce de (vakaların %9'u) gözlenebilir (WHO, 2019d; CDC, 2019). Aile öyküsü ve ırk / etnisite bir diğer risk faktörlerindedir. Birinci derece yakınlarında demans varlığı riski arttırmaktadır. Ayrıca yaşlı beyazlara göre yaşlı Afrika kökenli Amerikalıların demansa sahip olma olasılığı 2 kat, Hispaniklerin 1,5 kat daha fazladır. Bulaşıcı olmayan risk faktörlerinden yüksek tansiyon, yüksek kolesterol, sigara ve alkol kullanımı demans riskini artırır. Ortaya çıkan kronik hastalıklar uygun şekilde tedavi edilmezse demans gelişmesi olasıdır

(CDC, 2019; Lopez ve Kuller, 2019). Singapur’da 75 yaş ve üstünde kişiler ile yürütülen bir araştırmada ilköğretim düzeyinde eğitilmiş veya eğitimini tamamlanmış olanlarda, ev kadını ve emekli olanlarda ve inme öyküsü olanlarda demans riski daha yüksek bulunmuştur (Subramaniam ve ark., 2015). Ortostatik hipotansiyon, Alzheimer hastalarında ve Lewy body demanslı hastalarda kontrollerden daha yaygın bulunmuştur (Isik ve ark., 2019).

Literatürde bir çalışmada fiziksel aktivite, sigara ve sosyal etkileşimin doğrudan ve dolaylı etkilenen ruh sağlığını önemli ölçüde etkilediği, fiziksel sağlık ile ruh sağlığı arasında önemli düzeyde bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Ohrnberger ve ark., 2017). Amerika’da yürütülen bir kohort çalışmasında hiç sigara içmeyenlere kıyasla, mevcut sigara içiminin demans riskini 1,33 kat, sigarayı 9 yıl önce bırakanlarda 1,24 kat arttırdığı belirlenmiştir. Herhangi bir zamanda bırakmanın faydası önerilmiş olmasına rağmen, demans riskinin sigara bırakma sonrasındaki zamana bağlı olduğu ve demans riskini azaltmak için erken yaşta bırakmanın önemli olduğu bildirilmiştir (Deal ve ark., 2019). Portekiz’de yürütülen bir araştırmada uzun süreli bakım kurumlarında yaşayan yaşlıların %41,7’sinde bilişsel bozulma, %26,1’inde demans belirlenmiş, eğitim düzeyinin ruhsal sorunlar açısından belirleyici olduğu bulunmuştur (Daniel ve ark., 2019). Ek olarak tekrarlayan travmatik beyin hasarlarında ve şiddetli kafa yaralanmalarında demans riski daha olasıdır (CDC, 2019). Diğer risk faktörleri arasında depresyon, sosyal izolasyon ve bilişsel inaktivite gösterilmiştir (WHO, 2019d; CDC, 2019).

Demansın Etkileri

Demans, hastanın kendisi, bakım verenleri, aileleri ve yaşadığı toplum üzerinde fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik bir etkiye sahiptir (WHO, 2019d). Yürütülen bir çalışmada demanslı bireyler ile birlikte yaşayan kişilerin sadece %25,5'inin herhangi bir ücretli bakım aldığı, %10,8'inin haftada 20 saat veya daha fazla ücretli bakım aldığı; bu durumun alınması gereken yardımın yaklaşık yarısına eşdeğer olduğu bulunmuştur. Giyinme, banyo, tuvalet, ilaç ve finans yönetiminde bozukluğu olan demanslı hastaların yaklaşık yarısına (%48,3) bakım verildiği belirlenmiştir. Erkeklerin, evli olmayanların ve günlük yaşam aktivitelerinde daha fazla gereksinimi olanların ücretli bakımdan daha fazla yaralandığı belirlenmiştir (Reckrey ve ark., 2019).

Demansın doğrudan tıbbi ve sosyal bakım maliyetleri ve enformel bakım maliyetleri açısından sadece aileye değil ulusal harcamalara da önemli yansımaları vardır. 2015 yılında, küresel demans yükünün toplam maliyetinin, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) 'nın %1,1'ine eşdeğer düzeyde ve bunun 818 milyar ABD doları olduğu tahmin edilmiştir. Demansın toplam maliyetleri açısından GSYİH'dan yapılan harcamalar düşük-orta ve yüksek gelirli ülkelerde %0,2 ve %1,4 oranında bildirilmiştir (WHO, 2019d). Amerika'da ise 2010 yılında, Alzheimer'ın hastalığının tedavi maliyetinin 159 ile 215 milyar dolar arasında olduğu, 2040 yılında bu maliyetlerin yıllık 379 dolar ile 500 milyar doların üstüne çıkacağı tahmin edilmiştir (CDC, 2019).

Hem ulusal hem de hane halkı harcamalarında kayba yol açan bu hastalıklar birey, aile ve toplumda fiziksel, duygusal ve finansal strese neden olmaktadır. Bu durum sağlık, sosyal, finansal ve yasal sistemlerden destek alınmasını gerektirmektedir (WHO, 2019d). Yürütülen bir metaanalizde (Hollanda, İngiltere, Polonya, İrlanda, Almanya, Norveç, Portekiz, İtalya ve İsveç) evde yaşayan demans hastalarının en yaygın ihtiyaçları arasında zihinsel aktiviteler, yiyecek, aile içi aktiviteler, para olarak belirlenmiştir. Demans hastalarının ihtiyaçlarının yaygınlığının anlaşılması bu ihtiyaçları karşılamak için hizmetlerin planlanmasında yardımcı olabileceği bildirilmiştir (Curnow ve ark., 2019).

Ayrıca Amerika'da Alzheimer hastalığı için ölüm oranları, kalp hastalığı ve kanser ölümü oranlarındaki düşüşün aksine arttığı, yeterince bildirilmediği ve bu nedenle Alzheimer'dan ölen yaşlıların oranı oldukça fazla olduğu ve gerçek yükün daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (CDC, 2019).

Demansa Tedavi, Bakım ve Korunma

İyi ruhsal sağlık, zihinsel ve psikolojik iyi oluşla ilgilidir. Halk sağlığı yaklaşımı olarak demanstan korunmak için genç yaşlardan itibaren risk faktörlerine yönelik önlemlerin alınması gerekmektedir (Gültekin, 2010). Bunlar arasında düzenli egzersiz yapılması, sigara ve alkolden uzak durulması, sağlıklı beslenme, kilo kontrolü, kan basıncı kontrolü, kolesterol ve kan şekeri seviyelerinin korunması gibi sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik faaliyetler yer almaktadır (WHO, 2019d).

DSÖ'nün bireylerin ve toplumun zihinsel sağlığını iyileştirme çalışmaları arasında zihinsel refahın sağlanması, zihinsel bozuklukların önlenmesi, insan haklarının korunması ve zihinsel bozukluklardan etkilenen insanların bakımı yer almaktadır (WHO 2019b). Günümüzde demansı iyileştirmek veya seyrini değiştirmek için henüz bir tedavi mevcut değildir. Çok sayıda yeni tedavi, klinik çalışmaların çeşitli aşamalarında araştırılmaktadır. Bununla birlikte, demans hastalarının, bakım verenlerin veya ailelerinin yaşamlarını desteklemek ve geliştirmek için en temel hedefler arasında şunlar yer alır (WHO, 2019c, d).

- Erken ve optimal tedaviyi teşvik etmek için erken tanı,
- Fiziksel sağlık, zihinsel sağlık, fonksiyonel yetenek ve iyilik halini en iyi duruma getirmek,
- Eşlik eden hastalıkların tanı ve tedavisi,
- Davranışsal ve psikolojik semptomların saptanması ve tedavisi,
- Bakım verenlere bilgi desteği ve sosyal destek sağlanmasını içerir.

Sağlık hizmetlerine erişim önemli bir halk sağlığı sorunudur. Düşük ve orta gelirli ülkelerde, zihinsel bozukluğu olan kişilerin %76-85'inin tedavi almadığı bildirilmiştir. Bakım alanların ise kaliteli bir hizmete erişememesi bir diğer problemdir. Ayrıca bu hastalıklarda sosyal destek ve bakım önemli bir gerekliliktir (WHO, 2019a). Yunanistan'da yürütölen bir araştırmada zihinsel bozukluğu olan kırsalda yaşayan, sosyoekonomik ve coğrafi nedenlerden dolayı

yeterli ruh sağlığı hizmeti almayan yaşı eriškinlerin mobil zihinsel sağlık birimleri oluşturarak ve birinci basamak hekimleri aracılığıyla sağlanabileceği bildirilmiştir (Peritogiannis ve Lixouriotis, 2019). Ancak ruh sağlığı çalışanlarının oranı dūřuk gelirli ũlkelerde 100.000 nũfus başına 2'nin altında, yũksek gelirli ũlkelerde 100.000'de 70'in altındadır. Kũresel ekonomi, depresyon ve anksiyete nedeniyle verimlilikte yılda yaklaşık 1 trilyon ABD doları kaybetmektedir (WHO 2019b). Bu nedenle ruh sağlığı alanında çalışan personel sayısının arttırılması gerekmektedir.

Demans hastalarının ihtiyaçlarının yaygınlığının anlaşılması bu ihtiyaçları karşılamak için hizmetlerin planlanmasında yardımcı olabilir (Curnow ve ark., 2019). Bunlardan bir tanesi de yaşın getirdiği fizyolojik etkileri anlamının, yaşlıların bilişsel gerilemesini ũnlemede yardımcı olabileceği konusundadır (Chang ve Wang, 2019). Ayrıca sosyal katılımında demans ile ilişikli olduğu gŕsterilmiřtir. İngiltere'de yũrũtũlen 12 yıllık bir kohort araştırmasında sağlıklı bilişsel yaşlanmanın teşvik edilmesine yardımcı olmak için yaşlı yetişkinleri toplumdaki boş zaman etkinliklerine yŕnlendirmenin demans riskini azalttığı bulunmuştur. Sadece sosyal faktŕrler değil, aynı zamanda toplum katılımı (kulũplere veya topluluklara katılma) ve kũltũrel faaliyetlerin de (mũze, galeri, tiyatro ziyareti) demanstan koruduğu bildirilmiştir (Fancourt ve ark., 2020). Demansın halk sağlığı ũzerindeki yũkũnũn, risk faktŕrlerine yŕnelik birincil korunma yaklaşımı ile gelecekte azalması mũmkũndũr (Garre-Olmo, 2018).

Tanı ve bakımın ŕnũndeki engeller ve stigmatizasyon nedeniyle toplumda demans farkındalığı ve bilgi dũzeyi yetersizdir (WHO,

2019d). Bu nedenle sağlık çalışanlarının ve toplumun yaşlı nüfusun özel ihtiyaçlarını karşılamak üzere hazırlamak önemlidir (WHO, 2019c):

- Sağlık alışanlarının bilgi ve farkındalık düzeyinin arttırılması,
- Mental, nörolojik ve madde kullanım bozuklukları dahil olmak üzere yaşa bağlı kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetilmesi,
- Uzun süreli ve palyatif bakım konusunda sürdürülebilir politikalar tasarlanması,
- Yaşlı dostu ortamlar geliştirilmesi ve buna uygun hizmetler sunulması gerekmektedir.

Ruhsal hastalığı olan kişilere ve bakım verenlerine en yüksek kalitede hizmet sunmak için uluslararası kabul görmüş insan hakları standartlarına dayalı uygun ve destekleyici bir yasal ortam gerekmektedir (WHO, 2019c).

SONUÇ

Hızla artan yaşlı nüfus ve risk faktörleri dikkate alındığında demans ve türlerinin giderek artması beklenmektedir. Demansı olanlarda semptomların kontrolü ve yönetimi, bilişsel işlevlerinin korunması ve iyileştirilmesine yönelik müdahale programlarının hazırlanması ve uygulanması, demans hastalarının bakımı, rehabilitasyonunun sağlanması ve evde bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi ve bakım verenlerin desteklenmesi gerekmektedir.

Toplum ve sağlık çalışanlarının farkındalığını arttırılması, sağlık çalışanlarının ruh sağlığı alanında nitelikli hale getirilmesi, ruh sağlığı

alışan sayısının arttırılması, dezavantajlı gruplara yönelik tarama ve eğitim programları düzenlenmesi, toplumu aktif sağlıklı yaşlanmaya yöneltecek ortamlar yaratılması, demansı olanlar başta olmak üzere ruhsal sorunları olanlara ve bakım verenlere sosyal destek sağlanması, sağlık hizmetlerine erişimde engellerin kaldırılması, erken teşhis ve tedavi konusundaki çalışmaların desteklenmesi, nitelikli politikalar oluşturması ve uygulanması gibi demanstan korunmaya ve demans yknn azaltılmasına ynelik girişimlerin sürekli hale getirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Center for Disease Control and Prevention (CDC) (2019). *What Is Dementia?* Page last reviewed: April 5, 2019. <https://www.cdc.gov/aging/dementia/index.html>
- Chang, S.L. & Wang, J.Y. (2019). Age differences in the longitudinal associations of leisure-time physical activity and depressive symptoms with cognitive decline in older Taiwanese. *Aging & Mental Health*, 1-7. doi: 10.1080/13607863.2019.1701626.
- Curnow, E., Rush, R., Maciver, D., Górska, S. & Forsyth, K. (2019). Exploring the needs of people with dementia living at home reported by people with dementia and informal caregivers: a systematic review and Meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 1-11. doi: 10.1080/13607863.2019.1695741.
- Daniel, F., Fernandes, V., Silva, A. & Espírito-Santo, H. (2019). Cognitive screening for elderly people in long-term care institutions in the Miranda do Corvo municipality, Portugal. *Cien Saude Colet*, 24(11), 4355-4366. doi: 10.1590/1413-812320182411.07422018.
- Deal, J.A., Power, M.C., Palta, P., Alonso, A, Schneider, A.L.C., Perryman, K., ... & Sharrett, A.R. (2019). Relationship of Cigarette Smoking and Time of Quitting with Incident Dementia and Cognitive Decline. *Journal of the American Geriatrics Society*. doi: 10.1111/jgs.16228.
- Donnellan, C. & Werring, D. (2019). Cognitive impairment before and after intracerebral haemorrhage: a systematic review. *Neurological Sciences*. doi: 10.1007/s10072-019-04150-5.

- Fancourt, D., Steptoe, A. & Cadar, D. (2020). Community engagement and dementia risk: time-to-event analyses from a national cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(1), 71-77. doi: 10.1136/jech-2019-213029.
- Garre-Olmo, J. (2018). Epidemiology of Alzheimer's disease and other dementias. *Revista de Neurología*, 66(11), 377-386.
- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392(10159), 1789-1858. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7.
- Gültekin, B.K. (2010). Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 583- 594.
- Isik, A.T., Kocyigit, S.E., Smith, L., Aydın, A.E. & Soysal, P. (2019). A comparison of the prevalence of orthostatic hypotension between older patients with Alzheimer's Disease, Lewy body dementia, and without dementia. *Experimental Gerontology*, 124, 110628. doi: 10.1016/j.exger.2019.06.001.
- Kalaça, S. (2013). *Ruh Sağlığı Sorunları*. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. (Edt:Ünal, B., Ergör, G.) Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909, Anıl Matbaa Ltd. Şti., Ankara.
- Lopez, O.L. & Kuller, L.H. (2019). Epidemiology of aging and associated cognitive disorders: Prevalence and incidence of

- Alzheimer's disease and other dementias. *Handbook of Clinical Neurology*, 167, 139-148. doi: 10.1016/B978-0-12-804766-8.00009-1.
- Ohrnberger, J., Fichera, E. & Sutton, M. (2017). The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Social Science & Medicine*, 195, 42-49. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.11.008.
- Peritogiannis, V. & Lixouriotis, C. (2019). Mental Health Care Delivery for Older Adults in Rural Greece: Unmet Needs. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 10(4), 721-724. doi: 10.1055/s-0039-3399603.
- Reckrey, J.M., Morrison, R.S., Boerner, K., Szanton, S.L., Bollens-Lund, E., Leff, B., Ornstein, K.A. (2019). Living in the Community With Dementia: Who Receives Paid Care? *Journal of the American Geriatrics Society*. doi: 10.1111/jgs.16215.
- Souza, R.K.M., Barboza, A.F., Gasperin, G., Garcia, H.D.B.P., Barcellos, P.M. & Nisihara, R. (2019). Prevalence of dementia in patients seen at a private hospital in the Southern Region of Brazil. *Einstein (Sao Paulo)*, 18:eAO4752. doi: 10.31744/einstein_journal/2020AO4752.
- Subramaniam, M., Chong, S.A., Vaingankar, J.A., Abidin, E., Chua, B.Y., Chua, H.C., ... & Prince M. (2015). Prevalence of Dementia in People Aged 60 Years and Above: Results from the WiSE Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 45(4), 1127-38. doi: 10.3233/JAD-142769.

- World Health Organization (WHO) (2003). *Investing in Mental Health*. 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland.
- World Health Organization (WHO) (2018). *Global Health Observatory Data, Top 10 causes of death*. ET: 12.12.2019. https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/
- World Health Organization (WHO) (2019a). *Mental Disorders*. Update: 2019 Nov 28. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- World Health Organization (WHO) (2019b). *Mental Health*. Update: 2019, Oct 02. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
- World Health Organization (WHO) (2019c). *Mental Health of Older Adult*. Key fact. Update: 2019 Dec 12. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- World Health Organization (WHO) (2019d). *Dementia*. Update: 2019, Sep 19. ET: 10.12.2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Yavlal, F. & Aydın Güngör, H. (2016). Demansta Klinik Bulgular. *Nükleer Tıp Seminerleri*, 3, 134-138.

BÖLÜM 2:

ÖZ BİLİNCE İLİŞKİN OLUMSUZ DUYGULAR: UTANÇ VE SUÇLULUK

Dr. Mehmet Cem TÜRKEŞ²

Prof. Dr. Fatma Gül CİRİNLIÖĞLU³

Araş. Gör. Gamze ÖZDEMİR⁴

² Yakın Doğu Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Lefkoşa, KKTC. mturkes@gmail.com

³ Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, Sivas, Türkiye. fgcirhinlioglu@gmail.com

⁴ Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, Çanakkale, Türkiye. gamzeozdemir@comu.edu.tr

GİRİŞ

Duygu, her insanın günlük yaşamında sıklıkla deneyimlediği bir olgudur. Ancak buna karşın, duygu kavramının tanımını yapabilmek oldukça güçtür. Duygu üzerine yapılan açıklamaların izlerini felsefe tarihinin erken dönemlerine kadar sürmek mümkündür (Strongman, 2003). Psikoloji alanı kapsamında ise duygunun ne olduğuna yönelik sorunun cevabı William James'ten (1884) beri aranmaktadır. Geçen bir buçuk asrın ardından, ancak, onun tek bir biçimde açıklanamayacağını söylemek mümkün gözükmemektedir.

Duygu kavramının tanımlanmasındaki bu zorluğun temel nedeni, duygu çeşitliliğini karşılayabilecek ortak bir öz bulmaktaki zorluktan gelmektedir. Çünkü duygular, psikoloji disiplininin ele aldığı pek çok yapıdan daha fazla bir biçimde kişisel ve bağlamsal mekanizmalarla ilişkilidir ve bu ilişkililik, tüm duygularda ortak olan öz bir yapı bularak onu tanımlamayı güçleştirir (Ben-Ze'ev, 2001). Bu nedenle, duygunun ne olduğunu anlamaya ve açıklamaya çalışan kuramcılar, genellikle bir duygunun oluşum sürecinin bileşenlerini tanımlamaya çalışırlar (örn., bilişsel unsurlar, eyleme yönelik motivasyonel unsurlar, somatik unsurlar, motor unsurlar vb.). Ancak duygunun oluşum süreci içinde yer alan bileşenlerin tam sayısı, niteliği ve aslında duygunun tam olarak hangi bileşene karşılık geldiği konusunda da alanda açıkça bir anlaşmazlık olduğu görülmektedir (Moors, 2009). Örneğin, James (1894) duygunun his bileşenine karşılık geldiğini ileri sürerken; Frijda (2007), motivasyonel bileşenin, Scherer (2005) sözü edilen tüm bileşenlerin duyguya karşılık geldiğini ifade etmiştir. Ayrıca, duygu kuramcıları, duygusal bölümdeki

bileşenlerin sırayla oluşup oluşmadığı ve eğer öyleyse, sabit bir düzende oluşup oluşmadıkları konusunda da aynı fikirde değildir. Dolayısıyla duygunun tanımı gibi, duygunun bileşenlerinin tanımı da bir anlaşmazlık kaynağıdır (Moors, 2009). Öte yandan duygu kavramı hakkında bilimsel açıdan fikir sahibi olabilmek için, yine de, duygu kavramını tanımlamak önemlidir. Örneğin Ekman (1999), birtakım ortak özlere ulaşmak amacıyla, duyguları neden, amaç ve sonuç olmak üzere üç madde üzerinden ele almıştır:

"Duygu, genellikle bir olayı, kendisi için önemli olan bir hedef üzerinden, bilinçli veya bilinçsizce değerlendiren kişi tarafından ortaya çıkarılmaktadır; olay hedefe ulaşmayı sağlıyorsa duygu pozitif; hedefe ulaşmayı engelliyorsa duygu negatif olarak hissedilir." "Bir duygunun temel amacı kişiyi harekete geçmeye hazır hale getirmek ve hareket planlarını yönlendirmektir; bir duygu bir veya bir kaç tür eyleme öncelik vererek aciliyet duygusu uyandırır. Böylece alternatif zihinsel işlemler veya eylemler ile yarışabilir veya onları yarıda kesebilir." "Bir duygu genelde ayırt edici bir zihinsel durum olarak deneyimlenir, bazen bedensel değişimler, ifadeler, eylemler bunlara eşlik eder veya ardından gelirler."

Ekman (1999) tarafından yapılan bu tanımlamaya paralel olarak, duygu, bir durum karşısında gelişen, bilişsel değerlendirmelere eşgüdümlü olan ve harekete kılavuzluk eden bir yapı olarak açıklanabilir. Ancak bu tanımlamaların tek ve fikir birliğine varılmış bir açıklamayı içermediği her zaman göz önünde bulundurulmalıdır.

Duyguların Sınıflandırılması

Duygu kavramının anlaşılmasında önemli bir nokta, duyguların nasıl sınıflandırılacağı ile ilişkilidir. Bu konuda iki görüş vardır. Birincisi “Temel Duygular” (*Basic Emotions*) ve ikincisi “Çok Boyutlu Duygular” (*Multi-Dimensional Emotions*) görüşüdür. Birinci görüşe göre, belirli temel duygular vardır ve bu duygular kategorik olarak birbirinden ayrılır. İkinci görüşe göre ise duygular temel olarak birbirinden farklı değildir; ancak belirli boyutlar üzerinden aldıkları değerlere göre birbirlerinden farklılaşabilirler. Temel duygular görüşü için Ekman’ın çalışmalarını örnek göstermek mümkündür. Ekman (1978) erken tarihli çalışmasında altı temel duygu bulunduğunu öne sürmüştür. Bunlar: öfke, tikslenme, korku, mutluluk, üzüntü ve şaşkınlıktır. Sonraki araştırmalarında Ekman, suçluluk ve utanç başta olmak üzere, farklı duyguları da ilave ederek, temel duyguların sayısının daha fazla olabileceğine işaret etmiştir (akt., Ekman, 1999). Plutchik (1980) de temel duygular görüşünü kabul etmiş; duyguları benzerlik, farklılık ve şiddet boyutu üzerinden tanımlayarak “duygu çarkı” (*wheel of emotions*) olarak isimlendirdiği modelini oluşturmuştur. Bu modelde, Ekman’ın modelinin içerdiği duygularla benzer veya farklı olabilen sekiz tane temel duygu yer almaktadır. Bunlar: kabul, korku, öfke, sevinç, şaşkınlık, tiksinti, umut ve üzüntüdür. Bir başka uç nokta olarak ise Parrots’un (2001) sınıflandırma modeli örnek gösterilebilir. Parrots (2001) temel duygular görüşünü benimsemiş önceki araştırmacılardan farklı olarak, yüzden fazla sayıdaki duyguyu ele almış ve onları birinci, ikinci ve üçüncü katman duygular olarak ayırarak, bir ağaca benzeyen modelini

oluşturmuştur. Parrots'un (2001) birinci katmanında yer alan duygular şunlardır: eğlence, korku, öfke, sevgi, şaşkınlık ve üzüntü.

Temel duygular görüşünü benimsemiş kuramcılarının modelleri incelendiğinde, temel duyguların neler olduğu konusunda alanyazında bir uzlaşma olmadığı anlaşılmaktadır. Bunun nedeni, temel duyguların neler olduğu konusunda araştırmacıların farklı kriterleri benimsemiş olmalarıdır (Moors, 2009). Çok Boyutlu Duygular görüşü ise duyguların, kategorik olarak birbirinden tamamen farklı yapılar olmadığı, yalnızca belirli boyutlar açısından aldıkları değerler doğrultusunda birbirlerinden farklılaştığını ileri sürmektedir. Örneğin Russell'in (1980) Dairesel Duyuş Modeline (*Circumplex Model of Affect*) göre, duygular hoşnutluk-hoşnutsuzluk (*pleasure-displeasure*) ve uyarılmışlık-uyku hali (*arousal-sleep*) boyutları üzerinden aldıkları değerlere göre birbirlerinden ayrılmaktadır. Ancak alanyazındaki tek çok boyutlu duygular modeli Russell'in modeli değildir. Farklı araştırmacılar, farklı boyutlar ileri sürmüşlerdir. Örneğin, bir başka modelde sosyal yakınlık-sosyal uzaklık (*engaged-disengaged*) boyutunun, duyguların birbirinden farklılaşmasında etkinliğe sahip temel bir boyut olabileceği ileri sürülmüştür (Kitayama, Markus ve Kuokawa, 2000). Araştırmacıların duygular için önemli gördükleri boyutların birbirinden farklılaşması, çalışmalardan elde edilen bulguların bir araya getirilmesini güçleştirmektedir.

Özetle, duyguların sınıflandırmasıyla ilgili olarak da alanda ortak bir görüşün olmadığı söylemek mümkündür. Bununla birlikte, duygulara yönelik pek çok araştırma bu iki görüşten birine dayanarak gerçekleştirilmektedir.

Duygu Nedenselliği Kuramlarına Genel Bakış

Duygu nedenselliği kuramları arasındaki temel farklılaşma, duygunun oluşumunda hangi süreçlerin işleyeceği üzerinedir (Moors, 2009). Bir başka ifadeyle, nedensellik kuramları fizyolojik ve bilişsel öncüllerinin sırasının ne olduğu konusunda birbirlerinden farklı görüşleri sürmeleriyle birbirlerinden farklılaşmaktadırlar (Morris, 2002). Erken tarihli bir kuram, William James ve Carl Lange tarafından ileri sürülen ve bu nedenle “James-Lange Kuramı” olarak anılan kuramdır (Moors, 2009). Bu kurama göre, bir uyarıcı çevresel somatik ve / veya motor tepkileri ortaya çıkaran duygusal korteksi aktive ederek fizyolojik değişimlere neden olur. Bu fizyolojik tepkilerin geribildirimleri duygusal deneyimin üretildiği duygusal kortekse geri döner. Böylece duygusal deneyim ortaya çıkar ki bu da duygu oluşumuna karşılık gelir. Dolayısıyla aslında duygusal deneyim bedensel tepkilerin bilinçli deneyiminden başka bir şey değildir. Bir başka ifadeyle, vücutla ilişkili tepkiler ve davranışlar duygunun öncülüdür. Örneğin bir kişi, bir tehlike karşısında titrediğinde, korktuğu için titremiş olmaz; titrediği için korku hisseder (Cannon, 1927; James, 1894; Lang, 1994). Öte yandan, bazı kuramlar, fizyolojik değişimlerle duygu oluşumu aşamalarını öncelik-sonralık ilişkisi içinde almaz. Önemli olan uyarıcıyla karşılaşmış olmaktır; uyarıcı fizyolojik değişimi ve duyguları tetikleyen mekanizmadır. Bu perspektifin en önemli örneği Cannon-Bard Kuramıdır (Morris, 2002). Cannon, James tarafından ileri sürülen duygu nedenselliği kuramını eleştirmiş ve talamus yapısını ele alarak alternatif bir kuramsal çerçeve öne sürmüştür. Bard’ın da benzer yöndeki çalışmaları

doğrultusunda Cannon-Bard Kuramı olarak isimlendirilen bu kurama göre, fizyolojik değişim ve duyguların oluşumu bir eş zamanlılık gösterir. Diğer bir ifadeyle, uyarılma duygunun oluşumundan önce gerçekleşmek zorunda değildir; aynı anda ortaya çıkmaları mümkündür (Bard, 1928; Cannon, 1927). Günümüzde daha geçerli olan duygu nedenselliği kuramları ise duygu oluşumunda bilişsel süreçlere vurgu yapan kuramlardır. Bu kuramlara göre, yine uyarıcılar fiziksel tepkilere yol açmaktadır; ancak duyguyu oluşturan ve farklılaştıran bu fizyolojik değişimin bilişsel olarak nasıl yorumlandığıdır (Moors, 2009; Morris, 2002). Schacter'in (1964) "İki Faktör Kuramı" (*Two Factor Teory of Emotion*) duygunun nedenselliği konusunda bilişsi önceleyen kuramlar içinde ele alınabilecek erken tarihli bir kuramdır. Bu kurama göre duygu oluşumu iki aşamada oluşmaktadır. İlk aşamada belirli bir uyarıcı kişiye ulaştığında, onda içinde bulunduğu durumda süregidenden farklı bir fizyolojik uyarılma oluşturur. İkinci aşamada ise, kişi ilgili uyarılmayı, uyarılmanın varsayılan nedeni doğrultusunda yorumlar. Böylece kendisinde belirli bir duygu açığa çıkar. Dolayısıyla İki Faktör Kuramında, öncelikle fizyolojik uyarılma, ardından farkındalık içeren bilişsel süreçler gelmekte ve ikisi birden duygu oluşumuna yol açmaktadır. Schacter'in (1964) kuramının bilişsel önceliğini koruyan ve günümüzde daha geçerli olarak ön plana çıkan diğer kuramlar "Değerlendirme Kuramları" (*Appraisal Theory*) olarak isimlendirilmektedir (Moors, 2009). Değerlendirme Kuramcıları bir uyarıcının, ilgili bir hedef uygun veya uygun olmayan olarak değerlendirmesinin sonucunda duyguların ortaya çıktığını ileri sürerler

(örn., Frijda, 2007; Lazarus, 1991; 2006; Moors, 2007; Scherer, 2005). Diğer bir ifadeyle, duyguların birbirinden farklılaşması ve düzeyi, bireylerin olayları ya da durumları otomatik veya kontrollü bilişsel işlemeyle değerlendirmesinin bir sonucudur (Reseman ve Smith, 2001). Bu kuramlara göre, eğer hedefle uygun bir uyarıcı varsa bu olumlu duygulara; hedefle uygun olmayan bir uyarıcı varsa olumsuz duygulara yol açar (örn., Frijda, 2007; Lazarus, 1991; 2006; Moors, 2007; Scherer, 2005). Lazarus'un (1991; 2006) kuramsal çerçevesinin, fizyolojik değişimin değerlendirilmesindeki bilişsel süreçlerde bellekle ilişkili süreçlere ve kültürel öğelere de yer vermesiyle diğer kuramlardan ayrıldığı ve onun bilimsel araştırmalarda öne çıkmasını sağladığı görülmektedir.

Değerlendirme Kuramlarını diğer açıklamalardan ayıran en önemli yönü, akademik ve klinik çalışmaların gösterdiği gibi, aynı olay ve durum karşısında ortaya çıkan duyguların bireyden bireye ve aynı birey için zaman içinde değişiklik göstermesi durumunu açıklayabilmesidir. Değerlendirme kuramcılarına göre, duygulara neden olan doğrudan olay ve durumlar değil, onların sübjektif değerlendirmeleridir. Bu değerlendirmelere kişiden kişiye ve zaman içinde değişebileceği için, aynı olay ve durum karşısında duygulanım açısından bireyler arasında farklılıkların olması ve yine bireyin zaman içinde aynı olay karşısında farklı duygusal tepkiler vermesi oldukça anlaşılabilir bir durumdur (Roseman ve Smith, 2001).

Kısacası, duyguya dair tanımlamaların, sınıflandırmaların ve buna bağlı olarak nihayetinde nedenlerine yönelik kuramsal yaklaşımların da oldukça çeşitli olduğu görülmektedir. Bununla

birlikte, değerlendirme kuramcılarını, önerdikleri yapıyı göstermede önemli bir başarı elde etmişlerdir (Cornelius, 2000). Dolayısıyla günümüz alanyazınında, duygulara getirilen bilişsel değerlendirme perspektifinin oldukça geçerli görüldüğü söylenebilir.

Duyguların İşlevleri

Günlük hayatın her köşesine yayılmış olan duyguların, pek çok işleve sahip olacağı beklenilebilir bir gerçektir. Bu işlevleri, eyleme yönelik, türe yönelik, kişilerarası ilişkilere yönelik ve benliğe yönelik işlevler olarak sınıflamak mümkündür.

Ekman (1999) tarafından yapılan ve daha önce aktarılan duygu tanımlaması düşünüldüğünde, bu işlevlerin belki de en önemlisinin, duyguların kişileri harekete geçirmesi ve onların eylemlerinin yönünü belirlemesi olduğu söylenebilir. Cirhinlioğlu, Taşçıoğlu ve Beyazıt (2017) ile Çeçen (2003) literatürü baz alarak derledikleri duygu işlevleri arasında, davranışa yönelik güdüleyici olma, davranış tarzını için ipucu verme ve eylemi ifade eden motor unsurları sağlama yönlerinden söz ederek, duyguların eylem için ne derece mühim olduğuna işaret etmişlerdir. Diğer bir ifade ile duygular, daha önce söz edildiği gibi, eylemler konusunda bir kılavuz olarak değerlendirilebilir.

Duyguların bir diğer işlevi uyuma yönelik olmaları (Safran ve Greenberg, 1991; akt. Çeçen, 2003) ve yaşamsal önceliklerin belirlenmesinde görev almalarıdır (Cirhinlioğlu ve ark., 2017). Böylece hayatta kalma ve türün devamlılığı için gerekliliklerin yerine getirilmesine katkı sağlarlar.

Duyguların bir diğerk temel işlevi ise kişilerarası ilişkilere yöneliktir. Cirhinlioğlu ve ark. (2017) ile Çeçen (2003) tarafından aktarılan ve eylemle ilişkili olarak yorumlanabilecek davranış tarzı için ipucu verme özelliği düşünöldüğünde, bu özellik sayesinde karşılıklı ilişkilerin uzlaşma içinde gelişmesinin sağlanabileceği görölmektedir. Ayrıca araştırmacıların aktardığı bir başkaka işlev, duyguların başkalarını değerlendirmek için yarar sağlayabilmesidir. Böylece, kişilerarası ilişkilerin yönünü belirlemede, duygular bir kez daha katkı sağlarlar.

Son olarak, duyguların benlikle ilişkili birtakım işlevleri de söz konusudur. Bazı duygular, bireyin kendisini değerlendirmesine ilişkindir. Bu tür değerlendirmeler bireyin kendisine yönelik kabullenme veya eleştirme gibi birtakım eylemlere yönelmesiyle de sonuçlanabilir (Cirhinlioğlu ve ark., 2017). Aynı zamanda kişinin kendisi hakkındaki bu duyguları, benlik algısının şekillenmesine de katkı sağlamaktadır (Cirhinlioğlu ve ark., 2017). Dolayısıyla, bazı duyguların benlik kavramı için önemli bir rol üstlendiğini söylemek mümkün gözökmektedir.

Özetlemek gerekirse, duygular eyleme geçme, türün devamlılığı ve kişilerarası ilişkiler için oldukça önemli bir takım fonksiyonlara sahiptir. Bunun yanı sıra bazı duygular, benlik için de oldukça değerli görölmektedir. Benlik algısının şekillenmesinde de katkısı olan bu duygular “öz bilinçli duygular” olarak isimlendirilmektedir.

Olumsuz Öz Bilinçli Duygular: Suçluluk ve Utanç

Suçluluk, utanç ve gurur gibi, benliğe yönelik değerlendirmeyi (*self-evaluation*) ve öz yansıtmayı (*self-reflection*) içeren duygular “öz bilinçli duygular” (*self-conscious emotions*) olarak isimlendirilmektedir (Tangney, Stuewig ve Mashek, 2007). Bu duyguların, diğer duygulardan temel bazı farkları vardır. Bunlar: (1) Duygusal değerlendirmenin merkezinde benlik olması, (2) Hayatta kalma ve türün devamlılığına yardımcı olmak gibi temel yaşamsal hedefler için fonksiyonel olan diğer duyguların aksine, ahlaki davranışlar sergilemeye teşvik etme gibi daha girift sosyal amaçlarla ilişkili olması, (3) Benliğe yönelik farkındalığı gerektirdiğinden, gelişimsel açıdan daha geç dönemde ortaya çıkması, (4) Evrensel yüz ifadelerinin olmaması, (5) Bilişsel olarak daha kompleks olması, (6) Karmaşık nedensel yüklemeleri gerektirmesidir (Cirhinlioğlu ve ark., 2017; Tracy ve Robins, 2007).

Öz bilinçli duygulardan negatif olan iki tanesinin –suçluluk ve utanç- akademik ve klinik alanda öne çıktığı görülmektedir. Kişisel hatalar, başarısızlıklar ya da toplumsal/ ahlaki değerlerle örtüşmeyen davranışlar sonucu deneyimlenen bu duygular aslında, ahlaki bir “barometre” işlevi görerek, sosyal ve ahlaki kabul edilebilirliğimize yönelik hızlı ve güçlü bir geri bildirim sağlarlar (Tangney ve ark., 2007). Dolayısıyla her ne kadar olumsuz deneyimlere yol açsalar da, diğer duygular gibi suçluluk ve utanç da işlevsel özelliklere sahiptirler (Cirhinlioğlu ve Güvenç, 2011).

Suçluluk ve utanç duyguları birbirinden farklı, ancak benzer elementlere sahip ve çoğu zaman bir arada ele alınan duygulardır

(Cirhinlioğlu ve Güvenç, 2011). Hatta yle ki, bu kavramlar bazen yalnızca uzman olmayan kişiler tarafından değil, akademisyenler ve uzmanlar tarafından da birbiri yerine kullanılabilir (Gevrekçi ve ırakoğlu, 2017; Tangney, Miller, Flicker ve Barlow, 1996; Tangney, Stuewing ve Martinez, 2014). Fakat bu iki duygunun aynı deneyimin farklı ifadeleri olmadığı da bilinmektedir (rn., Ferguson, Stegge ve Damhuis, 1991; Tangney ve ark., 1996). Her iki duygu da şahsi başarısızlık veya toplumsal ihlallerden kaynaklanan ahlaki duygular olarak tanımlanır ve deneyimleyen kişiye acı verir (Tagney ve ark., 2007). Bu ortak unsurlara bağlı olarak, bir arada görülme ihtimalleri de yüksektir (Gevrekçi ve ırakoğlu, 2017). Örneğin, hem bu iki duygunun birbirleri ile (rn., Eisenberg, 2000; Fedewa, Burns ve Gomez, 2005) hem de iki duyguyu deneyimlemeye yönelik kişisel eğilimler arasında (Tangney, 1991; Fedewa ve ark., 2005) olumlu bir ilişki olduğu bilinmektedir. Lindsay-Hatz (1984) de kişilerin bu iki duyguyu tanımlama açısından birbirinden ayırt etmekte zorlanabildiğini göstermişlerdir. Dolayısıyla bu duyguların farklılaştığı noktalara değinmek, suçluluk ve utanç duygularını anlamayı ve açıklamayı kolaylaştırabilir.

İki duygunun birbirinden ayrıştığı bir noktanın, bu duyguların yaşanmasını tetikleyen öncül olayların farklılığı olduğu ileri sürülmüştür (Tagney ve ark., 2007). Bazı araştırmalar iki duygunun farklı yaşam olaylarıyla ilişkili olabildiğini desteklemişse de (rn., Lindsay-Hatz, 1984; Tangney, 1989), suçluluk ve utancı birbirinden ayıran spesifik olayların sınırlı olduğuna işaret eden görgül araştırmalar da mevcuttur (Gore ve Harvey, 1995; Keltner ve Buswell,

1996; Tangney, 1992). Bu araştırmalar göre, yalan söylemek, aldatmak, almak, başkalarına yardım etmemek, itaatsizlik etmek ve benzeri olaylar, bazı kişiler tarafından utanç duygusuyla bağlantılı olarak değerlendirilirken; aynı olaylar başkaları tarafından suçluluk duygusuyla ilişkili görülebilmekte ya da bazı öncüller eş zamanlı olarak iki duyguya da yol açabilmektedir. Bu nedenle, öncül olayların suçluluk ve utanç arasındaki temel farklılık olduğunu ileri sürmek mümkün gözükmemektedir.

Suçluluk ve utanç arasında ileri sürülen bir başka ayırım ise erken dönemli antropolojik çalışmalarla ileri sürülmeye başlanmış olduğu üzere, bu duyguların kamusal ya da özel alanla ilişkilerine yönelik tartışmalardan kaynaklanmaktadır. İlgili görüşe göre, utanç duygusu daha kamusal bir duygudur. Diğer bir ifadeyle utanç duygusunun ortaya çıkmasında, bu duyguyu ortaya çıkaran durumun açığa çıkması, yani diğerleri tarafından öğrenilmesi gerekmektedir. Oysa suçluluk, bu duyguya neden olan olayın açığa çıkmasını gerektirmez. Dolayısıyla vicdanla ilişkili yapısı suçluluğu utanca göre daha çok özel alanla ilişkili bir duygu yapmaktadır (Ausebell, 1955; akt., Tangney ve ark., 2007).

Ancak bu savı desteklemeyen görgül araştırmaların varlığı, bu ayırımın da kesin olmadığını işaret etmektedir. Örneğin Tangney ve ark. (1996) tarafından yüz seksen iki lisans öğrencisiyle yapılan araştırmada, utancın suçluluğa göre daha fazla kamusal alanda yaşanan bir duygu olmadığı; her iki duygunun da kişiler yalnızken daha fazla deneyimlendiği ortaya konulmuştur. Tangney, Marschall, Rosenberg, Barlow ve Wagner (1994) tarafından yapılan araştırma ise

çocuklar için de benzer bulguların geçerli olduğunu göstermektedir (akt., Tangney ve ark., 2007)

Suçluluk ve utancı birbirinden farklılaştıran bir başka nokta ise bu duyguların davranışla olan ilişkisidir (Tangney ve ark., 2007). Araştırmalar, suçluluk ve utanç duygularının kişilerarası bağlamda, birbirinden farklı davranış eğilimlerine yol açabildiğini göstermiştir (örn., Ferguson ve ark., 1991; Ketelaar ve Au, 2003; Lewis 1971, Lindsay-Hartz 1984, Tangney 1993, Tangney ve ark., 1996). Bu araştırmalar genel olarak, suçluluğun bireyleri, suçluluğa neden olan durumu telafi etmek için yapıcı davranışlar sergilemeye teşvik ettiğini; utancın ise uzaklaşmak, kaçmak, mesafe koymak gibi kaçınmacı davranışlara yönlendirdiğini göstermektedir. Kişilerin utançtan ziyade suçluluk duygusu deneyimlediklerinde gerginlik, vicdan azabı ve pişmanlık yaşayacakları ve bu hislerin onları, itiraf etmek, af dilemek veya neden olunan hasarı onarmak gibi yapıcı davranışlara yönelteceği görgül araştırmalar ile de gösterilmiştir (örn., De Hooge, Zeelenberg ve Breugelmans, 2007; Ketelaar ve Au, 2003; Sheikh ve Janoff-Bulman, 2010).

Bunun yanı sıra, suçluluğun empati duygusuyla pozitif yönde ilişkili iken, utancın ilişkisiz veya negatif yönde ilişkili olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (örn., Joireman, 2004; Leith ve Baumeister, 1998; Tangney 1991, 1995). Ayrıca suçluluğun aksine utancın, diğerlerini suçlama, öfke ve düşmanca davranışlarla da ilişkili olabildiği görgül kesitsel araştırmalar tarafından sıklıkla ortaya konulmuştur (örn., Bennett, Sullivan ve Lewis, 2005; Harper ve Arias, 2004; Paulhus, Robins, Trzesniewski ve Tracy, 2004; Stuewig,

Tangney, Heigel, Harty ve McCloskey, 2010; Tangney, Wagner, Hill-Barlow, Marschall ve Gramzow, 1996b; Wright, Gudjonsson ve Young, 2008). Ayrıca, Tangney ve ark. (2014) tarafından hapis cezası almış bireylerle boylamsal olarak yürütülen bir araştırmada, suçluluk düzeyi arttıkça, bu kişilerin yeniden suç işleme düzeylerinin azalacağı, utanç duygusuna yönelik eğilimin ise suçu dışsallaştırma ile ilişkisi üzerinden, yeniden suç işleme davranışını pozitif yönde yordayabildiği gösterilmiştir. Bu araştırma bulguları göz önünde bulundurulduğunda, iki duygunun davranış eğilimleri açısından birbirinden zıt yönde farklılaşabileceği daha iyi anlaşılmaktadır.

Dolayısıyla suçluluğun, ahlaki açıdan doğru olarak kabul gören davranışları sergilemeye motive etmesi konusunda utançtan daha işlevsel olduğu söylenebilir (Tangney ve ark., 2007). Öte yandan, kişinin sahip olduğu güdünün utanç ve olumlu sosyal davranış arasındaki ilişkiyi farklılaştırabildiği de düşünülmektedir. Bu yaklaşıma göre, utanç duygusu ardından var olan motivasyonu kişinin kendi imajını koruma arzusu ise toplumsal çekilmeye neden olur; ancak benlik bütünlüğünü yeniden sağlama arzusu, kendini geliştirmeye ve sosyal yeniden bağlanmaya yönelik davranışa yönlendirir (Dean ve Fles, 2016). Bu görüş doğrultusunda, suçluluk ve utanç arasındaki temel farkın bu duygularla ilişkili eylemler olduğunu ileri sürmek de güçleşmektedir.

Lewis (1971) bu iki duygu arasındaki bir başka farkı şu sözlerle açıklamıştır: *“Utanç deneyimi doğrudan değerlendirmenin odak noktası olan benlikle ilgilidir. Suçlulukta benlik, olumsuz değerlendirmenin merkezi nesnesi değildir; aksine, yapılan ya da*

yapılmayan şey odak noktasıdır. Suçlulukta, benlik (yapılan ya da yapılmayan) bir şeyle bağlantılı olarak olumsuz olarak değerlendirilir; ancak tecrübenin odak noktası değildir.” (Lewis, 1971: 30). Bu ayrıma göre suçluluk ve utanç duyguları arasındaki temel fark, bu duyguların değerlendirme odağı ile ilişkisinden kaynaklanmaktadır. Suçluluk duygusunda bireyin değerlendirme odağı kişisel davranışları üzerinde iken; utanç duygusunda odakta doğrudan kişinin benliği bulunmaktadır. Lewis (1971), ayrıca utanç duygusunda bir benlik bölünmesi yaşandığını, bunun sonucunda da odaklanılan benliğin (*focal self*) gözleyen benlik (*observing self*) tarafından değersiz olarak görüldüğünü ifade etmektedir. Dolayısıyla Lewis’e (1971) göre, utançta yer alan süreçler, suçlulukta yer alan süreçlerin ötesine uzanır. Başka bir ifadeyle, kişi, “ben kötü bir şey yaptım” deyişinde ‘kötü bir şey’ üzerine yoğunlaşırsa suçluluk, ‘ben’ üzerine yoğunlaşırsa utanç duygusu ortaya çıkmaktadır (Lewis, 1971). Bu ayrımdan hareketle, her iki duygu için de kişinin kendisine yönelik değerlendirmelerinden, pişmanlık ve rahatsızlıktan söz edilebilirse de utanç duygusunun bireyin benliği için daha yıkıcı olduğu söylenebilir (Lewis, 1971; Tangney, 1991). Lewis'in (1971) vaka araştırmalarına dayanarak oluşturduğu bu savı görgül araştırmalar ile de desteklenmiştir (örn., Tangney, 1993; Wicker, Payne ve Morgan, 1983). İki duygu arasındaki bu temel ayrım, günümüz alanyazınında da en geçerli görülen farklılık olarak değerlendirilmektedir (Cirhinlioğlu ve Güvenç, 2011; Gevrekçi ve Çırakoğlu, 2017).

Suçluluk ve Utanç ile Ruh Sağlığı İlişkisi

Genel psikolojik bozuklukların ve pek çok anormal davranışın duygusal problemlerden kaynaklandığına inanılmaktadır. Tanımlanan ruhsal bozukluklar bir arada düşünüldüğünde, her biri için az ya da çok, duyguların temel bir role sahip olduğu görülmektedir (Ekman, 1999). Söz konusu suçluluk ve utanç gibi öz bilişsel duygular olduğunda, duyguların ruhsal bozukluklarla daha da belirginleşen bir ilişkisi olması şaşırtıcı değildir. Çünkü bu duygular, doğrudan benliği etkileyebilmektedir.

Alanyazında geçerli görülen suçluluk ile utanç arasındaki temel farklar, daha önce sözü edildiği üzere, suçluluğun ahlaki açıdan daha yapıcı; utancın ise hem daha yıkıcı hem de benlikle ilişkisi bağlamında daha yıpratıcı bir öz bilinçli duygu olduğuna yöneliktir. Ortaya çıkan bu temel farklar perspektifi üzerinden tahmin edilebileceği üzere, bu iki duyguyu birbirinden ayıran bir başka nokta da onların ruh sağlığı ile olan ilişkileridir (derleme makaleleri için ayrıca bkz., Cirhinlioğlu ve Güvenç, 2011; Tagney ve ark., 2007).

Psikanalitik Kuram, kuramsal olarak suçluluk ve utancı psikopatolojik süreçlerle bağlantılı bir biçimde açıklayan erken dönemli kuramlardandır. Freud tarafından geliştirilen Klasik Psikanalitik kuramda suçluluk, çoğu zaman çocukluk döneminde ebeveyn terki veya cezalandırması gibi konulardaki endişelere dayanarak, kabul edilemez dürtülere karşı gelişen ve kişinin kendisini cezalandırmasını neden olan bir tür süperego tepkisi olarak ele alınmaktadır. Kurama göre, bu tür suçluluklar genellikle psikolojik sıkıntıya ve uyum sorunlarına neden olarak görülür ve ahlaki

davranışlarda çok fazla rol oynadığı düşünülmemektedir (Freud, 1961; akt., Eisenberg, 2000). Örneğin, melankoli, saplantılı nevroz ve mazoşizm gibi psikolojik problemlerin temelinde suçluluğun yattığı ileri sürülmüştür (akt., Tangney, Burggraf ve Wagner, 1995). Psikanalitik kuramda utanç ise, toplum tarafından kabul görmeyecek cinsel dürtülerin kontrolü ile ilişkili bir duygu olarak ele alınmaktadır (Freud, 1965; akt., Eisenberg, 2000). Freud'un psikolojik problemlerin gelişmesi perspektifinde utanç duygusunu ihmal ettiği öne sürülmüştür (Lewis, 1971).

Psikanalitik kuram ile bilişsel yaklaşımı bir arada ele alan Lewis (1971) ise bu iki duyguya yönelik farklı derecelerdeki yatkınlıkların farklı psikolojik semptomların oluşumu ile ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Lewis'e (1971) göre utanca eğilimli kişiler özellikle depresyon gibi bozukluklara daha yatkın iken, suçluluğa eğilimli kişiler paranoya ve obsesif-kompulsif sendromlar tarzındaki düşünceyle ilgili bozukluklara daha meyillidir.

Akademik alanyazın için ise söz konusu yalnızca utanç olduğunda, ortada dikkat çekici bir çelişki olmadığı; utanca yönelik yatkınlığı olanların açıkça pek çok psikolojik bozukluk belirtisine karşı çok daha kırılgan olduğu görülmektedir (Tangney ve ark., 2007). Bu araştırmalar paralelinde utancın depresyon (örn., Orth, Berking ve Burkhardt, 2006; Tangney, 1992), kaygı (örn., Tangney, Wagner ve Gramzow, 1992), beden algısı bozukluğu (örn., Marques, Weingarden, Leblanc ve Wilhelm, 2011), obsesif-kompulsif bozukluk (örn., Fergus, Valentiner, McGrath ve Jencius, 2010), sosyal anksiyete bozukluğu (örn., Gilbert, 2000; Hedman, Ström, Stükel ve Mörtberg,

2013), travma sonrası stres bozukluğu (örn., Bannister, Colvonen, Angkaw ve Norman, 2019; Crocker, Haller, Norman ve Angkaw, 2016) gibi psikopotalojilerle ve azalan psikolojik iyilik hali ile (örn., Cirhinlioğlu, 2006) yakından ilişkili olduğu görülmektedir.

Söz konusu suçluluk olduğunda ise klinik alanda çoğunlukla kronik bir biçimde kendini suçlama (*self-blame*) ve ihlallere ilişkin olarak obsesif ruminasyon ile karakterize, maladaptif suçluluğa atıfta bulunulduğu dikkat çekmektedir (Tagney ve ark., 2007). Tangney (1996), suçluluk duygusunun yapıcı davranışlarla ilişkisini ortaya koyan bulguları göz önüne alarak, suçluluğun psikolojik bozukluklarla ilişkili olmasını beklemenin bir nedeni olmadığını ileri sürmüştür. Ona göre, suçluluğun bazı kuramcı ve araştırmacılar tarafından psikolojik bazı semptomlarla ilişkili bulunmasının temel nedeni, suçluluk ile utançın bazen birbiriyle karışmış halde bulunmasından kaynaklanmaktadır. Suçluluk duygusunun utançla karışması, kişinin, suçluluk duygusu deneyimini kendi benliğine doğru genişleterek utanç duyması anlamına gelmektedir. Araştırmacıya göre, karışıklık bu yapının suçluluk bileşeni değil, ancak utanç bileşeni nedeniyle kişi benliğini kusurlu bularak, acı deneyimler ve bu da psikolojik bozuklukların ortaya çıkmasına neden olur. Bu görüşü destekleyecek şekilde, utançtan bağımsız bir suçluluğun psikolojik bozukluk belirtileriyle ilişkili olmadığını, hatta utanç kontrol altına alındığında, suçluluğun ruhsal bozukluk belirtileriyle negatif yönde ilişkili olabildiğini ortaya koyan görgül çalışmalar da mevcuttur (Bannister ve ark., 2019; Gramzow ve Tangney 1992; Leskela, Dieperink ve Thuras, 2002; Stuewig ve McCloskey, 2005; Tangney ve ark., 1992).

Örneğin Tangney ve ark. (1992) tarafından yapılan araştırmada utanç duygusuna yönelik yatkınlık arttıka, hem Ruhsal Belirti Tarama Testinin alt ölçeklerinden alınan puanların (somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paronaid düşünce ve psikotizm) hem de Beck Depresyon Envanteri ile ölçülen depresyon ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ile değerlendirilen kaygı düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir. Utanç kontrol aldığıında, suçluluk ile psikolojik problemler arasında önceden gözlemlenen ilişkinin ise tamamen ortadan kalktığı ortaya konulmuştur.

Öte yandan, insanlar, kontrolleri dışındaki olaylar için abartılı veya çarpık bir sorumluluk duygusu geliştirdiğinde suçlulukla ilişkili olarak bazı psikolojik sorunların ortaya çıkması da muhtemel görölmektedir (Tangney ve ark., 2007). Örneğin Ferguson, Stegge, Eyre, Vollmer ve Ashbaker (2000) tarafından yapılan deneysel çalışmada bazı senaryolar sunulmuş ve bu senaryolardaki sorumluluk dereceleri kontrollü bir biçimde değiştirilmiştir. Bulgular, sorumluluğun belirsiz olduğu durumlarda suçluluk eğilimi ile psikolojik semptomlar arasında ilişki olduğunu ortaya koymuştur.

Özetlemek gerekirse, suçluluk ve utancın birbirinden ayrışabildiği bir nokta da onların psikolojik bozukluk belirtileriyle ilişkisidir. Erken dönemli çalışmalar suçluluğun psikolojik rahatsızlıklarla görece daha yakından ilişkili olduğunu önermişse de, görgül araştırmalar utancın olumsuz psikolojik çıktılarıyla daha yakından ilişkili olabileceğini açıkça ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, suçluluk, utançla bir arada ise ve olası birtakım kişisel

değişkenler dolayısıyla, kontrol sahibi olunamayan durumlar için geliyorsa, olumsuz psikolojik durumlarla ilişkisinin gözlenmesi muhtemeldir.

Ancak bu çalışmaların çoğu batı kültüründe yapılmış çalışmalardır. Kültür, bir yandan mensubu olan bireylerin tüm benliğini ve bu benlik aracılığı ile bilişsel değerlendirmelerini etkileyebildiği için, duygularını da etkileyebilir. Öte yandan, hem yaşama dair motivasyonlar hem de neyin kabul edileceği, neyin cezalandırılacağı yine kültür tarafından belirlendiği için, duyguların hem davranışsal hem de ruhsal olası sonuçlarının da kültür tarafından etkilenmesi kaçınılmazdır. Örneğin, Cirhinlioğlu (2006) tarafından Türkiye örneklemleri ile yapılan bir araştırmada, alanyazının aksine utancın düşmanlığı yordamadığı bulunmuş ve utancın Türkiye'deki bireyleri dışsallaştırma ve saldırganlık eğilimlerine değil, boyun eğme ve kabullenme davranışlarına yönlendirebileceği tartışılmıştır. Dolayısıyla kültüre bu derece açık duygular söz konusu olduğunda, onu kültürel bağlam dışında evrensel birtakım ilkeler üzerinden ele almak yetersiz kalabilmektedir.

KAYNAKÇA

- Bannister, J. A., Colvonen, P. J., Angkaw, A. C. & Norman, S. B. (2019). Differential relationships of guilt and shame on posttraumatic stress disorder among veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice And Policy*, 11 (1), 35-42.
- Bard, P. (1928). A diencephalic mechanism for the expression of rage with special reference to the sympathetic nervous system. *American Journal of Physiology-Legacy Content*, 84(3), 490-515.
- Bennett, D. S., Sullivan, M. W. & Lewis, M. (2005). Young children's adjustment as a function of maltreatment, shame, and anger. *Child Maltreatment*, 10(4), 311-323.
- Ben-Ze'ev, A. (2001). The Complexity of Emotions. *In The subtlety of emotions*. MIT Press.
- Cannon, W.B. (1927). The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory. *The American Journal of Psychology*, 39(1/4), 106-124.
- Cirhinlioğlu, F.G. (2006). *Üniversite öğrencilerinde utanç eğilimi, dini yönelimler, benlik kurguları ve psikolojik iyilik hali arasındaki ilişkiler*. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Cirhinlioğlu, F.G. & Güvenç G. (2011). Utanç eğilimi, suçluluk eğilimi ve psikopatoloji. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 248-267.

- Cirhinlioğlu, F.G., Taşcıoğlu, G. & Beyazıt, U. (2017). Duygular. *İçinde* (Ed.). M. Zincirkıran, *Davranış Bilimleri*. Bursa: Dora Basım Yayın Dağıtım.
- Cornelius, R.R. (2000). *Theoretical approaches to emotion*. In ISCA Tutorial and Research Workshop (ITRW) on Speech and Emotion.
- Crocker, L.D., Haller, M., Norman, S.B. & Angkaw, A.C. (2016). Shame versus trauma-related guilt as mediators of the relationship between PTSD symptoms and aggression among returning veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8, 520–527.
- Çeçen, A.R. (2003). Duygular hayatımızda neden vazgeçilmez ve önemlidir? *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(9), 164-170.
- Dean, K.K. & Fles, E.H. (2016). The effects of independent and interdependent self-construals on reactions to transgressions: distinguishing between guilt and shame. *Self and Identity*, 15(1), 90-106.
- De Hooge, I.E., Zeelenberg, M. & Breugelmans, S.M. (2007). Moral sentiments and cooperation: Differential influences of shame and guilt. *Cognition & Emotion*, 21, 1025–1042.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual Review of Psychology*, 51, 665-697.
- Ekman, P. (1999). *Basic emotions*. In *Handbook of Cognition and Emotion*, (Eds.), T. Dalglesth & M. Power, (pp. 45-60). John Willey & Sons LTD.

- Fedewa, B.A., Burns, L.R. & Gomez, A.A. (2005). Positive and negative perfectionism and the shame/ guilt distinction, adaptive and maladaptive characteristics. *Personality and Individual Differences, 38*, 1609-1619.
- Ferguson, T.J., Stegge, H. & Damhuis, I. (1991). Children's understanding of guilt and shame. *Child Development, 62*, 827-839.
- Fergus, T.A., Valentiner, D.P., McGrath, P.B. & Jencius, S. (2010). Shame- and guilt-proneness: Relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 811–815.
- Frijda, N.H. (2007). What emotions might be? Comments on the comments. *Social Science Information, 46*, 433-443.
- Gevrekci, A.Ö. & Çırakoğlu, O. C. (2017). Suçluluk ve utanç duyguları üzerine kavramsal, nöropsikolojik ve psikopatolojik bir derleme. *Türk Psikoloji Yazıları, 20(40)*, 89-105.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 7*, 174–189.
- Gore, E. J. & Harvey, O.J. (1995). A factor analysis of a scale of shame and guilt: dimensions of conscience questionnaire. *Personality and Individual Differences, 19(5)*, 769-771.
- Harper, F.W. & Arias, I. (2004). The role of shame in predicting adult anger and depressive symptoms among victims of child psychological maltreatment. *Journal of Family Violence, 19(6)*, 359-367.

- Hedman, E., Ström, P., Stünkel, A. & Mörtberg, E. (2013). Shame and guilt in social anxiety disorder: Effects of cognitive behavior therapy and association with social anxiety and depressive symptoms. *PloS One*, 8(4), e61713.
- James, W. (1884). What is an emotion?. *Mind*, 9(34), 188-205.
- Keltner, D. & Buswell, B.N. (1996). Evidence for the distinctness of embarrassment, shame, and guilt: A study of recalled antecedents and facial expressions of emotion. *Cognition & Emotion*, 10(2), 155-171.
- Ketelaar, T. & Au, W.T. (2003). The effects of feelings of guilt on the behavior of uncooperative individuals in repeated social bargaining games: An affect-as-information interpretation of the role of emotion in social interaction. *Cognition & Emotion*, 17, 429-453.
- Kitayama, S., Markus, H.R. & Kurokawa, M. (2000). Culture, emotion and wellbeing: good feelings in Japan and United States. *Cognition and Emotion*, 14(1), 93-124.
- Lang, P.J. (1994). The varieties of emotional experience: A meditation on James-Lange theory. *Psychological Review*, 101(2), 211-221.
- Lazarus, R.S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46(8), 819-834.
- Lazarus, R.S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: Toward a personcentered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*, 74(1), 9-46.

- Leith, K.P. & Baumeister, R. F. (1998). Empathy, shame, guilt, and narratives of interpersonal conflicts: Guilt - prone people are better at perspective taking. *Journal of Personality*, 66(1), 1-37.
- Leskela, J., Dieperink, M. & Thuras, P. (2002). Shame and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 15(3), 223-226.
- Lewis, H.B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.
- Lindsay-Hartz, J. (1984). Contrasting experiences of shame and guilt. *American Behavioral Scientist*, 27, 689-704.
- Marques, L., Weingarden, H. M., LeBlanc, N. J. & Wilhelm, S. (2011). Treatment utilization and barriers to treatment engagement among people with body dysmorphic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(3), 286-293.
- Moors, A. (2009). Theories of emotion causation: A review. *Cognition and Emotion*, 23(4), 625-662.
- Moors, A. (2007). Can cognitive methods be used to study the unique aspect of emotion: An appraisal theorist's answer. *Cognition and Emotion*, 21, 1238-1269.
- Morris, C. G. (2002). *Psikolojiyi anlamak*. (Çev. Ed. B. Ayvaşık ve M. Sayıl). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Orth, U., Berking, M. & Burkhardt, S. (2006). Self-Conscious emotions and depression: Rumination explains why shame but not guilt is maladaptive. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(12), 1608-1619.

- Parrott, W.G. (2001). *Emotions in social psychology: Essential readings*. Psychology Press.
- Paulhus, D.L., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H. & Tracy, J. L. (2004). Two replicable suppressor situations in personality research. *Multivariate Behavioral Research*, 39(2), 303-328.
- Plutchik, R. (1980). *Emotion: A psychoevolutionary synthesis*. New York: Harper & Row.
- Roseman, I.J. & Smith, E.R. (2001). *Appraisal theory*. In K.R. Scherer, A. Schorr, & T. Johnstone (Eds.), *Appraisal Processes in Emotion: Theory, methods, Research* (pp.3-19). New York: Oxford University Press.
- Schachter, S. (1964). *The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state*. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 49-80). New York: Academic Press.
- Scherer, K.R. (2005). What are emotions? And how can they be measured? *Social Science Information*, 44, 695-729.
- Sheikh, S. & Janoff-Bulman, R. (2010). The “shoulds” and “should nots” of moral emotions: A self-regulatory perspective on shame and guilt. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36, 213–224.
- Strongman, K.T. (2003). *The Psychology of Emotion: From Everyday Life to Theory*. (5th. Edition). West Sussex: Willey & Sons.
- Stuewig, J. & McCloskey, L.A. (2005). The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents:

- Psychological routes to depression and delinquency. *Child Maltreatment, 10*(4), 324-336.
- Stuewig, J., Tangney, J.P., Heigel, C., Harty, L. & McCloskey, L. (2010). Shaming, blaming, and maiming: Functional links among the moral emotions, externalization of blame, and aggression. *Journal of Research in Personality, 44*(1), 91-102.
- Tangney, J.P. (1995). *Shame and guilt in interpersonal relationship*. In J. P. Tangney, & K.W. Fischer, (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 114-139). New York: The Guilford Press.
- Tangney, J.P. (1993). *Shame and guilt*. In C. G. Costello (Ed.). *Symptoms of Depression* (pp. 161-180). New York: Wiley.
- Tangney, J.P. (1992). Situational detenninants of shame and guilt in young adulthood. *Personality and Social Psychology Bulletin, 18*(2), 199-206.
- Tangney, J.P. (1991). Moral affect: The good, the bad, and the ugly. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 598-607.
- Tangney, J. P., Burggraf, S. A. & Wagner, P.E. (1995). *Shame-proneness, guilt-proneness, and psychological symptoms*. In J. P. Tangney, & K.W. Fischer, (Eds.), *Self-conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride*, (pp. 343-367). New York: The Guilford Press.
- Tangney, J.P., Miller, R.S., Flicker, L. & Barlow, D.H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions?. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(6), 1256-1269.

- Tangney, J.P., Stuewig, J. & Martinez, A.G. (2014). Two faces of shame: The roles of shame and guilt in predicting recidivism. *Psychological Science, 25*(3), 799-805.
- Tangney, J.P., Stuewig, J. & Mashek, D.J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology, 58*, 345–372.
- Tangney, J.P., Wagner, P.E. & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 469-478.
- Tangney, J.P., Wagner, P.E., Hill-Barlow, D., Marschall, D. E., & Gramzow, R. (1996b). Relation of shame and guilt to constructive versus destructive responses to anger across the lifespan. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(4), 797.
- Tracy, J. L. & Robins, R.W. (2007). The psychological structure of pride: A tale of two facets. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*, 506–525.
- Wicker, F.W., Payne, G.C. & Morgan, R.D. (1983). Participant descriptions of guilt and shame. *Motivation and Emotion, 7*(1), 25-39.
- Woien, S.L., Ernst, H.A.H., Patock-Peckham, J.A. & Nagoshi, C.T. (2003). Validation of the TOSCA to measure shame and guilt. *Personality and Individual Differences, 35*, 313-326.
- Wright, K., Gudjonsson, G.H. & Young, S. (2008). An investigation of the relationship between anger and offence-related shame and guilt. *Psychology, Crime & Law, 14*(5), 415-423.

BÖLÜM 3:

PREOPERATİF ANKSİYETE YÖNETİMİ

Dr. Öğr. Üyesi Figen DIĞIN⁵

⁵ Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Ebelik Bölümü, Kırklareli, Türkiye.
fgndgn2013@gmail.com

GİRİŞ

Cerrahi, tıbbın gelişim süreci içinde uzun süre ihmal edilse de günümüzde cerrahi ve anestezi tekniklerindeki gelişmeler nedeniyle en çok başvurulan tedavi yöntemlerinden biridir (Aslan, 2017). Cerrahi sayesinde hastalara organ nakli yapılabilmekte, mekanik parçalar insan bedenine yerleştirilebilmekte ve vücudun kopan parçaları yerine dikilebilmektedir (Yavuz, 2017). Ancak bununla birlikte cerrahi girişimler hastalarda ciddi psikiyatrik ve psikososyal sorunlara sebep olabilmektedir. Hastaların bireysel kontrollerini kayb ettikleri bir ortamda en mahrem organlarına müdahale edilmesine müsaade etmesi, hiç görmediği iç organlarına başkasının dokunmasına izin vermesi gerekmektedir (Özkan, 2018). Cerrahi girişimler hastaların yaşamını güven altına almak amacıyla yapılan uygulamalar olmakla birlikte, hastalar açısından hem psikolojik hem de fizyolojik planlı bir travmadır. Bu nedenle hastaların bedeni travmalara nasıl yanıt veriyor ise cerrahi girişimlere de öyle yanıt vermektedir (Aslan, 2017). Cerrahi girişim nedeniyle hastalar kaygı (anksiyete) yaşayabilmektedirler. Anksiyete (kaygı) “sıkıca bastırmak, boğazını sıkıkmak, sıkıntı ve tasa” anlamında kullanılan “angh” sözcüğünden türemiştir. Türkçe’de anksiyete bunaltı, endişe, kaygı gibi terimlerle ifade edilmektedir. Psikiyatrik açıdan bakıldığında ise anksiyete somatik belirtilerin eşlik ettiği, normal dışı tedirginlik olarak tanımlanmaktadır (Cüceloğlu, 1997).

Cerrahi, yaralanan ya da şekil bozukluğuna uğrayan vücut bölümlerini tedavi eden bilim ve sanat olarak tanımlanabilmektedir. Cerrahi girişim hasta ile birlikte hekim ve hemşirenin ekip olarak

çalışmasını gerektirmektedir. Cerrahi girişimler, tanılamak, tedavi etmek, hafifletmek (semptomatik), kozmetik ve önlemek amacıyla yapılmaktadır (Yılmaz, 2017b). Cerrahi girişimin ne amaçla planlandığına bakılmadan hastaların cerrahi öncesi iyi bir değerlendirmeden geçmesi gerekmektedir. Cerrahi hastası, olası ve mevcut risklerin belirlenmesi ve önlenmesi, ameliyat öncesi hastanın genel durumunun değerlendirilmesi ve gerekli ise düzeltilmesi amacıyla değerlendirilmektedir. Yapılan bu değerlendirme ile;

- Ameliyat gerektiren durumun belirlenmesi
- Hastanın genel durumunun değerlendirilmesi
- Hastanın genel sağlık durumunun cerrahiye hazırlanması
- Cerrahi öncesi ve sonrası olası riskli durumların belirlenmesi ve gereken önlemleri alınması
- Hastanın cerrahi öncesi, sırası ve sonrası gereken bakımının planlanabilmesi
- Hastanın psikolojik olarak desteklenebilmesi, anksiyete ve korkularının azaltılması
- Ağrı yönetiminin sağlanması
- Hastanın konfor düzeyinin ve memnuniyetinin artırılması
- Hastanın en kısa sürede iyileşmesinin sağlanması
- Hastanın yaşam ve bakım kalitesinin artırılması
- Hastanede kalış süresinin ve maliyetin azaltılması amaçlanmaktadır (Yılmaz, 2017b).

Cerrahi hastasını değerlendirmeye başlamadan önce hastaya ait tüm bilgilerin, hastayla ilgili tıbbi kayıtların ve kullanılması muhtemel araç ve gerecin toplanması gerekmektedir. Hastanın değerlendirilmesinde ait olduğu toplumsal yapının kültürel özellikleri ve değerleri göz önünde bulundurulmalıdır (Hakverdioğlu ve Usta, 2015; Healthtimes, 2019). Cerrahi girişim öncesi hasta değerlendirmesindeki amaç hasta güvenliğini sürdürebilmektedir. Bu nedenle cerrahi girişim öncesinde;

- Hastanın sağlık durumunun planlanan cerrahiye uygun olup olmadığı
- Olası cerrahi risklerin tanımlanması
- Cerrahi girişim nasıl yapılacağı (ayaktan, günü birlik, planlı vb.)
- Cerrahi girişim sonrası karşılaştırma yapabilmek için hastanın temel verilerinin saptanması
- Cerrahi girişim öncesinde cerrahi sonrası bakımın planlanması
- Cerrahi yöntemin belirlenmesi
- Anestezi yönteminin belirlenmesi gerekmektedir (Yılmaz, 2017b).

Cerrahi hastasına uygulanacak ameliyatın türü ne olursa olsun fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak hastayı etkilemektedir. Cerrahi girişimler, insan vücudunun içine girmeyi gerektiren uygulamalar içerdii için, hasta için stres kaynağı olmaktadır. Her birey kendine özgü özellikleri nedeniyle aynı ameliyatlara farklı tepkiler verebilmektedir. Bu nedenle cerrahi girişim planlanan her

hastanın fiziksel, yasal ve psikolojik hazırlığının çok iyi planlanarak yapılması gerekmektedir (Yavuz, 2017). Hastanın ameliyat öncesi genel sağlık durumunun değerlendirilmesi, olası risklerin belirlenmesi ile ameliyat sonrası hasta bakımının bütüncül olarak yapılması için önemlidir. Ameliyat öncesi risk değerlendirmesi için;

- Çok alanlı sorunları tanımlama (tıbbi, işlevsel, psikolojik ve sosyal)
- Perioperatif mortalite riskini değerlendirme
- Postoperatif morbidite riskini değerlendirme (Deliryum, Solunum dekompanseasyonu)
- Perioperatif riski değiştirmek için gerekli önlemlerin alınması
- Hastanın rızası ve cerrahi etiği ile ilgili konularda profesyonel kişiler tarafından desteklenmesi
- Hastanın iyi bilgilendirilmesi, refahı ve sağlığının geliştirilmesi gerekmektedir (Dhesi, 2018).

Cerrahi girişimler hem hastaların hem de hasta yakınlarının farklı duygusal tepkiler yaşamasına neden olmaktadır. Hastalar cerrahinin neden olduğu stres ile olumlu ya da olumsuz baş etme yöntemleri ile başa çıkmaya çalışmaktadırlar (Edeer ve ark., 2018). Cerrahi girişimler bireylerin korku, endişe, gerginlik, endişe, heyecan ve kaygı yaşamalarına neden olmaktadır (Defazio-Quinn, 1997). Hastanın geçireceği cerrahi girişimin büyük ya da küçük olması önemli değildir. Ameliyata bağlı yaşanan korku ve kaygılar, ameliyatın ciddiyeti ile orantılı olmayabilir. Bu nedenle cerrahi

girişim geçirecek tüm hastalar belli düzeylerde kaygı ve korkular yaşamakta ve bu hastanın yaşı, cinsiyeti, planlanan cerrahi girişimin türü, önceki cerrahi deneyimleri ve kişiliği vb. faktörlerden etkilenmektedir. Cerrahi girişim öncesi hastalar;

- Narkoz kaygısı, uyanamama
- Ölüm korkusu
- Bilinmezlik korkusu
- Vücut bütünlüğünün bozulması
- Ağrı
- Beden denetimini kaybetme
- Yeti yitimi, fonkiyon kaybı,
- Bağımsızlığının kaybı
- Cinsel ve sosyal yaşama ilişkin korkular
- Sevdiklerinden ayrı kalma
- İşlemin belirli yönlerine ilişkin özgül korkular
- Ameliyat esnasında uyanma
- İşini kaybetme korkusu
- Uzun süre hastanede kalma
- Estetik kaygılar nedeniyle korku yaşamaktadırlar (Özkan, 2018; Cimilli, 2001; Healthtimes, 2019).

Cerrahi girişim öncesi hastaların yaşadıkları kaygı düzeyi ameliyat sırası ve sonrası dönemde hastanın genel durumunu etkilemektedir. Kontrol edilemeyen kaygı hastanın iyileşmesini geciktirmekte, olası komplikasyon riskini arttırmaktadır (Bakşı ve

Bilik, 2014). Hastaların ameliyat öncesi dönemde neden korku ve kaygı yaşadıkları sorgulanarak, gerçek sebep ortaya çıkarılmalıdır. Bunun içinde hastadan iyi bir anamnez alınması gerekmektedir. Tüm cerrahi girişimlerde hastalar çeşitli duygusal reaksiyonlar ile tepki vermektedirler. Hastalar toplum ve aile içindeki rollerine, beden bütünlüğüne ve imajına tehdit gördüklerinde karşı tepki olarak anksiyete yaşamaktadırlar. Hastaların yaşadığı psikolojik stres fizyolojik fonksiyonları doğrudan etkilemektedir (Yavuz, 2017).

Literatürde ameliyat öncesi hafif kaygının hastayı ruhsal olarak cerrahiye hazırladığı ve hastanın bilgilendirilmesi ile sağlık ekibi ile işbirliğini arttırdığı vurgulanmaktadır. Bununla birlikte ameliyat öncesi kaygı düzeyi yüksek olanların ameliyat sonrası daha fazla ağrı yaşadığı ve bu nedenle daha fazla ağrı kesici ilaç kullandıkları belirtilmektedir (Özkan, 2018).

Hastanın Psikososyal Değerlendirmesi

Hastalar ameliyat öncesi dönemde ameliyat kararı ve bekleme süresi nedeniyle belli bir düzeyde anksiyete yaşamaktadırlar. Ancak bu anksiyete hastadan hastaya değişmekle birlikte genelde tedaviyi aksatmayacak düzeydedir. Ameliyat öncesi dönemde hastaların yaşadıkları anksiyetenin tanı, hastalık tarafından tutulan organ ve sistem, ameliyatın zorluk ve risk düzeyi ile yakın ilişkisi bulunmaktadır. Ayrıca hastanın daha önceki cerrahi girişim tecrübeleri de anksiyete düzeyini olumlu ya da olumsuz etkileyebilmektedir. Bununla birlikte hastanın cerrahi ekibine olan güveni ya da güvensizliği de yaşadığı anksiyete düzeyine etki etmektedir (Cimilli,

2001). Hayatı ve geleceği ile ilgili olarak korku ve endişeleri olan hastanın destek alabileceği güvenilir bir kaynağa ihtiyaç duyması en doğal hakkıdır. Bu durumda olan hastanın sosyal destek sistemlerinin değerlendirilerek destek ihtiyacının saptanması ve gereken ihtiyacın karşılanması gerekmektedir. Cerrahi girişim öncesi hastanın psikolojik hazırlığında duygularını açık ve net bir şekilde ifade etmesine izin verilmeli, sormak istedikleri için cesaretlendirilerek soruları açıklayıcı ve net ifadelerle açıklanmalıdır. Ameliyat öncesi dönemde hemşireler hastaların anlamadıklarını tekrar tekrar anlatarak yaşadıkları korku ve kaygıyı azaltmaya çalışmalıdırlar. Ameliyat öncesi verilecek iyi bir psikososyal hemşirelik desteği ile hastanın anksiyete kontrolü sağlanmaktadır (Yavuz, 2017; Turhan, 2007; Healthtimes, 2019). Hastanın empatik bir yaklaşımla dinlenmesi hastayı yaşadığı korku ve kaygıları ile etkin başa çıkması açısından desteklemektedir (Sidar ve ark., 2013).

Hastanın yaşadığı bu duygular kontrol altına alınmadığı zaman iyileşme sürecini fizyolojik ve psikolojik olarak olumsuz etkilemektedir (Borah ve ark., 1999). Cerrahi girişim planlanan hastalar ameliyat öncesi dönemde %60-80 oranında anksiyete yaşamaktadırlar (Badner ve ark., 1990). Karayağız ve ark. çalışmasında ise cerrahi servisinde yatan hastaların %41.8'i psikiyatri konsültasyonu ile anksiyete tanısı aldığı belirlenmiştir (Karayağız ve ark., 2011). Hastanın ameliyat öncesi psikolojik sağlığının durumu, ameliyat sonrası hasta memnuniyeti etkilemektedir (Küçükaya, 2011). Literatürde hastaların hastaneye yatışı ile ameliyat gününe kadar geçen sürede ve ameliyat sonrası ilk iki günde daha fazla

anksiyete yaşadıkları belirtilmektedir (Turhan, 2007). Koroner arter bypass ameliyatı olan hastalarla yapılan bir çalışmada erkek hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası benzer oranlarda anksiyete yaşadığı belirlenirken (Edel-Gustaffson ve Hetta, 1999), cerrahi hastaları ile yapılan başka bir çalışmada da hastaların ameliyat öncesi ve sonrası durumluluk anksiyete puanları arasında fark bulunmamıştır (Yılmaz ve Aydın, 2013) Ameliyat öncesi anksiyete düzeyi yüksek olan hastalarda ameliyat sonrası bulantı, kusma ve ağrı şikayetlerinin daha fazla yaşandığı ve ameliyat sonrası anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu bilinmektedir (Karayurt, 1998; Borah ve ark., 1999). Literatürde kaygı düzeyi artan cerrahi hastalarının vücut direncinin düştüğü ve enfeksiyona yatkınlıklarının arttığı belirtilmektedir (Özol ve ark., 2005). Bununla birlikte ameliyata psikolojik olarak iyi hazırlanan hastaların anksiyetesinin azaldığı, ameliyat esnasında anestezi madde kullanımının azaldığı, ameliyat sonrası ağrı kontrolü için daha az analjezik ihtiyacı olduğu, ameliyatın oluşturduğu travma ile daha etkin baş edebildiği, hastanın daha çabuk iyileştiği ve daha kısa sürede taburcu edildiği bilinmektedir (Bakşi ve Bilik, 2014). Yapılan bir çalışmada cerrahi girişimin planlı, acil veya gününbirlik olması da hastanın anksiyete düzeyini etkilediği, planlı ameliyat olacak olan hastaların ameliyat öncesi daha az anksiyete yaşadıkları belirtilmiştir (Fındık ve Topçu, 2012). Kanser tanısı ile birlikte cerrahi sürece hazırlanan hastaların ise kaygı düzeylerinin çok yüksek olduğu ve bu nedenle hastaların konusundan uzman ve deneyime sahip psikologlar tarafından desteklenmesi gerektiği de belirtilmektedir (Donnelly ve Owens, 2018). Yapılan son çalışmalar ağır anksiyete

yaşayan hastaların tedavi edilmeden cerrahi girişim geçirmesi sonucu ağır komplikasyonlar yaşanabileceği, cerrahi bakım maliyetinin, mortalite ve morbidite oranlarının artabileceği belirtilmektedir (Linnen ve ark., 2011; Tønnesen ve ark., 2009; Kerper ve ark., 2012). Cerrahi girişim öncesi yaşanan anksiyetenin ameliyat sonrası komplikasyon görülme sıklığını arttırdığı bilinirken, ameliyat sonrası yaşanan komplikasyonların da psikolojik sorunları tetiklediği belirtilmektedir (Pinto ve ark., 2016; Rosiek ve ark., 2016; Özkan, 2004). Bu nedenle hastalar psikolojik sorunlar ve ameliyat sonrası komplikasyonlar arasındaki kısır bir döngünün içinde kalmaktadırlar.

Anksiyete Kontrolü İçin Hemşirelik Yönetimi

Ameliyat öncesi bakımın amacı ameliyat öncesinde hastanın fiziksel ve psikolojik durumunun en iyi düzeye getirilmesi olmalıdır (Healthtimes, 2019). Hastanın ameliyat öncesi anksiyete düzeyi belirlendikten sonra uygun hemşirelik girişimleri planlanmalıdır. Bu girişimler arasında;

- Hastanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için uygun ortam oluşturulması
- Hastanenin kuralları ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili bilgilendirmeler yapılması
- Hastaya uygulanan tüm işlemler ve cerrahi süreç hakkında bilgilendirme yapılması
- Ameliyat öncesi ve sonrası yapılması gerekenler hakkında bilgilendirme yapılması
- Hastaya rahatsız eden fiziksel koşulların düzeltilmesi

- Anksiyete kontrolü sağlandıktan sonra ameliyat öncesi eğitimlerin (derin solunum ve öksürük egzersizleri, spirometre kullanımı, dönme egzersizleri, ekstremitte egzersizleri, ağrı yönetimi vb) verilmesi
- Hastanın dini inanışlarına göre ibadet etmesine izin verilmesi
- Hastaların ve yakınlarının hasta bakımına katılmaları sağlanması
- Hastanın, benzer ameliyatlara olup iyi durumda olan hastalar ile iletişime geçirilmesi yer almaktadır (Yılmaz, 2017a).

Ameliyat öncesi hastaların yaşadıkları anksiyeteyi azaltmak için bilişsel yöntemler (hayal kurma, pozitif düşünme, dikkati başka yöne çekme, vb.) ve müzik terapileri etkin kullanılabilir yöntemlerdendir. Bu yöntemlerin seçiminde hastanın katılımı sağlanmalıdır. Hastaya uygulanan bakım ve tedaviler ile ilgili olarak yapılan bilgilendirmeler hastanın anksiyetesini azaltmaktadır. Bunun yanında hastanın kültürel ve dinsel inançlarına saygı gösterilerek, tedavisine katılımının sağlanması yaşanan anksiyetenin kontrolüne yardımcı olmaktadır (Yavuz, 2017). Bu nedenle cerrahi hemşiresinin spiritüel ve kültürel alışkanlıkları ve inançları biliyor olması gerekmektedir (Yılmaz, 2017a) Ayrıca hasta ile birlikte hasta yakınlarının da bakıma katılması anksiyetenin azaltılmasında olumlu katkı sağlamaktadır (Yavuz, 2017).

Hasta Eğitimi

Cerrahi girişim geçirecek hastanın ameliyat öncesi dönemde bilgilendirilmesi çok önemlidir. Bilgilendirme hastanın ameliyatın tüm evrelerinde olacaklar hakkında bilgi sahibi olması, dolayısıyla kendini fizyolojik ve psikolojik olarak iyi hissetmesini sağlamaktadır. Yapılan hasta eğitimleri ile hastanın cerrahi ekibe güven duyması ve kendi tedavisine katılması sağlanmaktadır (Yavuz, 2017; CPA, 2014). Ameliyat öncesi hastaya yapılması planlanan eğitim, hastanın yatışı ile başlayıp, taburculuğuna kadar devam eden ve bireyin ihtiyaçları doğrultusunda planlanan bir eğitim programıdır. Hemşireler bu eğitimi yapacak sağlık ekibinin önemli bir üyesidir. Hastanın ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde yanında olan ve bakımını yapan hemşirelerin hastaların gerçek bilgi ihtiyacını belirlemede etkin rol alması gerekmektedir (ICSI, 2010). Hasta eğitimleri hemşireler, doktorlar veya hem hemşireler hem de doktorlardan oluşan ekip tarafından yapılabilmektedir. Bu eğitimler yüz yüze görüşme, video kayıtları, posta yoluyla bilgilendirme, sağlık kuruluşlarının web adresleri, tele sağlık hizmetleri ya da grup psikoterapileri aracılığıyla yapılabilmektedir. Hasta eğitimleri tüm cerrahi hastaları için (acil cerrahi ve günübirlik cerrahi) etkin kullanılamasa da, planlı ameliyatlar için başarılı bir şekilde kullanılabilir (CPA, 2014). Ameliyat öncesi hastanın anksiyetesinin azaltılması için eğitimin çok önemli olduğu bilinmektedir. Ameliyat öncesi hasta eğitimi ameliyat hazırlığının vazgeçilmez bir parçasıdır. Literatürde ameliyat öncesi yapılan hasta eğitimlerinin anksiyeteyi azaltmada çok etkin olduğu, bu nedenle hastanın narkotik ilaç gereksiniminin azaldığı, hastanede kalış

süresinin kısaldığı ve ameliyat sonrası iyileşmenin hızlandığı belirtilmiştir (Walker, 2007; Şelimen ve Andsoy, 2011; Gräwe ve ark., 2010; Doğu, 2013; CPA, 2014). Doğu (2013) çalışmasında hastalara ameliyat öncesi verilen eğitim ile bakım kalitesine önemli katkı sağlandığını ve hastaların ameliyat öncesi korku ve endişelerinin %68.6'sının azaldığını belirtmektedir. Ayrıca ameliyat öncesi bilgi ihtiyaçlarının karşılanması için hasta eğitimlerinin kapsamlı bir şekilde hazırlanarak yaygınlaştırılması gerektiğini vurgulamıştır.

SONUÇ

Cerrahi girişim geçirecek hastaların tümü farklı düzeylerde olmakla birlikte ameliyata bağlı anksiyete yaşamaktadırlar. Yaşadıkları ameliyat öncesi bu anksiyete ameliyat sonrasında da devam edebilmektedir. Bununla birlikte ameliyat öncesi yaşanan anksiyete ameliyat öncesinde hastanın uyumsuzluk yaşamasına, ameliyat esnasında daha fazla anestezi madde almasına, ameliyat sonrası hastanın daha fazla ağrı yaşamasına, komplikasyonların artmasına, hastanede kalış süresinin uzamasına, maliyetin artmasına, hasta memnuniyetinin azalmasına, enfeksiyon oranının artmasına, mortalite ve morbiditenin artmasına neden olmaktadır.

Bu nedenlerle hastaların uygun psikolojik değerlendirmeden geçirilip, gerekli hasta eğitimleri ve girişimler yapılarak ameliyat öncesi dönemde anksiyete kontrolü sağlanmalıdır. Bu sayede hastaların ameliyat sonrası iyileşme süreleri kısaltılarak, memnuniyetleri ve yaşam kaliteleri arttırılacaktır. Hastalar daha kısa sürede taburcu edilip, maliyet etkili hasta bakımı sağlanmış olacaktır.

KAYNAKÇA

- Aslan, F.E. (2017). *Cerrahi Bakım: Vaka Analizleri İle Birlikte*. (ed.Aslan FE). Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Badner, N.H., Nielson, W.R., Munk, S., Kwiatkowska, C. & Gelb, A.W. (1990). Preoperative anxiety detection and contributing factors. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 37, 444- 447.
- Baksi, A.S. & Bilik, O. (2014). Surgical nurse's touch to life of patients and their family: pre operative and postoperative psychological approach. *International Journal of Basic and Clinical Studies*, 3(1), 88-98.
- Borah, G., Rankin, M. & Wey, P. (1999). Psychological complications in 281 plastic surgery practices. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 104, 1241-6.
- Canadian Psychological Association (CPA). (2014). "Psychology Works" Fact Sheet: Presurgical Preparation. <https://cpa.ca/psychologyfactsheets/>
- Cimilli, C. (2001). Cerrahide Anksiyete. *Klinik Psikiyatri*, 4, 182-186.
- Cüceloğlu, D. (1997). *İnsan ve Davranışı*. 7. Baskı. İstanbul, Remzi Kitapevi, 6597.
- Defazio-Quinn, D.M. (1997). Ambulatory surgery. *Nursing Clinics of North America*, 32, 377-86.
- Dhesi, J. (2018). *Peri-operative Care for Older Patients Undergoing Surgery*. *British Geriatrics Society Improving Healthcare for Older People*. Last updated: 04 February 2018. <https://www.bgs.org.uk/resources/peri-operative-care-for-older-patients-undergoing-surgery>.

- Doğu, Ö. (2013). Cerrahi Girişim Planlanan Hastaların Eğitim Gereksinimlerinin Karşılanması ve Eğitimin Hasta Bireyin Psikolojik Hazırlığına Etkisi-Sakarya Örneği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(3), 10-13.
- Donnelly, O. & Owens, M. (2018). *Guideline For The Role Of Practitioner Psychologists in The Assessment and Support of Women Considering Risk-Reducing Breast Surgery*. Last update: 22 June 2018. The British Psychological Society. <https://www.bps.org.uk/sites/www.bps.org.uk/files/Policy/>.
- Edeer, A.D., Sarıkaya, A. & Baksi, A. (2018). Ameliyat Öncesi Dönem Hasta Hazırlığında Hemşirelik Yönetimi. *Türkiye Klinikleri*, 10(4), 330-43.
- Edel-Gustaffson, U.M. & Hetta, J.E. (1999). Anxiety, depression and sleep in male patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13, 137-43.
- Fındık, Ü.Y. & Topçu, S.Y. (2012). Cerrahi Girişime Alınmış Şeklinin Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 22-33.
- Gräwe, J.S., Mirow, L., Bouchard, R. & Lindig, M. (2010). Impact of Preoperative Patient Education on Postoperative Pain in Consideration of The Individual Coping Style. *Schmerz*, 24, 575-86.
- Hakverdioğlu, G. & Usta, Y. (2015). *Hemşirelik Süreci, Fiziksel Tanılama, Sık Kullanılan Laboratuvar ve Tanı Testleri*. (Ed. Çelik S, Yeşilbakan ÖU.) Dahili ve Cerrahi Hastalıklar

- Hemşireliği. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti. 3. Basımdan Çeviri. Ss:1-39.
- Healthtimes (2019). *Pre And Post-Operative Care*. Last updated: 23 October 2019. <https://healthtimes.com.au/hub/perioperative/46/practice/nc1/pre-and-postoperative-care/2864/>.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). (2010). *Perioperative protocol. Health care protocol*. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), p.105.
- Karayağız, F., Altuntaş, M., Güçlü, Y.A., Yılmaz, T.T. & Öngel, K. (2011). Cerrahi Servisinde Yatan Hastalarda Görülen Anksiyete Dağılımı. *Smyrna Tıp Dergisi*, 1, 22-26.
- Karayurt, Ö. (1998). Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1): 20-6.
- Küçükkaya, P.G. (2011). Estetik Cerrahide Ameliyat Öncesi Psikososyal Değerlendirmede Hemşirenin Rolü. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2(2), 94-9.
- Linnen, H., Krampe, H, Neumann, T., Weiss-Gerlach, E., Heinz, A., Wernecke, K.D. & Spies, C.D. (2011). Depression and essential health-risk factors in surgical patients in the preoperative anesthesiological assessment clinic. *European Journal of Anaesthesiology*, 28, 733–741.
- Özkan, S. (2018). *Cerrahi Girişimlerin Psikiyatrik Komplikasyonları*. Humanite Psikiyatri Tıp Merkezi. <https://www.humanitepsikiyatri.com/wp-content/uploads/2018/11/cerrahi-girisimler-2018-kitap-min.pdf>

- Özkan, S. (2004). *Konsültasyon liyezon psikiyatrisi: Hastalıktan hayata biyolojik-psikolojik adaptasyon*. Tam Metin Kitabı, 112-113.
- Özol, D., Koçak, O.M., Çoşkunol, İ. & Egemen, A. (2005). Tüberkülozlu hastalarda kaygı durumu değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları Dergisi*, 16, 66-70.
- Pinto, A., Faiz, O., Davis, R., Almouadaris, A. & Vincent, C. (2016). Surgical Complications And Their İmpact On Patients' Psychosocial Well-Being: A Systematic Review And Meta-Analysis. *BMJ Open*, 6: e007224.
- Rosiek, A., Kornatowski, T., Rosiek-Kryszewska, A., Leksowski, L. & Leksowski, K. (2016). Evaluation of Stress Intensity and Anxiety Level in Preoperative Period of Cardiac Patients. *BioMed Research International*, 2016,1248396. doi: 10.1155/2016/1248396.
- Selimen, D. & Andsoy, I.I. (2011). The Importance of a Holistic Approach during the Perioperative Period. *AORN Journal*, 93(4), 482-7.
- Sidar, A., Dedeli, Ö. & İşkesen, A.İ. (2013). Açık Kalp Cerrahisi Öncesi ve Sonrası Hastaların Kaygı ve Ağrı Distresi: Ağrı Düzeyi ile İlişkinin İncelenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 4, 1-8.
- Turhan, Y. (2007). *Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti İle İlişkisi*. Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi.

- Tønnesen, H., Nielsen, P., Lauritzen, J. & Møller, A. (2009). Smoking and alcohol intervention before surgery: Evidence for best practice. *British Journal of Anaesthesia*, 102, 297– 306.
- Walker, J.A. (2007). What is the effect of preoperative information on patient satisfaction?. *The British Journal of Nursing*, 16, 27-32.
- Yavuz, M. (2017). *Ameliyat Öncesi Bakım*. (Ed. Karadakovan, A. ve Aslan, F.E.) Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Akademisyen Kitabevi. ss:225-240.
- Yılmaz, E. (2017a). *Cerrahi Süreç: Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Bakım*. (Ed. Aslan, F.E.). Cerrahi Bakım: Vaka Analizleri İle Birlikte. Akademisyen Tıp Kitabevi. ss: 319-45.
- Yılmaz, E. & Aydın, E. (2013). Cerrahi Girişim Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi-Sonrası Anksiyetenin Derlenme Kalitesine Etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 8(23), 79-95.
- Yılmaz, M. (2017b). *Cerrahi Hastasının Değerlendirilmesi*. (Ed. Aslan FE). Cerrahi Bakım: Vaka Analizleri İle Birlikte. Akademisyen Tıp Kitabevi. ss:281-317.

BÖLÜM 4:

OBEZİTE VE BESİN BAĞIMLILIĞI

Öğr. Gör. Gökçe ÇAKMAK⁶

⁶ Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü,
Kırklareli, Türkiye.gokcecmk@gmail.com

GİRİŞ

Günümüz dünyasının en büyük halk sağlığı sorunlarından biri olan obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlığı bozacak düzeyde vücutta aşırı ve anormal yağ birikimi olarak tanımlanmıştır (World Health Organization (WHO), 2008). Obezitenin değerlendirilmesinde en bilinen yöntem Beden Kitle İndeksi (BKI)'nin belirlenmesidir. Ancak bu bulgu kas oranı yüksek olduğu için ağırlığı fazla olan bireylerde veya zayıf olup yağ oranı yüksek bireylerde doğru sonucu vermeyeceği için tartışmalıdır.

Yapılan çalışmalarda bel çevresi ölçümleri ve bel/kalça çevresi oranları abdominal bölge yağ miktarı ile koreledir. Bel/kalça çevrelerinin oranının kadınlarda 0.85 ve erkeklerde 1'in üzerinde olması da obezite olarak değerlendirilir. Bununla birlikte bel çevresinin (cm) kadınlarda 88'in ve erkeklerde 94'ün üzerinde olması da abdominal bölge obezitesi olarak değerlendirilir. Bel çevresi artışı kardiyovasküler hastalık riskini artırır (Han ve ark., 1995; Lean ve ark., 1995; Bahçeci, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 1975'den beri dünya obezite prevalansı üçe katlanmış durumdadır (World Health Organization Regional Office for Europe, T.Y.). 2016 yılı verilerine göre, 1,9 milyardan fazla aşırı kilolu ve 650 milyon obez yetişkin birey vardır. Bununla beraber her yıl en az 2.8 milyon birey aşırı kiloluluk veya obezite nedeniyle hayatını kaybetmektedir (WHO, 2017).

Ülkemizde de obezite prevalansı katlanarak artmaktadır. DSÖ (2017) verilerine göre Türkiye obezite sıralamasında Avrupa'da ilk

sıradadır ve dünyada 193 ülke arasında obezite oranı en yüksek olan 17. ülkedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye’de 15 yaş üstü obezite oranı %19,6’dır (TÜİK, 2016).

Avrupa’daki yetişkin bireyler için verilen DSÖ verilerine göre hipertansiyon bulgularının %55’i, iskemik kalp hastalığı tanılarının %35’i ve Tip 2 Diyabetes Mellitus tanılarının %80’i ile obezite ve fazla kiloluluk ilişkili bulunmuştur (Francesco, 2007).

Obeziteyi etkileyen bir çok iç içe geçmiş kompleks faktör bulunmaktadır (Berthoud, 2008; Bray, 1990). Sağlıklı beslenmede harcanan ve alınan enerji arasında bir denge olması gerekir. Ancak bu denge alınan enerji lehinde bozulursa obezite oluşmaktadır. Fazla ve dengesiz beslenme, fiziksel aktivitenin azlığı ve yetersizliği temel obezite sebebi olarak görülmektedir. Bunun yanında çevresel, genetik, psikolojik, sosyo-kültürel vb. bir çok faktör de kompleks bir yapı olarak obezite oluşumuna sebep olmaktadır (Berthoud, 2008; Bray, 1990).

Obezitenin oluşumunda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, sosyo-kültürel etmenler, aşırı ve/veya dengesiz beslenme, düşük fiziksel aktivite en önemli risklerdir. Bununla birlikte hormonal ve metabolik etmenlerden, genetik etmenler, psikolojik etmenler, devamlı ve sıklıkla uygulanan çok düşük enerjili diyetler, sigara ve alkol kullanma durumu, kullanılan ilaçlar (glukokortikoid, antidepresanlar vb.), doğum sayısı gibi etmenler de obezite oluşumunu etkileyen risk faktörleridir (Trasande ve ark., 2010; Sağlık Bakanlığı, 2010; Bahçeci, 2011).

Sağlık yaşamın ilk yıllarından itibaren dengeli beslenmeyi

gerektirir. Bu nedenle obezite oluşumunu engellemek için bebeklik ve çocukluk dönemi çok önemlidir. Yapılan araştırmalar, anne sütü alan çocukların anne sütü almayan çocuklara göre daha az obezite oranı olduğunu ve bununla birlikte anne sütü alım süresi, tamamlayıcı beslenmeye geçiş zamanı ve tamamlayıcı besinlerin türü-miktarı obezite oluşumunu etkilediğini belirtmektedir (Von Kries ve ark., 1999; Harder ve ark. 2005; Türkiye Sağlık Bakanlığı, 2013). Bu sebeple anne sütü ile beslenme yaygınlaştırılmalı ve halk sağlığı çalışanlarının anne sütü ile beslenmeye özendirme çalışmaları yapmaları gerekmektedir.

Günümüzde birçok kronik hastalık obezite ile ilişkilendirilmektedir. Sağlıklı obez bireylerin sayısı giderek azalmakta ve kronik hastalık olan obez birey oranı artmaktadır. Obezitenin kardiyovasküler sistem (derin ven trombozu, koroner kalp hastalığı, hipertansiyon ve inme vb.), metabolik-endokrin sistem (dislipidemi, insulin direnci, Tip 2 diabetes mellitus, polikistik over sendromu vb.), solunum sistemi (uyku apnesi, horlama, dipne, obstrüktif, primer alveolar hipoventilasyon vb.), nörolojik sistem (sivatalji, gastrointestinal sistem (kolorektal kanser, hemoroid, nonalkolik yağlı karaciğer hastalığı, reflü vb.), göğüs bölgesi (jinekomasti, meme kanseri), psiko-sosyal (anksiyete, depresyon, hayat sigortası primlerinin yükselmesi, kendinden memnuniyetsizlik, performans düşüklüğü vb.), genitoüriner sistem (cinsel ilişkide güçlük, gebelik süreci komplikasyonları, fertilité azalması, üriner taşlar vb.) gibi komplikasyonları bulunmaktadır (Türkiye Sağlık Bakanlığı, 2010; Cowley ve ark., 2016).

BESİN BAĞIMLILIĞI

Obezite prevalansındaki artış tek başına genetik etmenlere bağlanamayacağı günümüz biliminin ışığında anlaşılmıştır. Bunun yerine çevresel değişikliklerin obezite pandemisini etkilediği belirtilmektedir. Sağlığı olumsuz düzeyde etkileyecek şekilde (ruhsal ve fiziksel) beslenen bir çok birey bulunmaktadır ve bu durum hem somatik hem de psikiyatrik bozukluklar ile ilişkili obeziteye sebep olmaktadır (Hebebrand ve ark., 2014). Mental sağlık problemleri ve obezite çift yönlü bir ilişki içindedir (Neki, 2013).

İçeriğinde yüksek oranda şeker, yağ ve tuz bulunduran gıdaların merkezi sinir sistemini (MSS) uyararak ve davranış adaptasyonları geliştirerek bağımlılık yapıcı maddelerle benzer şekilde etki etki ettiği belirtilmiştir (Ziauddeen ve ark., 2012). Bazı yiyeceklerin bireyde ödül veya yapılan davranışı pekiştirme özellikleri bulunmaktadır ve bu yiyeceklerin bilişsel ve beraberinde homeostatik mekanizmaları baskılayabileceği saptanmıştır. Bunun sonucu olarak da ağırlık artışı ve obezite görülmektedir. Ödüllendirici ve pekiştirici özelliklere sahip olan bazı yiyeceklerin hem bilişsel hem de homeostatik mekanizmaları bastırabileceği ve ağırlık artışına sebep olabileceği saptanmıştır (Lansley ve ark., 2011).

Gün geçtikçe daha popüler hale gelen besin bağımlılığı kavramı Google arama motoru popülerliği 50'nin (100 üzerinden) altına düşmemiştir. Besin bağımlılığı kavramı, bazı yiyeceklerin (genel olarak işlenmiş, yüksek lezzet oranına ve yüksek enerji içeriğine sahip) bağımlılık potansiyelinin olabileceği belirtilmiştir (Gearhardt ve ark., 2011).

Besin bağımlılığı, halk arasında kullanımı gittikçe artan bir terimdir fakat bilimsel literatürde tartışılmaya devam etmektedir. Besin bağımlılığı, madde bağımlılığı için klinik kriterlerin bir aynası gibi besin tüketiminin davranışsal fenotipini işaret eder. Obez bireylerde dopamin seviyesinin arttığı ve bağımlılık yapıcı yiyecekler açısından dopamin ve uyuşturucu sistemlerinde uyuşturucular ve lezzetli yiyeceklerin etkilerinin benzerlikler içerdiğine dair bazı kanıtlar bulunmaktadır (Benton ve ark., 2016).

Theron Randolph tarafından ‘besin bağımlılığı’ terimi literature 1956 yılında ilk kez girmiştir (Randolph, 1956). Ancak yaklaşık yarım asır boyunca üzerinde durulmayan bir başlık olmuştur. Zilberter ve ekibi tarafından (2012) makrobesin öğelerinin türü, diyetetik oranı vb. diyetin metabolik sonuçlarının belirlenmesinde önemli rol aldığı gibi aynı zamanda diyetin davranışsal sonuçlarının da belirlenmesinde önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir.

Madde bağımlılığı ile besin bağımlılığı kriterlerinin paralelliği DSM-5’te vurgulanmıştır. Madde bağımlılığında görülen kullanıma karşı duyulan aşırı istek ve bağımlılık yapan besinlere karşı duyulan aşırı isteğin benzerliği özellikle belirtilmiştir (Meule ve ark., 2014). Bağımlılığı tanımlamak için, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı’nı (DSM-V-TR) açıp madde bağımlılığı için hangi kriterlerin tanımlandığına bakılır (Birliği, 2013). Klasik anlamda tatlı ve yağlı yiyecekler ‘‘madde’’ olarak kabul edilmez. Maddeler tipik olarak, örneğin, kokain, etanol, eroin vs. ilacın kötüye kullanımı olarak yorumlanır. Bir kişi için herhangi bir madde bağımlı olarak kabul edilmesinde dikkate alınması gereken, aşağıdaki yedi

kriterlerden en az üçünü belirli bir yıl içinde herhangi bir zamanda yerine getirilmesi gerekir:

1. Tolerans (aynı etki için bir seferde gerekli olan daha fazla ilaç,
2. Yoksunluk çekme,
3. Maddenin daha büyük bir miktarda alınması veya amaçlanan daha uzun bir süre için bir maddenin alınması,
4. Maddenin yetersizliğini azaltmak veya kullanımını kontrol etmek için bir apersistent arzusu yaşıyor olmak,
5. Maddenin etkilerinden kurtulma veya arama ya da tüketme için daha fazla zaman harcıyor olma,
6. Madde kullanımının önemli faaliyetleri engellemesi ve
7. Bilinen olumsuz sonuçlara rağmen hala madde kullanma.

Kriterlerden bir ya da ikisi ile karşılaşma durumu varsa fizyolojik bağımlılık tespit edilir. Ancak madde bağımlılığında bir ya da iki kriterin olması yeterli değildir. Bu nedenle, insan madde bağımlılığı (ya da bağımlılık) tamamen davranış kriterleri kullanarak teşhis edilebilir.

OBEZİTE VE BESİN BAĞIMLILIĞI

Besin bağımlılığı ile ilgili olabileceği öne sürülen 'yüksek şeker ve yağ' içerikli diyetler hayvan çalışmalarında incelenmiştir ve bu içeriğe sahip diyetlerin farelerde madde bağımlılığı benzeri bazı davranış değişikliklerine sebep olduğu görülmüştür (Avena ve ark., 2008; Bocarsly ve ark., 2011) Gold ve ark. (2003) madde bağımlılığının ve aşırı yemenin tanımlayıcı kriterlerinin aynı olduğunu

bulmuştur. Örneğin; tüketim sırasında kontrolünü kaybetme ve tüketimi başarılı bir şekilde durduramama veya kesememe.

Hayvan çalışmaları incelendiğinde; fare beyinleri ile yapılan çalışmalarda obez fare beyinlerinde madde bağımlılığında olduğu gibi dopamin reseptör sayısının az üretildiği gözlemlenmiştir (Alsio ve ark., 2010). Bununla beraber obez farelerde bağımlılık yapma ihtimali olan aşırı yağlı ve şekerli besin miktarı azaltıldığında veya tamamen kesildiğinde besini aşırı arama ve beraberinde endişe oranı artmaya başlamıştır (Pickering ve ark., 2009).

Yale Üniversitesi araştırmacıları tarafından besin bağımlılığını tanımlamaya yarayan bir ölçek geliştirilmiştir (Gearhardt ve ark., 2009). Bu ölçek hazırlanırken madde bağımlılığı ölçüm yöntemleri dikkate alınmıştır. Bu nedenle madde bağımlılığı ölçeği kriterleri ile bu ölçeğin kriterleri benzer özelliklere sahiptir. Bu ölçeğin (Yale Üniversitesi Gıda Bağımlılığı Skalası - Yale Food Addiction Scale-YFAS) kullanıldığı bir araştırmada (Gearhardt ve ark., 2011), katılımcılar iki gruba ayrılmıştır. İlk grupta katılımcılara çikolatalı milkshake verilirken ikinci gruba ‘tatsız bir solüsyon verilmiştir. İki çalışma grubunun da YFAS skorları ve ‘doyumdan’ sorumlu beyin bölgeleri incelenmiştir. Sonuç olarak milkshake gibi tatlı ve lezzetli bir içeceği tüketen grubun YFAS skorları daha yüksek çıkmıştır ve buna ek olarak beyinlerinin amigdala, anterior singulat korteks ve orbital frontal korteks gibi bölgelerinde, alınan besine karşı daha büyük bir aktivite gösterilmiştir. Dopamin beynin doyumdan sorumlu başlıca hormonlarından biridir ve besin bağımlılığı çalışmalarında dopamin üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Yine dopaminle ilgili bir

araştırmada da, dopamine cevabın, obez insanların beyinlerinde obez olmayanlara göre daha az olduğu saptanmıştır (de Weijer ve ark., 2011).

Bağımlılık sebebi olan besinlerin içeriğine dikkat edildiğinde bu besinlerin yüksek yağ, şeker ve tuz içerdiğini grlmektedir. Bu konuda son yıllarda gıda sektöründe yüksek oranda kullanılan yüksek fruktozlu şurup (Bray, 2008) büyük bir tartışma konusu olmuştur. Pek çok hazır gıda genelde yüksek fruktozlu şurup içermektedir. Fruktoz şurubunun psikolojik etkileri diğer bağımlılıklarla benzerdir. Fruktoz ve alkolün benzer bir biyokimyası vardır. Etanol fruktozun fermantasyonuyla oluşan bir alkoldür (Lustig, 2010). Fruktoz glikozdan farklı olarak leptini bloke eder. Bu nedenle açlık baskılanır. Besin tüketimi arzusu artar ve enerji ihtiyacından fazla bir besin tüketme isteği oluşur. Bunun sebebiyse fruktozun insülinden bağımsız bir sistemi kullanmasıdır (Li ve ark., 2010).

İşlenmiş besin bağımlılığının arzulamanın nöro-disfonksiyonu ve bilişsel fonksiyonun baskılanması, genetik, itici ve rahatsız edici davranışlar, duygu durum bozuklukları, bağımlılık tanı kriterleri ile uyumluluk, patojenik aile yapısı, erken yaşlarda daha sık görülmesi, bozuk kariyer ve aile yapısı, gıda endüstrisi ile ilgili reklamcılık, fiyatlandırma, çocuklara pazarlama ve kolay bulunabilirlik gibi özellikleri alkol bağımlılığı ile benzerlik içerir (Ifland ve ark., 2012). Yoksunluğun tedavide de etkili olduğu gösterilmiştir (Food Addicts, 2010; Food Addicts in Recovery, 2013). Bununla birlikte, gıda bağımlılığı madde bazlı olmayan davranışsal bağımlılıkla karşılaştırıldığında, kavram kafa karıştırıcı hale gelir. Tatlandırıcılar,

un, tuz, kafein ve süt dahil olmak üzere yüksek yağlı yiyecekler için kötüye kullanım maddesi olarak işlenmiş gıdalara ilişkin kanıtlar mevcuttur. Bu besinler şişmanlığın artışı sırasında kullanımları da çarpıcı bir şekilde artış göstermiştir. Literatürde bu besinler için bağımlılık yaratan özellikler gösterilmektedir (Wright ve ark., 2014). Ayrıca, gıda bağımlıları bu gıdalar üzerindeki kontrolünü kaybettiğini bildirmişlerdir ve arınma protokollerinde bu gıdalardan uzaklaştırılma aşamaları uygulanmıştır (Food Addicts, 2010; Food Addicts in Recovery, 2013). Yapılan bir kohort çalışmasında, obeziteye sahip bireylerin, gıda bağımlılığı kriterlerini gösterme oranları daha yüksektir, ancak mevcut örnekteki obez bireylerin çoğu, klinik olarak anlamlı gıda bağımlılığı düzeyi göstermemiştir (VanderBroek-Stice ve ark., 2017). Bu bulgu, mevcut verilerle tutarlıdır (Pursey ve ark., 2014) ve gıda bağımlısı obez bireylerin bir kısmında, bağımlılık yapan uyulurucu kullanımı olan bireylerdeki gibi dürtüsel yeme düzenleri olduğuna bir kanıttır (Davis ve ark., 2011; Murphy ve ark., 2014). Yapılan çalışmalarda obez olmayan bireylerin de yüksek düzeyde besin bağımlılığı bildirdiği saptanmıştır (Pursey ve ark., 2014; VanderBroek-Stice ve ark., 2017). Bu bireylerde ileride obezite görülmesi beklenebilir. Bunun yanında, bazı koruyucu faktörlerin (rneğin aktivite seviyesi, diyet seçimleri) bu bireyler için kilo alımını önlüyor olabileceği ve bu tür besin bağımlılığının obezite prodüksiyonu değil stabil bir sendrom olabileceği de aynı şekilde mümkündür.

SONUÇ

Yapılan insan ve hayvan araştırmalarına göre yüksek düzeyde tuzlu, şekerli, yağlı ve işlenmiş gıdalar içeren diyetler sadece obezite sebebi değil, aynı zamanda besin bağımlılığının da sebebidir. Bu durumun tam tersi de kabul edilir. Yani obez bireylerin aslında belirli yiyeceklere karşı geliştirdiği bir bağımlılık bulunmaktadır. Gelecekte yapılacak longitudinal çalışmalar obezite ve besin bağımlılığı arasındaki ilişkiyi tamamen zlemek için önemlidir. Bu hipotezler geçerliyse, besin bağımlılığının obeziteye sebep olmasına karşı koruyucu özellikler obezite mdahaleleri için kullanılabilir.

KAYNAKÇA

- Alsiö, J., Olszewski, P. K., Norbäck, A. H., Gunnarsson, Z. E. A., Levine, A. S., Pickering, C. & Schiöth, H. B. (2010). Dopamine D1 receptor gene expression decreases in the nucleus accumbens upon long-term exposure to palatable food and differs depending on diet-induced obesity phenotype in rats. *Neuroscience*, 171(3), 779-787.
- Avena, N. M., Rada, P. & Hoebel, B. G. (2008). Evidence for sugar addiction: behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(1), 20-39.
- Bahçeci, M. (2011). *Obezite*. In: TEMD Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu eds. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Hipertansiyon, Obezite, ve Lipid Metabolizması Tanı ve Tedavi Rehberi. Ankara: Miki Matbaacılık.
- Bakanlığı, T. S. (2010). *Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014)*, Ankara.
- Bakanlığı, T. S. (2013). *Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017)*. Sağlık Bakanlığı Yayını. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Benton, D. & Young, H. A. (2016). A meta-analysis of the relationship between brain dopamine receptors and obesity: a matter of changes in behavior rather than food addiction?. *International Journal of Obesity*, 40(S1), S12.

- Berthoud, H. R. & Morrison, C. (2008). The brain, appetite, and obesity. *Annual Review of Psychology*, 59, 55-92.
- Birliği, A. P. (2013). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. E Köroğlu (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 158.
- Bocarsly, M. E., Berner, L. A., Hoebel, B. G. & Avena, N. M. (2011). Rats that binge eat fat-rich food do not show somatic signs or anxiety associated with opiate-like withdrawal: implications for nutrient-specific food addiction behaviors. *Physiology & Behavior*, 104(5), 865-872.
- Branca, F., Nikogosian, H. & Lobstein, T. (Eds.). (2007). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: summary*. World Health Organization.
- Bray, G. A. (1990). Neuroendocrine control of the development of obesity: understanding gained from studies of experimental animal models. *Front. Neuroendocrinol.*, 11, 128-181.
- Bray, G. A. (2008). Fructose: should we worry?. *International journal of obesity*, 32(7), S127-S131.
- Cowley, M. A., Brown, W. A. & Considine, R. V. (2016). *Obesity: The problem and its management*. In J. L. Jameson, L. J. De Groot, D. M. de Kretser, L. C. Giudice, A. B. Grossman, S. Melmed, J. T. Potts Jr, ... G. C. Weir (Eds.), *Endocrinology: Adult & Pediatric* (7th ed., pp. 468-478). Philadelphia PA USA: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-18907-1.00026-3>
- Davis, C., Curtis, C., Levitan, R. D., Carter, J. C., Kaplan, A. S. & Kennedy, J. L. (2011). Evidence that 'food addiction' is a valid

- phenotype of obesity. *Appetite*, 57(3), 711-717. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2011.08.017>
- de Weijer, B. A., van de Giessen, E., van Amelsvoort, T. A., Boot, E., Braak, B., Janssen, I. M., ... & Booij, J. (2011). Lower striatal dopamine D 2/3 receptor availability in obese compared with non-obese subjects. *EJNMMI research*, 1(1), 37.
- Food Addicts in Recovery, A. (2013). *Food Addicts in Recovery Anonymous*.
- Food Addicts, A. (2010). Food Addicts Anonymous. <https://www.foodaddictsanonymous.org/>
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R. & Brownell, K. D. (2009). Preliminary validation of the Yale food addiction scale. *Appetite*, 52(2), 430-436. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2008.12.003>
- Gearhardt, A.N., Yokum, S., Orr, P.T., Stice, E., Corbin, W.R. & Brownell, K.D. (2011). Neural correlates of food addiction. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 808-816.
- Gearhardt, A.N., White, M.A. & Potenza, M.N. (2011). Binge eating disorder and food addiction. *Current Drug Abuse Reviews*, 4(3), 201-207.
- Gold, M. S., Frost-Pineda, K. & Jacobs, W. S. (2003). Overeating, binge eating, and eating disorders as addictions. *Psychiatric Annals*, 33(2), 117-122. <http://dx.doi.org/10.3928/0048-5713-20030201-08>
- Han, T. S., Van Leer, E. M., Seidell, J. C. & Lean, M. E. J. (1995). Waist circumference action levels in the identification of

- cardiovascular risk factors: prevalence study in a random sample. *BMJ*, 311(7017), 1401-1405.
- Harder, T., Bergmann, R., Kallischnigg, G. & Plagemann, A. (2005). Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 162(5), 397-403.
- Hebebrand, J., Albayrak, Ö., Adan, R., Antel, J., Dieguez, C., de Jong, J., ... & van der Plasse, G. (2014). "Eating addiction", rather than "food addiction", better captures addictive-like eating behavior. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 47, 295-306.
- Ifland, J. R., Preuss, H. G., Marcus, M. T., Rourke, K. M., Taylor, W. C. & Lerner, M. (2012). The evidence for refined food addiction. *Obesity: Epidemiology, Pathophysiology and Prevention*, 53-73.
- Lansley, K. E., Winyard, P. G., Bailey, S. J., Vanhatalo, A., Wilkerson, D. P., Blackwell, J. R., ... & Jones, A. M. (2011). Acute dietary nitrate supplementation improves cycling time trial performance. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 43(6), 1125-1131.
- Lean, M. E. J., Han, T. S. & Morrison, C. E. (1995). Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. *BMJ*, 311(6998), 158-161.
- Li, J. M., Li, Y. C., Kong, L. D. & Hu, Q. H. (2010). Curcumin inhibits hepatic protein - tyrosine phosphatase 1B and prevents hypertriglyceridemia and hepatic steatosis in fructose - fed rats. *Hepatology*, 51(5), 1555-1566.

- Lustig, R. H. (2010). Fructose: metabolic, hedonic, and societal parallels with ethanol. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(9), 1307-1321.
- Meule, A., & Gearhardt, A. N. (2014). Food addiction in the light of DSM-5. *Nutrients*, 6(9), 3653-3671.
- Murphy, C. M., Stojek, M. K., & MacKillop, J. (2014). Interrelationships among impulsive personality traits, food addiction, and body mass index. *Appetite*, 73, 45-50. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2013.10.008>
- Neki, N. S. (2013). Obesity and Depression:-Is There Any Link?. *JK Science*, 15(4), 164.
- Pickering, C., Alsiö, J., Hulting, A. L., & Schiöth, H. B. (2009). Withdrawal from free-choice high-fat high-sugar diet induces craving only in obesity-prone animals. *Psychopharmacology*, 204(3), 431-443.
- Pursey, K. M., Stanwell, P., Gearhardt, A. N., Collins, C. E., & Burrows, T. L. (2014). The prevalence of food addiction as assessed by the Yale Food Addiction Scale: a systematic review. *Nutrients*, 6(10), 4552-4590. <http://doi.org/10.3390/nu6104552>
- Randolph, T. G. (1956). The descriptive features of food addiction. Addictive eating and drinking. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 17, 198-224.
- Trasande, L., Cronk, C., Durkin, M., Weiss, M., Schoeller, D., Gall, E., ... & Gillman, M. (2010). Environment and obesity in the

- National Children's Study. *Ciencia & Saude Coletiva*, 15, 195-210.
- TÜİK (2017, Haziran) *Türkiye Sağlık Araştırması, 2016*. [Basın bülteni]. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573>
- VanderBroek-Stice, L., Stojek, M. K., Beach, S. R. & MacKillop, J. (2017). Multidimensional assessment of impulsivity in relation to obesity and food addiction. *Appetite*, 112, 59-68.
- Von Kries, R., Koletzko, B., Sauerwald, T., Von Mutius, E., Barnert, D., Grunert, V. & Von Voss, H. (1999). Breast feeding and obesity: cross sectional study. *BMJ*, 319(7203), 147-150.
- World Health Organization Regional Office for Europe. (T.Y.). *Obesity*. Erişim adresi: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/obesity>
- World Health Organization. (2008). *Global strategy on diet, physical activity and health*.
- World Health Organization. (2017). 10 Facts on obesity. Updated October 2017. <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/>
- World Health Organization. (2017). *Prevalence of Obesity among Adults*, BMI [Greater than or Equal to] 30, Age-Standardized Estimates by Country. www.who.int
- Wright, H. T. & Ifland, J. R. (2014). Obesity epidemic: Understanding addiction in managing overeating. Behavioral Health Nutrition Newsletter, *Academy of Nutrition and Diet*, 32(1), 3-6.

Ziauddeen, H., Farooqi, I. S. & Fletcher, P. C. (2012). Obesity and the brain: how convincing is the addiction model?. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(4), 279.

Zilberter, T. (2012). Food addiction and obesity: do macronutrients matter?. *Frontiers in Neuroenergetics*, 4, 7.

BÖLÜM 5:
YEME BOZUKLUKLARI

Öğr. Gör. M.Ali ÇAKIR⁷

⁷ Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü,
Kırklareli, Türkiye. cakir34@gmail.com

GİRİŞ

Yeme bozuklukları tıbbi morbidite ve mortalite ile ilişkili olan kişisel, ailevi ve toplumsal maliyetler ile sonuçlanan psikiyatrik hastalıklardır (Schaumberg ve ark., 2017). Yeme bozuklukları genellikle genç kız ve erkeklerde, çekiciliğin zayıf olmakla ilişkilendirildiği sanayileşmiş ülkelerde ve orta sosyo-ekonomik durumlu bireylerde daha sık görülmekle birlikte son yıllarda yapılan çalışmalarda gelir açısından fark görülmeyen, çok eskiden beri var olan psikiyatrik bozukluklardır (Bircan ve ark., 2013; Ünal ve ark., 2009).

Yemek yeme, öğrenilerek geliştirilen ve yaşam tarzının bir parçası olan davranıştır (Tanrıverdi ve ark., 2011). Çoğu insan tokken bile yemek yiyebilmektedir (Bozan, 2009). Bireyin kendisini şişman olarak görmesi, kilo almaktan aşırı korkması ve olumsuz beden algısı yeme bozukluğunun başlıca özelliklerindedir (Eker, 2006; Gürdal, 1999). Ergenlik yaklaştıkça özerklik geliştirmeyi başaramayan gençler bu başarısızlıklarını vücut ağırlığı, biçimi ve yeme davranışları üzerine aşırı yoğunlaşarak telafi etmeye çalışırlar. Bunu başaramayanlarda tikanırcasına yeme bozukluğu ve uygunsuz telafi davranışı sonucu bulimiya nervoza, başaranlarda ise anoreksiya nervoza ortaya çıkar (Erol, 2002).

Yeme bozuklukları ciddi duygusal ve fiziksel problemleri olan kadınlar başta olmak üzere herkeste görülebilir (Hantaş ve ark., 2003; Kaya ve ark., 2003; Maner ve ark., 2007; Toker Ertuğ ve Hocaoğlu, 2009). Özellikle bir geçiş dönemi olan ergenlik ve gençlik döneminde görülme sıklığı daha yüksektir (Annagür ve Zincir Bozkurt, 2012).

Çünkü bu dönemde gençler kimlik arayışı içinde olup bağımsız olmaya ve toplum içinde kabul görmeye çalışıp görünüşlerine özen gösterirler. Ayrıca birçok sorunla karşılaşarak yeni alışkanlıklar kazanmakta ve sağlığı riske sokacak davranışlara yönelmektedirler (Tanrıverdi ve ark., 2011). Kadınlara göre erkeklerde yardım istemekten kaçınma ve yeme bozukluklarının kadınlara ve eş cinsel erkeklere özgü olması ile ilgili önyargılar nedeniyle prevalanslar daha düşük bildirilmektedir (Bozan, 2009; Sayın ve Kuruoğlu, 2004). Ayrıca teknolojinin artması ile gençler beslenme alışkanlıklarını değiştirmekte ve tükettikleri besin öğelerinin içeriği hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları için gün geçtikçe yeme bozukluğuna sahip kişi sayısı artmaktadır (Tanrıverdi ve ark., 2011).

Yeme bozukluklarının etiolojisinde ailede yeme bozukluklarının varlığı, aile içi sorunlar, düşük benlik saygısı, olumsuz beden algısı, obezite, ergenlik problemleri, cinsel travma, sosyo-kültürel etkenler, kilo ve yemek ile çok ilgilenmek ve genetik etmenler bulunur (Alantar ve Maner, 2008; Ağırman ve Maner, 2010). Ayrıca yeme bozukluğu olan hastalarda kişilik bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığı da görülür. Özellikle bulimiya nervosa hastalarında madde bağımlılığı sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir (Vardar ve ark., 2011). Düşük benlik saygısı ve yüksek anksiyete yeme bozukluğu olanlarda sık görülen önemli bir risk etmenidir ve beden kitle indeksi benlik saygısı ile ters orantılıdır (Tanrıverdi ve ark., 2011). Yeme bozukluğu, kronik düşük benlik saygısının bir belirtisi olarak değerlendirilir ve yeme bozukluğu olanlarda gözlenen düşük benlik

saygısının depresyondan bağımsız olduğu yapılan çalışmalarda saptanmıştır (Örsel ve ark., 2004).

Obsesif belirtiler ile yeme bozukluğu belirtileri arasında güçlü ilişkiler vardır (Çelikel ve ark., 2009). Yeme bozukluğu olan kişilerde obsesif kompulsif bozukluklar ile sosyal fobi birlikte seyreder (Erol ve ark., 2002). Yeme bozuklukları anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve başka türlü tanımlanamayan yeme bozuklukları gibi rahatsızlıkları içine alır (Bozan, 2009). Yeme bozukluğu olan kişilerin tamamına yakını 25 yaşından küçüktür. anoreksiya nervoza genellikle 12-18 yaşlarında, bulimiya nervoza ise 17-25 yaşlarında başlamaktadır (Annagür ve Zincir Bozkurt, 2012). Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozalı kişilerin birinci derece akrabalarında da bu hastalıkların veya belirtilerinin bulunma ihtimali yüksektir. Yeme bozukluğu olan çocukların ailelerinde ölüm, ayrılma, mizaç bozukluğu, kumar oynama, alkol kullanımı ve ruhsal bozukluk sıklıkla gözlenmektedir (Siyez ve ark., 2006).

Önceleri kalıtsal bir hastalık olarak tanımlanmayan yeme bozukluklarında son yıllarda yapılan aile ve genetik çalışmaları yeme bozukluğuna yatkınlıkta genetik etmenlerin rolünü vurgulamaktadır (Kaya ve ark., 2003). Yeme bozukluğuna neden olan hastalıklar, yeme bozukluğunun tedavisi kadar önemlidir. Yeme bozukluklarının saptanabilmesi için ilk önce bireylerin yeme davranışları bazı ölçeklerle değerlendirilmelidir (Bozan, 2009). Kilo kaybına yol açan hastalıklar; hipertiroidizm, Crohn hastalığı, addison hastalığı ve diabetes mellitustur (Kaya ve Çilli, 1997). Yeme bozukluğu olan hastanın öyküsü alınırken beslenme şekli, kan üre nitrojeni seviyesi,

elektrolit seviyesi, albumin ve kreatinin düzeyi, cinsiyet hormonları, tiroid stimulan hormon düzeyleri ve karaciğer fonksiyonları kontrol edilmelidir (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011; Eker, 2006).

Yapılan çalışmalarda anoreksiya nervozanın kültüre bağlı bir bozukluk olmadığı, buna karşılık bulimiya nervozanın kültürel özelliklerden daha çok etkilendiği saptanmıştır (Vardar ve ark., 2011). Batı toplumunda çoğu kişi inceliği çekiciliğin dışa vurumu şeklinde değerlendirdikleri için isteyerek diyet yapmaktadırlar (Işık, 2009). Jokey, atlet, model, balerin, dansçı ve sporcu gibi mesleklere sahip kişiler iş hayatlarında rekabet önemli olduğu için isteyerek diyet yapan diğer bir gruptur. Bu kişilerde yeme bozukluğu görülme riski yüksektir (Siyez, 2006). Genel olarak yeme bozukluğu gelişen sporcuların enerji alımları, enerji harcamalarına göre yetersiz kalmaktadır (Hasbay, 2005). Zayıflık ile çekicilik ve incelik kavramlarının birlikte değerlendirilmesi ve estetik kaygılar nedeniyle yeme bozuklukları günümüzde hızla artan hastalık grubunda yer alır (Toker Ertuğ ve Hocoaoğlu, 2009). Özellikle son yıllarda klinisyenler ve araştırmacılar yeme bozuklukları üzerinde çok fazla araştırma yapmaktadır (Hantaş ve ark., 2003; Kaya ve ark., 2003).

Yeme Bozukluklarının Oluşumunda Risk Faktörleri

Yeme bozukluklarının meydana gelmesinde zgn bir neden yoktur. Yeme bozukluğunun meydana gelmesi için güncel yaklaşımlar çok yönlü olmakla birlikte diyet yapma alışkanlığının yeme bozukluğu görülmesinde ortak uyarıcı olduğu vurgulanır (Annagür ve Zincir Bozkurt, 2012). Düşük benlik saygısı, olumsuz beden algısı, kişilik

bozukluğu, duygudurum bozukluğu, Őiřmanlık, anksiyete, depresyon, mükemmelliyetçilik, kilo alma korkusu, çok katı diyetler yapma, çocukluk çağı cinsel taciz ve istismar, fiziksel görünüme aşırı önem verilmesi, travma sonrası stres bozukluğu, toplumsal başarı elde etmede cinsel çekiciliğin ve kadınsı özelliklerin kullanılması, sorunları çözmeye yetersizlik, ailenin aşırı korumacı davranışı, obsesif kompulsif bozukluk, aile içi sorunlar, sosyal destek sistemlerinde yetersizlik, alkol ve madde bağımlılığı, toplumda aşırı kilodan dolayı alay konusu olmaktan korkma, toplumlarda güzelliğin ince beden olarak algılanması, medya baskısı, başarı için fiziksel görünümün önemli olduğunun düşünülmesi, zayıf olmanın ideal bir beden imgesi olarak sunulması ve yeme bozukluğu olan kişilerle yakın ilişki içinde olma yeme bozukluklarının risk faktörlerinden bazılarıdır (Siyez, 2006; Ağırman ve Maner, 2010; Aslan, 2004).

Yeme Bozukluklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Zihinsel Bozuklukların Teşhis ve İstatiksel Kılavuzu'na göre yeme bozuklukları anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve başka türlü tanımlanamayan yeme bozuklukları olarak sınıflandırılır (Vardar ve ark., 2011).

1. Anoreksiya Nervoza

Anoreksiya nervoza aşırı ağırlık kaybı, görünüm ve vücut ağırlığı ile aşırı ilgilenme ve vücut imajının algılanmasındaki bozukluklar ile karakterize olup, alışkanlıklar tamamen kilo kaybetmeye yöneliktir (Hasbay, 2005). Önemli mortalite ve morbiditeye sahip kompleks bir hastalıktır (Dönmez, 2005).

Anoreksiya nervoza etiyolojisine ilişkin ilk psikolojik kuramlar, fobik mekanizmalar ve psikodinamik üzerine kurulmuştur (Toker Ertuğ ve Hocoğlu, 2009). Anorektik hastalarda olumsuz beden algısı, bedenden gelen duyuları doğru algılama ve yorumlamada bozukluk ve tüm düşünce ve etkinliklerde kendini gösteren yetersizlik duygusu olmak üzere üç psikolojik bozukluk saptanmıştır (Erol ve ark., 2000).

Anorektik kişiler kilo kaybetmeye yönelik belirgin davranışlara sahiptirler. Kiloları ve yiyeceklerle çok uğraşırlar ve kilo almaktan çok korkarlar (Sormaz, 2006). Anoreksiya nervozanın sürekliliği yemek yemeyi aşırı kontrol etmeye duyulan gereksinim ile ilişkilidir (Kaya ve ark., 2003). Anoreksiya nervoza genellikle ergenlik döneminde başlamakta ve sıklıkla kadınlarda görülmektedir (Üneri, 2010). Anoreksiya nervozanın belirtileri ergenlik öncesi dönemde başlamışsa ergenlik gecikir. Eğer ergenlik başladıktan sonra ortaya çıkmışsa pubertal süreç uzar (Annagür ve Zincir Bozkurt, 2012). Ergenlik döneminde sosyal ve cinsel gelişim sonucu yemeğe karşı fobik kaçınma davranışı oluşmaktadır (Maner, 2001). Anorektikler hem yediği miktarı hem de öğün sayısını azaltma yöntemine başvururlar. Anorektik ergenlerden bazıları büyümenin kadın olmak anlamına geldiğini ve bunu istemedikleri için yemek yemediklerini söylemektedirler. Ayrıca dini korkular nedeniyle de günahkar olmamak için çocuk kalmak istediklerini ifade etmektedirler. Yapılan çalışmalarda anorektik olan kız kardeşe anne ve babanın daha çok ilgi göstermesini kıskanan diğer kız kardeşinde anorektik davranışlar sergilediği saptanmıştır. Anoreksiya nervoza gelişmesinde temel etkenlerden birisi ince beden yapısının idealleştirilmesidir. Az yemek

yemelerine rağmen saplantılı bir şekilde yemek hazırlama ve pişirme ile uğraşırlar (Siyez, 2006).

Anorektik hastaların yarısı yiyecek alımını minimuma indirerek kilo kaybederler. Buna kısıtlı tip anoreksiya nervoza denir. Saplantılı ve mükemmeliyetçi kişilik kısıtlayıcı tip anoreksiya nervoza için risklidir. Bu kişiler çocuklukta kişisel bağımsızlıktan yoksun kalmıştır (Hantaş ve ark., 2003). Diğer yarısı ise uyguladıkları katı diyeti, kontrolü kaybedip tıkanırcasına yiyerek bozarlar ve ardından da kusarlar. Bazıları ise aşırı egzersiz yaparlar (Maner, 2001). Anorektik olan ergenlerin çok büyük bir kısmı kilo kayıplarını sakladığı için değerlendirmede vücut kitle indeksi de dikkate alınmalıdır. Bu yaş grubunda tanı koymada anahtar faktör ergenin kendi vücudunu nasıl algıladığıdır. Anoreksiya nervoza batılı toplumlarda daha çok görülmektedir (Siyez, 2006). Fakat batılı olmayan toplumlar, batının zayıflık ideallerinin etkisinde kaldıklarında batılı olmayan toplumlarda da görülme sıklığı artmaktadır (Arusoğlu ve ark., 2008).

Anoreksiya Nervoza İçin Ayırıcı Tanı

Kilo kaybı depresyona bağlı birçok hastalıkta görüldüğünden anoreksiya nervozayı ayırt etmek zor olmaktadır (Maner, 2001). Aynı zamanda hastalar tedavi olmak istemezler ve hastalık belirtilerini inkar ederler (Kaya ve Çilli, 1997). Hastada kilo kaybının nedeni belirlenmeye çalışılmalıdır. Anorektik hastalar iştahlı olurken depresyonlu hastalarda iştah azalır. Anoreksiyanın ileri safhalarında iştah azalmaktadır. Depresif hastaların yemek tarifleri toplamak, başkalarına yemek yapıp yedirmek, vücut memnuniyetsizliği, kilo

almaktan aşırı korkma, beden ağırlığı ve gıdaların kalorileri ile aşırı uğraşı gibi davranışları yoktur (Kocabaşoğlu, 2001).

2. Bulimiya Nervozada

Bulimiya nervozada kişi yiyemeyeceği kadar besini kısa bir sürede tüketir (Hasbay, 2005). Daha sonra huzursuzluk ve suçluluk hissedip besinleri çıkarmaya ve ağırlık kazanımını önlemeye çalışırlar. Ağırlığı ile aşırı ilgilenen bu kişiler ağırlık kazanımını önlemek için kendi kendini kusturma, aşırı egzersiz, oruç tutma ve lavman kullanma gibi yöntemlere başvururken az sayıda kişi ise diüretik kullanır (Sormaz, 2006). Diüretik kullanılmasından dolayı rektumda incelleme görülür (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011). Bulimik hastalar diyet yaparak kilo verirler ya da başarılı olamazlar. Ama kilo kaybı hiçbir zaman anoreksiya nervozaya tanısı konulacak kadar çok değildir. Bulimik hastalar düzenli yemek yemezler ve daha çok evde tek başlarına yemeyi tercih ederler (Maner, 2001). Bu hastalığa sahip kişilerde yemek için güçlü ve durdurulamaz bir istek vardır (Dönmez, 2005). Çoğu hasta rahatlamak için tıkinarak yemek yer ve böylece kendini ödüllendirir. Şişman olmaktan aşırı korktuklarından besinlerin şişmanlatıcı etkisinden kurtulmak için zorla kusarlar (Maner ve Aydın, 2007). Bulimiya nervozada kusma yöntemine başvurulmasından dolayı el üzerinde ve yemek borusunda tahriş ve yara, dehidratasyon, elektrolit dengesizliği, mide krampları ve emilim bozukluğu meydana gelir (Eker, 2006). Bulimik hastalarda ve ailelerinde sigara, alkol ve kafein gibi madde kullanımı yaygındır. Hem yemenin hem de alkol alımının anksiyete ile başa çıkmak için

kullanıldığı düşünülür (Hantaş ve ark., 2003). Kendilik kavramı gelişmemiş olan bu hastalarda mizaç bozuklukları sıklıkla görülür. Olumsuz beden algısı bulimiya nervoza gelişimini kolaylaştırır (Maner ve Aydın, 2007).

Bulimiya Nervoza Tipleri

Bulimiya nervozanın 2 tipi vardır; 1) Çıkarıcı tip: Kişi aşırı miktarda besini yedikten sonra kusma, diüretik, lavman ve laksatif kullanarak besinleri geri çıkarmaya çalışır. 2) Çıkarma olmayan tip: Kişi kendisini aç bırakarak aşırı egzersiz yapar ya da oruç tutar (Işık, 2009).

3. Başka Türü Tanımlanamayan Yeme Bozuklukları

Başka türlü tanımlanamayan yeme bozuklukları diğer yeme bozuklukları ile benzer psikopatolojiyi paylaşır (Vardar ve ark., 2011). Anoreksiya ve bulimiya nervoza sınıfına girmeyen yeme bozukluklarıdır (Işık, 2009). Başka türlü tanımlanamayan yeme bozukluklarına sahip kişilerde, anoreksiya ve bulimiya nervozaya geçiş olabilir. Bu nedenle dikkate alınması gerekir (Vardar ve ark., 2011).

4. Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu

Yeme bozukluğu yemek yeme kontrolünün kaybedilmesiyle, aşırı miktarda besinin kısa bir sürede alınması olarak tanımlanmaktadır. Bulimiya nervoza ile benzer özelliklere sahip olmakla birlikte yenilen besinleri çıkarmak gibi kilo almaktan kaçınmak için herhangi bir telafi davranışının olmaması ve 6 ay süre ile haftada iki kez tıkanma olması belirtileri ile ayrılır. Kişiler

genellikle şişman olup kadın ve erkek oranı eşittir (Kadıoğlu, 2009). Yapılan çalışmalarda erkeklerde ve obezlerde en çok görülen yeme bozukluğunun tıkanırcasına yeme bozukluğu olduğu, tıkanırcasına yeme bozukluğunun anoreksiya ve bulimiya nervozadan daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Vardar ve ark., 2011). Amerika'da yetişkin kadın ve erkekler arasında tıkanırcasına yeme bozukluğu prevalansı sırasıyla %1,6 ve %0,8 olarak saptanmıştır (American Psychiatric Association, 2013).

5. Diğer (Daha az bilinen) Yeme Bozuklukları

5.1. Ortoreksiya Nervoz

Ortoreksiya Nervoz sağlıklı beslenme tarzına ilişkin zihinsel bağlamda takıntılı olma durumunu ve uğraşmayı tanımlamaktadır (Nevin ve Vartanian, 2017). Ortorektik kişiler daha çok besinlerin sağlıklı ya da sağlıksız oluşuyla ilgilenmektedir. Ortorektiklerin amacı kilo vermek değildir. Ancak sağlıklı beslenme çabasının bir sonucu olarak da kilo verirler. Ortorektikler pişirme yöntemlerine bile aşırı dikkat eden obsesif kompulsif bozukluğu olan kişilerdir (Arusoğlu ve ark., 2008). Ortorektikler hayatları boyunca sağlıklı diyet yapmaktadırlar ve bu diyetin bozulması durumunda ise suçluluk ve başarısızlık hissetmektedirler (Bozan, 2009). Yani anoreksiya nervoz ve bulimia nervozadaki gibi daha güzel görünmek amacıyla değil, zihinsel olarak mükemmeliyetçi yapılarından dolayı diyetlerinin de tamamen kusursuz olmasına özen göstermeleri ve sağlıklı besinleri tüketmeye çalışmaları nedeniyle zayıflamaktadırlar (Koven ve ark., 2015). Ortoreksiyada kişiler çevreden ve medyadan

etkilenmektedirler. Böylece sağlıklı olan bazı besinleri sağlığa zararlı olduğunu düşünerek tüketemeyebilirler (Demirezen ve Coşansu, 2005). Örneğin balık civa zehirlenmesi yapabilir diye balığı diyetlerinden tamamen çıkarmaktadırlar. Bu durumda elzem besin öğelerini yetersiz alarak sağlıklarını riske atmaktadırlar. Bazı besinleri tüketmemelerinden dolayı anoreksiya nervozada olduğu gibi ağırlık kaybı yaşayabilirler (Bozan, 2009). Cinsiyetin ortorektik eğilimlerde büyük önem arz etmekte olup, kadınların erkeklere oranla daha fazla ortorektik eğilimleri olabileceği bildirilmiştir. Kızlarda yeme tutumu ile ilgili bozukluklar erkeklere oranla daha yüksek olduğu için bu açıdan bakıldığında kadınlarda ortorektik eğilimlerin daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Sağlıklı beslenme davranışı aslında patolojik değildir. Ancak uzun süreli ve aşırı olduğunda, günlük yaşamda olumsuzluklara yol açtığına, kişilik ve davranış boyutlarını da ilgilendiren bir bozukluk olarak karşımıza çıkabilir (Arusoğlu ve ark., 2008). Bütün bu psikolojik süreçlerin sonucunda ortorektik bireylerde heyecan, anksiyete, depresyon, rijidite, yalnızlık, suçluluk gibi duygu durumlar, kilo verme, amenore, osteopeni, anemi, hiponatremi, metabolik asidoz, pansitopani, testosteron yetersizliği ve bradikardi gibi fiziksel belirtiler görülebilmektedir (Costa, 2017).

5.2. Kuş Gibi Beslenme

Kuş gibi beslenme ailelerin tutum ve davranışından kaynaklanır. Korumacı ve besinleri yedirme konusunda ısrarcı olan ebeveynlerin çocukları çok az yemek yiyebilir ve kilo kaybedebilir. Bu tip yeme bozukluğuna sahip çocukların büyüme ve gelişmesi duraksar. Her

seferinde daha az yediklerinden bağışıklık sistemi zayıflar ve enfeksiyon hastalıkları sık görülür. Bu tip yeme bozukluğuna sahip çocukların besin alımı düşük olup yeni besin denemede isteksizdirler (Bozan, 2009).

5.3. Gece Yeme Sendromu

Gece yeme sendromu, henüz resmi olarak yeme bozukluğu olarak kabul edilmemiştir. Ancak şişman bireylerin %10'ununda olduğu düşünölen bir yeme bozukluğudur. Gece yeme sendromu olan kişilerde sabah anoreksisi, uyandıktan sonra ilk öğünü birkaç saat geciktirme, akşam hiperfajisi ve gece besin alımının eşlik ettiği uyku bölünmeleri görölmektedir. Gece yeme sendromun da günlük kalorinin en az %50'si son akşam yemeğinden sonra atıştırmalar ile alınır. Haftada 3 gece en az bir kez uyanma ve uyanma sırasında yüksek kalorili atıştırmaların yapılması ve bu durumun en az 3 ay sürmesiyle karakterizedir. Gece yapılan atıştırmalardan sonra kişiler suçluluk hissetmekte, sıkıntı duymakta ve umutsuzluk duygusuna kapılmaktadır. Gece besin alımına bağlı olarak gece glikoz ve insölin seviyesi daha yüksektir. Gece yeme sendromunda, hasta sabah uyandığında ruhsal durumu iyi durumdadır. Gün ilerledikçe ruhsal durumu bozulma göstererek akşamları stres ve aşırı yeme durumları göröölür. Gece yeme sendromu olan kişilerde gün içindeki kortizol seviyeleri yüksek bulunmuştur. Bu hastalarda melatonin seviyeleri, geceki melatonin ve leptin artışı normal yeme örneği olan kişilerden anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Gece yeme sendromu daha çok obez kişilerde görölmektedir ve hastalar genelde karbonhidrattan

zengin besinleri tüketmektedir (Dönmez, 2005). Gece yeme sendromu olanlarda depresyonun daha sık olması intihara eğilimi arttırmaktadır. Bunun yanı sıra bu kişilerde uykuya dalma ve sürdürme de bozukluklar bulunmaktadır (Küçükgöncü ve Beştepe, 2014).

SONUÇ

Bozulmuş yeme davranışının yeni ortaya çıkmamış, tarih boyunca gözlenmiş ve bildirilmiş vakalar bulunmaktadır. Anoreksiya nervozanın psikolojik faktörler açısından değerlendirildiğinde ortaya çıkmasındaki en önemli iki faktörün kişilik özellikleriyle ilgili olan düşük benlik saygısı ve mükemmeliyetçilik olduğu bildirilmektedir. Yeme bozukluklarında diğer bir risk faktörünü aile ilişkilerindeki problemlerin olduğu bilinmektedir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu da birçok psikolojik problem ile ilişkili olabilmektedir. Bu hastalarda major depresyon en temel psikiyatrik tanıyı oluşturur. Ayrıca çocukluk çağı travması ile bulimiya nervosa gelişimi arasında ilişkiler mevcuttur. Bununla birlikte yeme bozukluklarının etiolojisinde rol oynayan benlik saygısı hastalığın seyrini ve tedavi sürecini de etkilemektedir. Benlik saygısı gibi psikolojik problemlerin desteklenmesi, yeme bozukluklarının tedavisinde önemli yer teşkil ettiği bildirilmektedir. Bu yüzden, bu alanda yapılan çalışmaların çeşitliliği ve sayılarının artmasıyla vakaların değerlendirilmesine ve müdahale etmesine katkıda bulunacaktır. Bu amaçla ülkemizde ve tüm dünyada yaygınlığı artmakta olan yeme bozukluklarının çok yönlü değerlendirilmesi gerekmedir.

KAYNAKÇA

- Annagür, B. B. & Zincir Bozkurt, S. (2012). Anoreksiya Nervozada Hormonal Değişimler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25(1), 63-69.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC.
- Alantar, Z. & Maner, F. (2008). Bağlanma Kuramı Açısından Yeme Bozuklukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 97-104.
- Ağırman, A. & Maner, F. (2010). Yeme Bozuklukları ve Duygusal İstismar: Olgu Sunumu. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 121-127.
- Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G. & Merdol, T. K. (2008). Ortoreksiya Nervoz ve Orto-11'in Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 283-291.
- Aslan, D. (2004). Beden Algısı İle İlgili Sorunların Yaratabileceği Beslenme Sorunları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 13(9), 326-329.
- Bozan, N. (2009). *Hollanda Yeme Davranışı (DEBQ) Anketinin Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliğinin Sınanması*. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Bircan, U., Uncu, F. & Üner, S. (2013). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2, 15-22.
- Cihangiroğlu, Z. & Deveci, E. S. (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi

- Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2), 78-83.
- Çelikel, F., Bingöl, T., Yıldırım, D., Tel, H. & Erkorkmaz, Ü. (2009). Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Yeme Tutumu. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46, 86-90.
- Costa, C. B., Hardan-Khalil, K. & Gibbs, K. (2017). Orthorexia nervosa: a review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(12), 980-988.
- Demirezen, E. & Coşansu, G. (2005). Adölesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 14(8), 174-178.
- Dönmez, N. (2005). *Tip 1 Diabetes Mellitus'lu Bireylerde Yeme Davranışı Bozuklukları ve Etkileyen Etmenleri Saptamaya Yönelik Bir Çalışma*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Eker, E. (2006). *Edirne İli Kentsel Alanında Yaşayan Erişkinlerde Beslenme Durum Değerlendirmesi*. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne.
- Erol, A., Toprak, G. & Yazıcı, F. (2002). Üniversite Öğrencisi Kadınlarda Yeme Bozukluğu ve Genel Psikolojik Belirtileri Yordayan Etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 48-57.
- Erol, A., Toprak, G., Yazıcı, F. & Erol, S. (2000). Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozukluğu Belirtilerini Yordayıcı Olarak Kontrol Odağı ve Benlik Saygısının Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 3, 147-152.

- Gürdal, A. (1999). Yeme Bozuklukları ve Tedavisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9(1), 21-27.
- Hantaş, Y., Maner, F., Erkıran, M., Turan, F. & Gökalp, P. (2003). Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu Olan Kadınlarda Yeme Özellikleri ve Yeme Bozuklukları Taraması. *Düşünen Adam Dergisi*, 16(1), 24-27.
- Hasbay, S. A. (2005). *Balerinlerde Yeme Bozuklukları, Amenore ve Osteoporozis Görülme Durumunun (Kadın Sporcu Triadı) Saptanması*. Doktora tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Işık, B. (2009). *Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinde Yeme Bozukluklarının Araştırılması*. Uzmanlık Tezi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa.
- Küçükgöncü, S. & Beştepe, E. (2014). Majör Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Hastalarında Gece Yeme Sendromu. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 51, 368-375.
- Kadıoğlu, M. (2009). *Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozuklukları ve Öz-Etkililik*. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kaya, B., Yiğittürk, D. & Yalvaç, D. (2003). Anoreksiya Nervoza Tanılı İki Kız Kardeş: Olgu Sunumu. *Klinik Psikiyatri*, 6, 56-61.
- Kaya N. & Çilli, S. A. (1997). Anoreksiya Nervoza. *Genel Tıp Dergisi*, 7(2), 107-110.
- Kocabaşoğlu, N. (2001). Yeme Bozuklukları. *New Symposium Journal*, 39(2), 95-99.

- Koven, N.S. & Abry, A.W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Disease and Treatment*, 18(11), 385-394.
- Maner, F. (2001). Yeme Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 5:130-139
- Maner, F. & Aydın, A. (2007). Bulimiya Nervozada Psikososyokültürel Etmenler. *Düşünen Adam Dergisi*, 20(1), 25-37.
- Nevin, S. M. & Vartanian, L. R. (2017). The stigma of clean dieting and orthorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 37.
- Örsel, S., Canpolat, B. I., Akdemir, A., Özbay, H. (2004). Diyet Yapan ve Yapmayan Ergenlerin Kendilik Algısı, Beden İmajı ve Beden Kitle İndeksi Açısından Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 5-15.
- Sayın, A. & Kuruoğlu, A. (2004). Bir Erkek Anoreksiya Nervozaya Olgusu ve Dinamik Açısından Tartışılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(2), 155-160.
- Schaumberg, K., Welch, E. & Breithaupt, L. (2017) The science behind the academy for eating disorders' nine truths about eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 5(6), 432-450.
- Siyez, D. M. (2006). Yeme Bozukluğu Olan Çocuklar ve Ergenler Etiyolojisi ile İlgili Çalışmalar, Müdahale, Değerlendirme ve Tedavi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20, 21-27.
- Tanrıverdi, D., Savaş, E., Gönüllüoğlu, N., Kurdal, E. & Balık, G. (2011). Lise Öğrencilerinin Yeme Tutumları, Yeme Davranışları

- ve Benlik Saygılarının İncelenmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 17(1), 33-39.
- Toker Ertuğ, D. & Hocaoğlu, Ç. (2009). Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: Bir Gözden Geçirme. *Düşünen Adam Dergisi*, 22(1-4), 36-42.
- Ünalın, D., Öztop, D. B., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Pırlak, B. & Güneş, D. (2009). Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(2), 75-81.
- Üneri, Ö. Ş. (2010). Anoreksiya Nervoza ve Kaygı Bozuklukları. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 4(4), 236-239.
- Vardar, E. & Erzenin, M. (2011). Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 205-212.

BÖLÜM 6:
ÜÇÜNCÜ YAŞ TURİZMİNDE PSİKOLOJİK TEMELLER

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin AKMAN BİLİR⁸

⁸ Kırklareli Üniversitesi, Sosyal Bilimler MYO, Kırklareli, Türkiye.
yasemin.bilir@klu.edu.tr

GİRİŞ

Turizm, seyahat edenlerin ikamet ettikleri yerin dışına gerçekleştirdikleri, gittikleri yerde, turizm işletmelerinin ürettiği mal ve hizmetleri talep ederek ekonomik yapıya katkıda buldukları bir hareketliliği ifade etmektedir. Prensipde bir yıldan kısa oluşu ile sınırlandırılan bu hareketlilik, katılımcının amaçlarına göre farklı tür ve özelliklere sahiptir. Bir ülke için bacasız sanayi olarak görülen turizm, bir hareketlilik ve etkinlik olarak değerlendirildiğinde, insanlar tarafından gerçekleştiriliyor olması, aynı zamanda bir davranış olarak da tanımlanabilmesine olanak sağlamaktadır.

İnsan ömrünün giderek uzaması ve kalitesinin artmasıyla birlikte, turistik tüketicileri yaş gruplarına göre segmentlere ayırmak; davranışlarını anlayarak onlara sunulacak hizmetlerin tür ve içeriklerini doğru analiz edebilmek açısından gereklilik haline gelmiştir.

Bu çalışmada turizm davranışında öne çıkan kalıplar ile turizm sektörü içerisinde özellikli ve mevsim dışı gerçekleştirilen turizm davranışlarından biri olarak üçüncü yaş (ileri yaş, geriatri turizmi, gümüş turizm) turizmi ele alınmaktadır. Çalışmada; özellikle emeklilik sonrası dönemi kapsamına alan bu turizm davranışının yapısına ve motivasyonuna açıklık getirmesi amaçlanmaktadır.

1. TURİZM DAVRANIŞININ KALIPLARI

Davranış, hayatın fiziksel, zihinsel ve toplumsal alanlarında bireylerin potansiyel ya da eyleme dönüşen etkileri ve çevreyle girdiği etkileişimin bir sonucu olarak tanımlanabilir (Rızaoğlu, 2003: 17).

Öğrenme, algı, kişilik, iç ve dış güdüleyicilerin etkisi gibi pek çok psikolojik ve fizyolojik kaynak, davranışı dolaylı ya da doğrudan gözlemlenebilecek şekilde etkilemektedir. Tüketici davranışı ise; istek ve ihtiyaçları karşılamaya yönelik mal, hizmet ya da fikirlerin araştırılması, satın alınması, kullanılması ve değerlendirilmesine ilişkin karar verme ve eyleme geçmelerini ifade etmektedir (Rızaoğlu, 2003: 41).

1.1.Turizm Davranışının İçsel / Psikolojik Temelleri

Turizm, temel özellikleri bakımından, sosyal bir olay, psikolojik bir tatmin aracı, ekonomik bir faaliyet alanı, kültürel bir etkinlik ve daha birçok alanda hareketlilik oluşturan bir yapıya sahiptir. Turizmin öznesi insandır ve turizm gelirlerinin kaynağı seyahat eden insanların bireysel harcamalarından gelmektedir. Bu nedenle turizm pazarlaması, temelde bireylerin turistik satın alma davranışlarına yönelmek ve bu davranışları analiz etmek durumundadır (İlban, Akkılıç, Yılmaz, 2011: 39). Turistlerin satın alma kararlarını etkileyen faktörleri tanımak için onları bu davranışa yönelten içsel güdüleyicilerin de bilinmesi gerekmektedir. Bu bölümde turizm davranışına temel teşkil eden güdüleme, kişilik, öğrenme ve tutum kavramları ele alınmıştır.

1.1.1. Güdüleme (Motivasyon)

Turizm hareketine katılan bireylerin davranışlarını açıklamaya yönelik olarak ele alınan en önemli kuramlardan biri Maslow tarafından geliştirilen '*İhtiyaçlar Hiyerarşisi Yaklaşımı*'dır. Genel olarak insan davranışlarının dayandığı temelleri açıklamayı hedefleyen bu yaklaşım günümüzde halen geçerliliğini korumaya

devam ederken, aynı zamanda da insan davranışlarının ihtiyaçlardan doğduğu ve bu ihtiyaçların belli bir öncelik sırasına sahip olduğu görüşünü ileri sürmektedir. Turistik tüketicinin davranışları bu hiyerarşik sıralamada ilk iki ihtiyacı takiben ortaya çıkmaktadır (Kozak,2006: 217). Dolayısıyla piramidin hiyerarşisinde üst basamaklarda yer alan turizm, bireylerin daha temel düzeydeki ihtiyaçlarını gerçekleştirememesi halinde yönelmedikleri bir ihtiyaca dönüşmektedir. Farklı bir açıdan ifade etmek gerekirse, özellikle fiziksel ve güvenlik ihtiyaçlarını tam olarak gerçekleştiremeyen bir bireyin turizm faaliyetlerine de katılması beklenmemektedir (Güzel ve Barakazı, 2018: 10047-1005).

Bireyleri turizme katılmaya motive eden çok sayıda beklenti ve eğilim bulunmaktadır. Bunlar arasında, hoş vakit geçirmek, eğlenmek, konfor, doğal yaşam ile bütünleşme, kültürel entegrasyon, spor, sağlık, din, merak, eğitim gibi çok sayıda neden sayılabilir. Turistik ürünlerin talebini ve eğilimini etkileyen güdüler şu şekilde gruplandırılabilir (Kozak, 2006:218):

- ***Fiziksel güdüler***: Rahatlama, dinlenme, sağlık,
- ***Duyusal güdüler***: Romantizm, macera, kaçış, ruhsal doyum, haz,
- ***Kişisel gelişim***: Bilgi ve tecrübeyi arttırma, öğrenme, eğitim, yeni lezzetler ve deneyimler edinme,
- ***Statü***: Yükselme, moda uyma, amaç arayışı, gösteriş, tanınma, kabul görme,
- ***Kültür***: Etkileşim sağlama, gezme, görme, tanıma, folklor, din.

1.1.2. Kişilik

Tüketici davranışlarını etkileyen bir önemli bir boyut olan kişilik, bireylerin kendilerine özgü ve tutarlı olarak sergilenen davranış ve özellikler bütünü olarak ifade edilebilir. İnsanın hem fiziksel özelliklerinin hem de toplumsal yaşamı boyunca edindiği alışkanlıklarının tümünü ifade eden kişilik; algıların, güdülerin, duyguların, rollerin öğrenmenin bileşimi niteliğindedir (Rızaoğlu, 2003: 81). Tüketici olarak bireyin incelenmesinde iki temel değişken grubu ele alınmaktadır. Birinci grup değişkenler, bireyin dışında kalan sosyal, doğal ve teknik sistemler; ikinci grup değişkenler ise, bireyin kendisi, psikolojik ve fizyolojik yapısıdır. Dış çevreyi oluşturan faktörler belli bir zaman diliminde ve belirli davranış kalıbı çerçevesinde benzer özelliklere sahip olsalar da tek tip bir çevreden etkilenmeleri ve bu çevreden gelen uyarılara aynı tepkileri göstermeleri, mümkün olmamaktadır. Bu nedenle, davranışların önceden tahmin edilmesi zorlaşmaktadır (Temeloğlu, 2015: 158-159). Bu zorluğun nedeni kişiliğin benzersiz ve kendine özgü oluşudur.

Psikologlar ve araştırmacılar, kişiliği açıklayabilmek ve bireylerin kişiliklerinin birbirlerinden farklı yönlerini ortaya koyabilmek için gözlem yöntemleri ve kişilik envanterleri gibi ölçme ve değerlendirme yöntemleri uygulamaktadır. Kişilik envanterlerinden “Beş faktör kişilik envanteri” ya da bir diğer adıyla “büyük beşli kişilik testi”, son yıllarda farklı kültürlerde yapılan kişilik araştırmalarında en çok kullanılan kişilik envanterlerinden bir tanesidir. Beş faktör kişilik envanteri kişiliği dışadönüklük, deneyime açıklık, uyumluluk, sorumluluk ve nevrotiklik olarak beş temel

boyutta açıklamaktadır. Bu boyutlar Őu Şekilde açıklanabilir (Nalçacı İıkiz ve Yeşiltaş:178-179):

Dışadönüklük: DıŐadönük bireyler, sosyal, enerjik, neŐeli ve çevresiyle pozitif ilişkiler kuran bireyler olarak tanımlanmaktadır. Dışadönüklük boyutunun zıt kutbu içedönüklüktür. İıedönük bireyler, yalnızlıktan hoşlanan, çekingen, sessiz ve çevresiyle mesafelidir.

Deneyime açıklık: Deneyime açıklık boyutunda, yaratıcı, hayal gücü yüksek, zihinsel derinliklere sahip bireyler yer almaktadır. Deneyime açıklık boyutunun diğer ucunda alışkanlıklarına bağlı olan, deđiŐimden hoşlanmayan bireyler bulunmaktadır.

Uyumluluk: Uyumluluk düzeyi yüksek bireyler, güvenilir, iŐbirliđine yatkın ve alçak gönüllü olarak tanımlanmaktadır. Uyumluluk düzeyi düşük bireyler ise iŐbirliđinden çok rekabete meyilli, Őüpheci ve çatıŐmacı özelliklere sahiptirler.

Sorumluluk: Sorumluluk kişilik özelliği yüksek olan bireyler, güvenilir, disiplinli, kuralcı, plancı ve başarı yönelimli bireyler olarak değerlendirilmektedir. Sorumluluk boyutunun diğer ucunda ise, dikkatsiz, dağınık ve işten kaıan bireyler yer almaktadır.

Nevrotiklik: Kişiliğin son boyutu olan nevrotiklik, duygusal istikrarsızlık olarak ifade edilmektedir. Bu boyutta yer alan bireyler endişe, suçluluk ve stres gibi olumsuz duygular yaŐamaya eğilimlidirler. Duygusal tutarlılığı yüksek bireyler ise, yaşadığı olumsuzluklar karşısında kontrolü kaybetmeyen ve kendinden emin bireylerdir.

Turistik tüketim için sunulan ürün ve hizmetlerde, bireyin kişilik yapısının, tüketim davranışını etkilemede sahip olduğu önem dikkate

alınmalı ve sadece niteliğiyle değil talep edenlerin psikolojik yapılarına uygunluğuyla da çeşitlilik göstermesi gerekmektedir (Usal ve Oral, 2001: 93). Kişilik özellikleri ve turizm davranışı arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla pek çok ölçme aracı geliştirilmiştir. Bunlar arasında Gordon *Kişilik Envanteri*, Thurston *Mizaç Listesi*, California *Kişilik Envanteri*, Edwards *Kişilik Tercih Listesi* ve Murray *Kişilik Özellikleri Listesi* sayılabilir. Tablo 1’ de kişilik özellikleri ile turizm tercihleri arasındaki ilişki ele alınmaktadır.

Tablo 1. Kişilik Özellikleri ve Turizm Davranışı Arasındaki İlişki

Turizm Türü	Kişilik Özellikleri
Tatil seyahatçileri	Aksettirici, etkin, girişken, meraklı, emin, sempatik
Tatil dışı seyahat edenler	Aksettirici, edilgen, çekingen, ciddi
Otomobil ile seyahat edenler	Aksettirici, etkin, girişken, meraklı, emin, sempatik
Havayolu ile seyahat edenler	Çok etkin, çok emin, çok dikkatli, ayrıntıcı
Demiryolu ile seyahat edenler	Aksettirici, edilgen, mesafeli, endişeli, bağımlı, kararsız
Otobüs ile seyahat edenler	Bağımlı, endişeli, kavgacı, kinci, çekingen
Yurt içi seyahatçileri	Sempatik, etkin, dikkatli
Yurt dışı seyahatçileri	Emin, aksettirici, maceracı, tepkisel, cesur
Erkek seyahatçiler	Aksettirici, cesur
Kadın seyahatçiler	Tepkisel, dikkatli, cesur
Arkadaş-akraba ziyaretçileri	Edilgen
Trend seyahatçileri	Etkin, tedirgin, dikkatli
Kültür gezginleri	Aksettirici, duygusal, kararsız, çekingen, edilgen
Kış seyahatçileri	Etkin
İlkbahar seyahatçileri	Edilgen
Yaz seyahatçileri	Kararlı, edilgen

Kaynak: Rızaoğlu, B. (2003). *Turizm Davranışı*. Detay Yayıncılık, Ankara. s.87.

Tablo 1 turizm davranışı içerisinde tercih edilen turizm türü ile kişilik özellikleri arasında kurulan ilişkiyi özetlemektedir. Buna göre bireyin kişilik özelliklerinin seçimleri konusunda belirleyici bir niteliğe sahip olduğunu söylemek mümkündür.

1.1.3.Öğrenme ve Tutum

Öğrenme, doğrudan ya da dolaylı olarak edinilen tecrübelerin sonucunda, şimdi ya da gelecekte sergilenecek davranışların değiştirilerek yeniden belirlenmesi süreci olarak adlandırılabilir (Dal, 2009: 27). Öğrenme insanın doğuştan gelen en önemli özelliği ve yeteneğidir ve belli durumlar karşısında tepki ve davranışlarını deneyim ve yaşam boyu edinimlerinin etkisiyle değiştirebilmesi şeklinde ifade edilebilir. Tutum ise; bireyin belirli bir kişi, nesne ya da olaya karşı sürekli aynı şekilde davranmasına neden olan öğrenilmiş eğilim olarak tanımlanabilir (Rızaoğlu, 2003: 108).

Tutum bireyin, düşünceleri, duyguları ve davranışlarının toplamı olarak ifade edilebilir. Bir bakıma kişiliğin etkisinin de hissedildiği yapısıyla tutum, bireyin mal veya hizmete yönelik davranışını göstereceği potansiyel davranışı da ortaya koymaktadır (Usal ve Oran, 2001: 97). Tutumları oluşturan üç temel unsur bulunmaktadır. Bu üç temel alt unsur şu şekilde sıralanabilir (Temeloğlu, 2015: 162):

Bilişsel Tutum: Bireyin düşünsel işleyiş süreciyle bağlantılı, düşünsel ya da zihinsel işleyişin sistemleştirilmesidir.

Duygusal Tutum: Çevre ile ilgili bilgi, duyum ve deneyimlerin sınıflandırılmasının yanı sıra, bu sınıflandırmaların olumlu, olumsuz

olaylarla, arzulanan ya da arzulananmayan amaçlarla ilişkilendirilmesi ve bu tür bir ilişkinin varlığı duygusal tutum olarak ifade edilir.

Davranışsal Tutum: Bireyin belli bir uyarıcı grubundaki tutum konusuna karşı davranış eğilimini yansıtır. Bu davranış eğilimleri sözler ya da diğer hareketlerden gözlemlenebilir. Bunlar bireyin alışkanlıkları, normları ve söz konusu tutum nesnesi ile doğrudan ilişkili olmayan tutumlardır.

2. AB ÜLKELERİ VE TÜRKİYE’NİN ÜÇÜNCÜ YAŞ TURİZMİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Literatürde üçüncü yaş turizmi; emeklilik çağına gelmiş, 60 yaş ve daha ileri yaşlardaki bireylerin turizm hareketliliğinde oluşturduğu pazar bölümünü tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır (Kozak, 2006: 220). Birleşmiş Milletler 60 yaş ve üstü bireyleri “yaşlı” olarak kabul etmektedir. Birçok gelişmiş ülkede bu sınır 65’tir. Her ülkede emekli olma yaşı aynı olmadığı için yaşlı kişilerin yaş sınırı da farklılık göstermektedir. 1900’lü yıllarda “doğumda beklenen yaşam süresi” 45-50 yıl arasında iken günümüzde bu sınır 80’e ulaşmıştır. Yaş sınırlandırması olmaksızın insan yaşamında üç temel yaş döneminden söz etmek mümkündür. 1. yaş dönemi; gelişim, eğitim, bilinçlenme ve hayata hazırlık aşamasını, 2. yaş dönemi; kişinin aktif iş hayatında bulunduğu periyodu ve 3. yaş dönemi; yaşlanma etkileri ile sağlık sorunlarının ortaya çıktığı, aktif iş yaşamının sona erdiği dönem ifade etmektedir. Aktif çalışma hayatının sonlandığı ve boş zamanın arttığı üçüncü yaş döneminde, bu boş zamanın değerlendirilmesi amacıyla

gerçekleştirilen turistik hareketlilik ise üçüncü yaş turizmi olarak tanımlanmaktadır (Aydemir ve Kılıç, 2017).

Üçüncü yaş turizmi; geriatri turizmi, yaşlı turizmi, ileri yaş turizmi, gümüş turizm gibi farklı isimlerle de ele alınan bir turizm türüdür. Bu turizm türüne katılan bireylerin karar, seçim ve davranışlarını genellikle sağlık ve gelir durumları etkilediğinden en belirgin özellikleri mevsim dışı turizm hareketine katılmalarıdır. Bir diğer özelliği ise tercihlerini yaparken önceliği kendilerine hizmet sunacak işletmelerin diyet mutfağı ya da özel hizmet sunumu gerçekleştiren turistik tesislerden yana kullanmalarıdır.

2.1.Üçüncü Yaş Turizmi ve Boş Zaman

Türkiye’de de yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) 2012 yılında 5 milyon 682 binden %17,1 artarak 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi, 2018’de ise %16 artarak 7 milyon 186 bin 204 kişi (TUIK, 2018) olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2012 yılında %7,5 iken, 2016 yılında %8,3’e ve 2018 yılında 8,8’e yükselmiştir. İstatistiklerde de gözlemlendiği gibi Türkiye’de dünyadaki birçok ülke yaşlanan toplum olgusuyla karşı karşıyadır. Bu durumun gelecek yıllarda toplumsal, ülkelere ve ekonomilere hâkim olacağı göz önünde tutularak üçüncü yaş pazarı özellikle turizm endüstrisi için en önemli tüketici segmentlerinden biri olarak kabul edilmiştir (Sert, 2019: 201).

Hem turizm sektörü hem de bireysel turist perspektifinden yukarıdan çizilen tablonun kilit unsurlardan biri, yaşlanan nüfus nedeniyle artmaya devam edecek olan segmentin önemidir. Bu nedenle, üçüncü yaş turizmi, turizmin yeniden yapılandırılması,

mevcut ürün ve destinasyon yelpazesi için gereklilik haline gelmektedir (Alén, 2012: 141). Bu gerekliliği yerine getirebilmek için bilinmesi gereken en kritik konulardan birisi de üçüncü yaş grubu olarak nitelendirilen turist grubunun davranışsal özelliklerinin bilinmesidir. Üçüncü yaş turizminde yer alan turistlerin tüketici davranış modeli Tablo 2’deki gibi ifade edilebilir (Aydemir ve Kılıç, 2017):

Tablo 2. Üçüncü Yaş Turizminde Yer Alan Bireylerin Davranış Modelleri

	Yaşlılık ve emekliliğin muhtemel sonuçları	Tüketici davranışındaki ihtiyaç ve değişiklikler
Sağlık	Sağlık bozuklukları (duyma veya göme kaybı ya da uyku bozuklukları) Kronik rahatsızlıklarda artış, demans hastalıkları, engellilik	İlaç ve ekipman ihtiyacı Koruyucu sağlık (diyet takviyeleri, medikal ilaçlar, bakı ürünleri) Medikal hizmetler (evde bakım hizmeti, hastaneler, alışveriş merkezleri, evler, pansiyonlar) Ayakkabı ve gerekli diğer malzemelerin giyilmesinde destek Ev hizmetleri
Sosyal hayat	Emeklilik veya işi bırakma nedeniyle alışılmış çevreden uzaklaşma, İletişim eksikliği Yalnızlık Emeklilikle birlikte gelen boş zaman artış	Boş zaman faaliyetler: sağlık için spor salonları, kültürel etkinlikler, kurslar, gönüllülük çalışmaları, hobiler, bahçecilik, el işleri, koleksiyonculuk, balıkçılık vs.
Finansal durum	Gelir azalış	Fiyata duyarlılık, biriktim yapma ve rasyonel satın alma davranışı

Kaynak: Aydemir, B., Kılıç, S. N. (2017). Dünyada ve Türkiye’de Üçüncü Yaş Turizmi, *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(3), 1-11.

Günümüzde başta batı toplumlarında gözlenen yaşlı nüfus artışı, emekli turist profilinin sayısında da belirgin artış meydana getirmektedir. Çalışma yaşamının sona ermesiyle birlikte “zaman” kavramı bu grup için farklı bir anlam içermektedir. Emeklilik öncesinde zaman kıtlığı yaşayan bireyler, emeklilik süreciyle ortaya çıkan bol miktardaki zamanı, en iyi değerlendirebilecekleri alternatiflerin arayışı içine girmektedir. Bu grubun büyük yatırımlara girmek istememelerinin nedeni, zaman kavramında meydana gelen değişimin de bir göstergesi olarak değerlendirilebilmektedir (Tufan ve ark., 2017: 33).

Bilgi toplumu dönemine geçişin hemen öncesinde gerçekleşen İkinci Dünya Savaşı, pazarlamadan yönetim anlayışlarına kadar pek çok konuda dönüm noktası yaratmakla birlikte teknolojik gelişmelere yaptığı katkı açısından dolaylı olarak turizmin gelişmesi ve boş zaman değerlendirmeleri için oldukça önemli bir dönüşümü de beraberinde getirmektedir. Bu dönüşüm; başta uçak ve iletişim teknolojilerindeki hızlı gelişme olmak üzere, uzak coğrafyaları daha erişilebilir ve daha ekonomik bir hale getirmiştir. Bu dönemi izleyen 1950’li yıllar itibariyle bireylerin büyük kitleler halinde turistik hareketliliğin bir parçası haline geldiği ve kitle turizmi olarak literatüre konumlanan bir dönemin de başlamasını sağlamıştır. Kitle turizminde boş zaman algısının, ağırlıklı olarak deniz, kum, güneş merkezli ve insanların yoğun iş tempolarından sıyrılarak dinlenme amaçlı olduğu olduğunu söylemek mümkündür. Paket turlar aracılığı ile yurt dışı seyahatlerin moda olduğu bu dönemde boş zaman paradigmasının hem takdir ve saygı hem de kendini tamamlama noktasında etkili olduğu

gözlemlenmektedir (Akova ve akmak, 2015: 33). Ancak bu algının son yıllarda özellikle emekli grubun daha aktif katılımıyla ekseninde değişmeye ve kültür, gurme, sağlık turizmine dönüşmeye başladığı da ifade edilebilir.

2.2.AB ve Türkiye’de nc Yaş Turizmi

Avrupa Birliği tarafından yayınlanan sayısal veriler incelendiğinde yaşın, turizme katılım üzerinde sınırlı bir etkiye sahip olduğu ifade edilmektedir. Yayınlanan raporda ortalama olarak, tüm yaş gruplarındaki AB nüfusunun %62’sinin (15 yaş ve üstü) kişisel amaçlı turizm gezileri yaptığı, katılım oranının 65 yaş ve üstü olanlar hariç tüm gruplarda %63 ile %69 arasında değiştiği ancak 65 yaş üstü grupta ise bu oranın %47’ye düştüğü ifade edilmektedir. 65 yaş ve üstü bireyler AB nüfusunun %23’n temsil ederken, AB turistlerinin yalnızca %18’ini oluşturduğu bununla birlikte, turizme katılım oranının düşük olmasına rağmen, 65 yaş üstü bu grubun 48 milyondan fazla turisti temsil ettiği de raporda vurgulanmaktadır. Raporun en önemli detaylarından biri de, 65 yaş üstü turistlerin seyahat nedenine bakılmaksızın, ulaşımda ve konaklamada daha az harcadıkları, Bunun nedeninin ise satın alma davranışlarının daha ucuz olduğu için yurt içi tatil ve kiralama gerektirmeyen konaklama tercihleri olduğu şeklinde ifade edilmektedir (Eurostat, 2019). Türkiye için açık henüz bir veri tabanı oluşturulmamış olmakla birlikte Statista tarafından 2018 yılına yönelik yayınlanan raporda 65 yaş üzeri grubun konaklama sürelerinin 16 günden fazla olduğu ifade edilmektedir. Dolayısıyla yerli turiste yönelik ortaya konan bu veri en uzun konaklama süresinin üçüncü yaş

grubunda olduğunu göstermektedir. Bunun nedeninin genellikle sağlık turizmi tercihlerini bu doğrultuda kullanmaları nedeniyle ortaya çıktığı ileri sürülebilir (Statistica, 2018).

Kılıçlar ve ark. (2017) tarafından yapılan araştırmada; mevcut durumu görebilmeye yönelik veriler değerlendirildiğinde, üçüncü yaş turistlerinin %80,99'u ilk seyahat motivasyonlarının; gezi, eğlence, sportif ve kültürel faaliyetler olduğu, ikinci sırada yer alan seyahat motivasyonlarının ise akraba ve arkadaş ziyaretleri olduğu ifade edilmektedir. Araştırmada bu yaş grubundaki turistleri %14,65 i akraba ve arkadaşlarını ziyaret etme motivasyonu ile seyahat ettikleri belirlenmiştir (Kılıçlar, Aysen, Küçükergin, 2017: 94).

Avrupa Birliği ülkelerinde yaşayan üçüncü yaş turist grubunun aktifliğine karşın Türkiye'de durum pasif katılım ve hareketlilik şeklinde gözlemlenmektedir. Bu pasifliğin altında çoğunlukla kültürel ve ekonomik nedenler bulunmasına karşın, eğitim faktörü de rol oynamaktadır. Tufan ve ark. (2017) tarafından, eğitim düzeyi düşüktüğü, yaşlılarda pasifliğin çoğaldığı, kamusal alanda olan aktivitelerden ziyade evde cereyan eden etkinliklere ilgi gösterdikleri ifade edilmektedir. Dolayısıyla yaşlıların konut dışındaki serbest zaman etkinliklerine karşı ilgisinde bir azalma olması gerekir. Ekonomik konum ve eğitim durumunun yanı sıra, sağlık durumu da yaşlılıktaki etkinliklere etki etmektedir. Günümüzde yaşlı nüfusun sağlık durumu, 75 bandından sonra belirgin şekilde bozulmaktadır. Buna rağmen son yıllarda hayat kalitesinin ve yaşam standartlarının yükselmesiyle pasif profilden aktif profile doğru kayan üçüncü yaş grubu olduğu ve paket turlar, erken rezervasyonlar gibi alternatifler

sayesinde eğilimlerinin değiştiğini söylemek mümkündür. Dolayısıyla eve kapanma yaşı, giderek yaşamın geç dönemlerine sarmakta; bu sayede de aktif yaşlı nüfus oranı artmaktadır. Üçüncü yaş grubunda yer alan bu yeni eğilimin önemli özelliklerinden biri geçmişte çalışarak kaybettikleri zamanı gezme, görme ve öğrenme isteğiyle telafi etme istekleridir (Tufan ve ark., 2017: 33).

SONUÇ

Turizm hareketliliği geçmişten bugüne büyük bir dönüşüm geçirmiş ve Sanayi Devrimi'nin öncesi ve ilk dönemlerinde, bir lüks, hedonist bir eylem olarak değerlendirilirken 18. yy ve 19. yy da, boş zaman kavramına bakış açısının değişmesi ve gerek teknoloji gerekse bilgi toplumuna evrilmenin bir sonucu olarak turizm artık ihtiyaç olarak kabul edilmiştir.

Gerek değişen yaşam ve sağlık koşulları gerekse değişen tüketici bilinci turistik ürün talebinde de belirgin bir değişimi beraberinde getirmektedir. Yaş ortalaması ve boş zaman kavramına bakış açısının değişmesi ile birlikte ortaya çıkan merak, gezme, görme, tanıma ve yeni insanlarla tanışmaya yönelik güdüler ile istekler, bireyleri emeklilik sürecinin başlamasıyla mevsim dışı alternatifleri değerlendirmeye yöneltmiştir.

Üçüncü yaş turizmi halen Türkiye için yeni bir kavramdır. Bunun başlıca nedenleri arasında sosyo kültürel yapı gelmektedir. Diğer nedenler ise henüz keşfedilmemiş bu alanda tesis ve işletmelerin bu gruba yönelik mutfak, güvenlik, ergonomi gibi pek çok konuda henüz hazırlıklarını tamamlayamamış olmasıdır. Ancak

niş bir pazar özelliği göstermesi ve yıllara yayılan 65 yaş üstü turist çekimin düşüşüyle birlikte farklı destinasyonların, Türkiye karşısında avantajlı pozisyona geçtiği ve bu gurubun gerek psikolojik gerek fizyolojik ihtiyaçlarını karşılamada daha tercih edilen konumlara yerleştiği açıkça ifade edilebilir.

KAYNAKÇA

- Akova, O. & Çakmak, T.F. (2015). Boş Zaman Paradigmasının Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Yaklaşımıyla İlişkisi ve Tarihsel Süreç İçindeki Gelişimi, *Journal of Recreation and Tourism Research*, 2(3), 28-36.
- Alén, E. (2012). New Opportunities for the Tourism Market: Senior Tourism and Accesible Tourism, *Visions for Global Tourism Industry – Creating and Sustaining Competitive Strategies*, Edited by Murat Kasimoglu, Chapter 7, eBook (PDF) ISBN: 978-953-51-5120-3.
- Aydemir, B. & Kılıç, S. N. (2017). Dünyada ve Türkiye’de Üçüncü Yaş Turizmi. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(3), 1-11.
- Dal, V. (2009). *Farklı Kişilik Özelliklerine Sahip Bireylerin Risk Algılarının Tüketici Davranışı Açısından İncelenmesi: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- EUROSTAT (2019). Travel preferences and expenditure of tourists aged 65 years or over. Tourism trends and ageing. Update: 11 February 2019. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Tourism_trends_and_ageing#Travel_preferences_and_expenditure_of_tourists_aged_65_years_or_over
- Güzel, M.O. & Barakazı, M. (2018). Maslow’un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı Kapsamında İnsanların Turizm Hareketlerine Katılma Durumları Üzerine İlişkisel Bir Değerlendirme, *Social Mentality*

and Researcher Thinkers Journal, Open Access Refereed E-Journal & Refereed & Indexed, 4(14), 1001-10.

- Kılıçlar, A., Aysen, E. & Küçükergin, F. (2017). Demografik Değişimlerin Turizm Türleri Üzerindeki Belirleyici Etkisi: Üçüncü Yaş Turizmi. *Gazi Üniversitesi Turizm Fakültesi Dergisi, 2*, 80-100.
- Kozak, N. (2006). *Turizm Pazarlaması*, Detay Yayıncılık, 1.Baskı, Ankara.
- Nalçacı İkiz, A. & Yeşiltaş, M. (2018). Yerli Turistlerin Satın Alma Davranışlarının Beş Faktör Kişilik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması. *Turizm Akademik Dergisi, 5(1)*, 177-188
- Rızaoğlu, B. (2003). *Turizm Davranışı*, Detay Yayıncılık, 2.Baskı, Ankara.
- Sert, A.N. (2019). Üçüncü Yaş Yerli Turistlerin Seyahat Kısıtları ve Motivasyonları Üzerine Bir Araştırma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 42*, 200-211.
- STATISTA (2018). *Travel, Tourism & Hospitality, Leisure Travel*. <https://www.statista.com/statistics/919168/average-domestic-overnight-stays-in-turkey-by-age-group/>
- Temeloğlu, E. (2015). Tüketicilerin Kişilik Özellikleri, Risk Algıları ve Yeniden Satın Alma Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Otel İşletmelerinde Bir Araştırma. *İşletme Araştırmaları Dergisi, 7(2)*, 157-179.
- Tufan, İ., Tamer Köse, M. & Ayan, F.S. (2017). Türkiye ve Üçüncü Yaş Turizmi, *MAKÜ-Uygulamalı Bilimler Dergisi, 1(1)*, 29-36.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2018). <http://www.tuik.gov.tr/Start.do>

Uşal, A. & Oral, S. (2001). *Turizm Pazarlaması*, Kanyılmaz Matbaası,
1.Baskı, İzmir.

BÖLÜM 7:
SORUNLU AKILLI TELEFON KULLANIMI VE ÖNE ÇIKAN
PSİKOPATOLOJİLERİN SİSTEMATİK GÖZDEN
GEÇİRİLMESİ⁹

Doç.Dr. Akan YANIK¹⁰

Doç.Dr. Mikail BATU¹¹

⁹ Bu çalışma Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Projesi kapsamında hazırlanan “Akıllı Telefon Bağımlılığının Ölçülmesinde Akıllı Veri Toplama Materyali Geliştirme: Android İşletim Sistemi Üzerine Bir Aplikasyon Tasarımı” (ATMYO18001) adlı projenin araştırma aşaması bulgularından derlenmiştir.

¹⁰ Adnan Menderes Üniversitesi, Atça MYO, Aydın, Türkiye.
akanyanik@gmail.com

¹¹ Ege Üniversitesi, İletişim Fakültesi, İzmir, Türkiye. mikail.batu@ege.edu.tr

GİRİŞ

Telefonların fiziksel olarak küçülüp taşınabilir cep telefonu olmaya başlaması, gerçek zamanlı ağ bağlantısı ve akıllı uygulama içerikleriyle fonksiyonel olarak genişleyip akıllı telefon olması şüphesiz işlevselliğini de dönüştürmüş ve telefonu bir iletişim aracı olmaktan çok öteye taşımıştır. Ayrıca günümüzde cep telefonları yalnızca karşılıklı iletişimi değil eğlenceyi, alışverişi, eğitimi, bilgiye ulaşmayı ve bilgi yaratımını, veri depolamayı, fotoğrafçılığı, topluluklar arası iletişimi ve etkileşimi, kişisel medya platformu yaratımını destekleyen yeni bir medya geçitine dönüşmüştür. Özellikle nesnelere interneti ışığında ve telefonlar üzerindeki sensörlerin artışına paralel olarak bu işlevselliğin çok daha fazla genişleyeceği öngörülebilmektedir. Akıllı telefonlardaki işlevsel genişlemenin zamanla antropomorfik (insanî vasıfların başka bir varlığa atfedilmesi) bir gelişme yaratacağı ve bu tekno-antropomorfik gelişmenin insanların bilişsel, duygusal ve fizyolojik yapısını da dönüştüreceği de gözden kaçmamalıdır. Kullanılan araç, bu kullanımın süresi ve frekansı, araca atfedilen kişisel anlam ve aracın sosyal değeri antropomorfik yer değiştirmenin yönünü ve hızını belirlemekte ve psikopatolojik riskleri gündeme taşıyabilmektedir.

Yeni medya özelliklerine sahip akıllı telefonlar, bire bir, bire çok ve çoktan çoğa insan etkileşimlerini destekleyen cihazlar ve sistemler haline gelmesi (Huang, Lee ve Hwang, 2009) yalnızca teknik bir kırılma yaratmamıştır. Akıllı telefonların yakınsama özelliği ile (Yanık, 2016) tüm medya yapılarını taşıması şüphesiz bu teknolojik aracı günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası haline

getirmiştir. Kişiler arası iletişimin zaman, mekan, maliyet ve psikolojik problemlerini çözmesi, başta müzik, video ve oyun içerikleriyle boş zaman yapılarına (leisure boredom) entegre olan bir eğlence platformuna dönüşmesi, tüm karma öğrenme modellerini (sanal, uzaktan, mobil, flipped vd.) gerçekleştiren bir eğitim altyapısını çok uygun maliyetlerle sunması, bilgi ve veriye erişimdeki her türlü problemi çözebilecek kapasitede olması ve üzerinde barındırdığı sensörlerle yaşamın diğer tüm alanlarına etki edebilme hayal gücünü destekleyen bir platform olması akıllı telefonların tartışılmaz gücünün kaynağıdır. Sunduğu verimlilik ve maliyet etkin fonksiyonel çözümler yalnızca bireysel kullanıcı işlemlerini değil kurumsal kullanıcıların iş süreci ve pazarlama faaliyetlerini de inanılmaz derecede kolaylaştırmıştır. Akıllı telefonların fonksiyonel altyapısı ile doldurulan işlevsel, iletişimsel, sosyal ve psikolojik boşluklar şüphesiz onun anlamını ve değerini de değiştirmiştir. Günümüzde akıllı telefonlar sanal bir uzuv olarak görülmekte (Yanık ve Batu, 2019) ve bilginin, kişisel gelişimin, ticaretin, ekonomi ve finansın (Campbell ve Kwak, 2010), rahatlamanın, sosyalleşmenin (Song ve ark., 2004) ve hatta kişisel statünün (van Deursen ve ark., 2015) bir simge platformu haline gelmiştir.

Akıllı telefonların gelişmiş fonksiyonel altyapısı üzerinden sunduğu çok önemli işlevsel avantajlar kullanıcıların sorunlu kullanımları ve telefona yüklü uygulamaların (aplikasyonlar) dominant pazarlama ve akış stratejileri nedeniyle iletişimsel, zihinsel ve fiziksel sağlık problemlerinin tetiklenmesinde önemli bir faktör olduğu raporlanmaktadır (Choliz, 2010; Lee, Chang, Lin ve Cheng,

2014; Clayton ve ark., 2015). Akıllı telefonların günlük yaşam için değişen rolü ve antropomorfik yer değiştirmenin hızındaki kontrolsüzlük, bu medyanın günlük yaşamın tüm boyutlarına müdahale etmesine, kişilerarası ilişkileri değiştirmesine ve hatta sağlık ve sıhhat (iyi oluş-mutluluk) durumunu olumsuz olarak etkilemesine neden olmaktadır (Augner ve Hacker, 2012). Literatürde akıllı telefon bağımlılığı çok baskın bir şekilde sorunlu kullanım perspektifinden ele alınmış ve kullanıcının davranışsal uyumsuzluğu ekseninde değerlendirilmiştir. Fakat bu bağımlılık yalnızca kullanıcının davranışsal uyumsuzluğu ile değil akıllı telefonun medya olma özelliğinden ve detaylarından da kaynaklandığı vurgulanmalıdır. Çünkü akıllı telefonların yalnızca bir araç değil bir medya olması ve her medya gibi, sahipliğin çıkarı ekseninde, ekonomik ve ideolojik amaçları taşıması dikkat edilmesi gereken önemli bir detaydır. Konvansiyonel aracılı (mediated) iletişimde olduğu gibi dijital aracılı iletişimde de aracı, yalnızca bir kanal veya arabulucu değil kaynak ve hedef arasındaki iletişimi “ne, nasıl ve neden” ekseninde etkilemeyi hedefleyen (influencer) bir kanaat yönlendiricisidir. Dolayısıyla akıllı telefon üzerinde yüklü olan uygulamaların ticari bir sahiplik çıkarına sahip olduğu hatırlanmalı ve uyarı mesajlarıyla, ödül ve ceza sistemleriyle, güçlü akış teknikleri üzerinden yarattığı tatmini arttıran taktikleriyle sürdürülebilirliği için mücadele ettiği unutulmamalıdır. Araştırmalarda medya faktörünün gözden kaçması ve teknik taktiklerinin değerlendirilmemesi önemli bir araştırma problemi olarak görülebilir. Çünkü bağımlılığa konu olan sorunlu kullanımın, hangi bağımlı ve bağımsız değişkenlerden etkilendiği ve kontrol

değişkenlerine karşı gösterdiği tepkiler çok değerli detaylardır. Bu bilgiler ışığında, kullanıcının psikolojik faktörlerinin veya medyanın teknik taktiklerinin etkilediği sorunlu akıllı telefon kullanımı, obsesif (saplantılı) düşünce ve takıntılardan ve bu düşüncelerin yarattığı kompulsif (zorlayıcı) davranış baskısıyla şiddetlenir. Obsesif-kompulsif bozukluk sınırları içinde ele alınan bu sorunlu kullanım davranışı anksiyete (endişe) bozukluğu yaratarak hem psikolojik hem fiziksel hem de sosyal tahribata neden olmaktadır. Trafikte uygunsuz kullanımın yarattığı yaralanma ve ölümler (Cazzulino ve ark., 2014; Beranuy ve ark., 2009), işyerinde uygunsuz kullanımın yarattığı verimlilik düşüşü, cezalar, işten çıkarmalar, iş kazaları ve ölümler (Cheever ve ark., 2014), okulda uygunsuz kullanımdan kaynaklı başarı düşüşü, dikkat eksikliği ve saldırganlık eğilimi (Davey ve Davey, 2014; Demirci ve ark., 2015; Heo ve ark., 2017), aşırı kullanımdan dolayı görme kaybı, uykusuzluk (mavi ışık problemi), ortopedik problemler, sakatlıklar ve ölümler (Lepp, Barkley ve Karpinski, 2014; Alosaimi ve ark., 2016; Hürriyet.com.tr, 2019), bakıma muhtaç çocuk ve yetişkin hizmetlerinin aksatılması sonucunda ortaya çıkan sağlık problemleri ve ölümler (Unicef, 2018) gibi çok sayıda vaka günümüzde giderek artmaktadır. Şüphesiz bu sağlık problemlerinin nedeni çok geniş bir psikolojik arka plana dayanmaktadır. Genellikle duygusal kaçış, boş zaman sıkıntısı veya heyecan arama (sensation seeking) ile tetiklenen akıllı telefon kullanımı aslında bireyin stres ile başa çıkma tekniklerinden biri olarak pozitif işlev görebilmektedir. Fakat bu kullanımın sık tekrarlanan obsesif ve kompulsif davranışlara dönüşmesi anksiyete ile

başlayan çok hızlı bir psikolojik tepkimeler zincirini yaratmaktadır. Bireyin öz-kontrol ve öz-düzenleme yetisindeki zayıflıkla şiddetlenen obsesif ve kompulsif kullanımın anksiyete denilen kaygı bozukluğuna dönüşüp risk algısını yükseltmesi, olumlu ve olumsuz değerlendirme kaygısını belirleyen risk algısının iletişimden kaçınma, yalnızlık ve sosyal uyumsuzluğu yaratması, dijital ortamdaki yüksek hazzın narsizm gibi şizotipal kişilik bozukluklarına sürüklenmesi çok olası bir senaryodur. Bu senaryo içinde birey, yüksek derecelere ulaşan stres ve depresyonu sahip olduğu sosyal desteklere (aile, arkadaş, iş çevresi) dağıtamadığında ciddi sağlık sorunları yaşayabilir ve hatta intihar (Kim ve ark., 2017) girişiminde bulunabilir.

Bu çalışmada problemlili akıllı telefon kullanımı adı altında toplanan davranışlar psikopatoloji ölçütleri ışığında sistematik olarak değerlendirilmekte, güncel veriler ve araştırmalarla yorumlanmakta ve sonuç olarak problemlili akıllı telefon kullanımının ciddi bir bağımlılık olduğu fikri desteklenmektedir. Çalışmada kullanılan veriler Pubmed ve WoS gibi saygın indekslerin bilimsel bibliyografik veri tabanlarından elde edilmiştir. Temel olarak “akıllı telefon kullanımı ve kullanım süresi” ile “psikopatolojik belirtilerin varlığı ve belirtilerin şiddeti” arasında ilişki gözden geçirilmekte ve bilgiler sentezlenmektedir. Veri tabanları üzerinden bulguların değerlendirmesi ve sentezlenmesini içeren gözden geçirme uygulamaları özellikle sağlığı konu alan tüm bilimsel alanlarda önemli ve değerli bir standart uygulamadır (Bastian ve ark., 2010). Dolayısıyla, sorunlu akıllı telefon kullanımının kavramsal gözden geçirmesi yoluyla, sorunlu kullanım-psikopatolojik belirtiler

arasındaki ilişkilerin nedensel açıklamaları tartışmaya açılmakta, yeni bir perspektif geliştirilmekte ve yeni sorular sorulmaya çalışılmaktadır.

SORUNLU AKILLI TELEFON KULLANIMI VE BAĞIMLILIK

Kişisel ve sosyal problemlerin riskini artıran tekrarlı davranış alışkanlığı olarak tanımlanan bağımlılık (Marlatt ve ark., 1988) temel olarak bireyin kontrol kaybı ve öz düzenleme yetersizliği nedeniyle şiddetlenmektedir (Griffiths, 1996; West, 2001; Kwon ve ark., 2013; Kim ve Byrne, 2011). Klinik açıdan patolojik bozukluğa neden olan uyumsuz, kontrol edilmesi güç ve aşırı davranışlar örüntüsü (Park ve Lee, 2012) olarak tanımlanan bağımlılığın, geleneksel olarak fiziksel bir maddeye dayandırıldığı tıbbi bir arka planı vardır. Fakat akıllı telefon bağımlılığı, alkol veya eroine bağımlılık gibi maddeye dayalı fizyolojik bağımlılıklardan farklıdır ve davranışa dayalıdır (Van Deursen ve ark., 2015). Kumar, sex ve teknoloji kökenli obsesif-kompulsif davranışların da, bir maddeye dayalı olmamasına rağmen, bağımlılık olduğunu ortaya koyan ilk araştırmalardan (Mobilia, 1993; Goodman, 1993; Griffiths, 1996; Young, 1998) günümüze önemli yollar katedilmiştir. Son araştırmalar da göstermektedir ki, insan-makine etkileşimine dayalı bağımlılıklar da tıpkı diğer bağımlılıklar gibi biyo-kimyasal bir tepkimeyi tetikleyen dürtüsel bir kontrol bozukluğu (Shaw ve Black, 2008) şeklinde ilerlemektedir. Aşırı, obsesif ve kompulsif gibi zararlı bir akıllı telefon kullanımı ile alışkanlık (habit) şeklinde ilerleyen kullanım arasındaki fark çoğu zaman net şekilde hissedilmeyebilir (Oulasvirta ve ark., 2012). Belirli

durumlar ortaya çıktığında kendini gösteren davranışlar olarak tarif edilen alışkanlıklar, otomatikleştirilmiş davranış yapısının ipuçları yoluyla tetiklenmesi olarak hareket eder (LaRose ve Eastin, 2004). Alışkanlıklar bağımlılık seviyesi olarak değerlendirilmemeli fakat bağımlılık ile alışkanlık arasındaki belirti ilişkisi de gözden kaçırılmamalıdır. Alışkanlıklar bir motivasyona ve bilişsel bir işleme gerek duymadan ortaya çıkan ve özellikle karmaşık çoklu görevlerin gerçekleştirilmesini kolaylaştıran bir davranış reaksiyonudur. Bireyin karakteristik özelliğini temsil eden alışkanlıklar yalnızca pozitif değil negatif şekilde ilerleyen bir davranış yapılarında da izlenebilmektedir. Uyumsuz alışkanlıklardan biri olan bağımlılık gerek içsel gerekse dışsal ipuçları ile beslenen bir dürtü bozukluğu olarak belirmeye başlar. Genellikle öz-kontrol eksikliği yüksek olan kişilerde bu dürtü bozukluğu Pavlovian tarzı bir ilerlemeyle en küçük bir ipucuyla provoke edilen güçlü ve zararlı bir takıntıya ve zorlamaya dönüşebilmektedir.

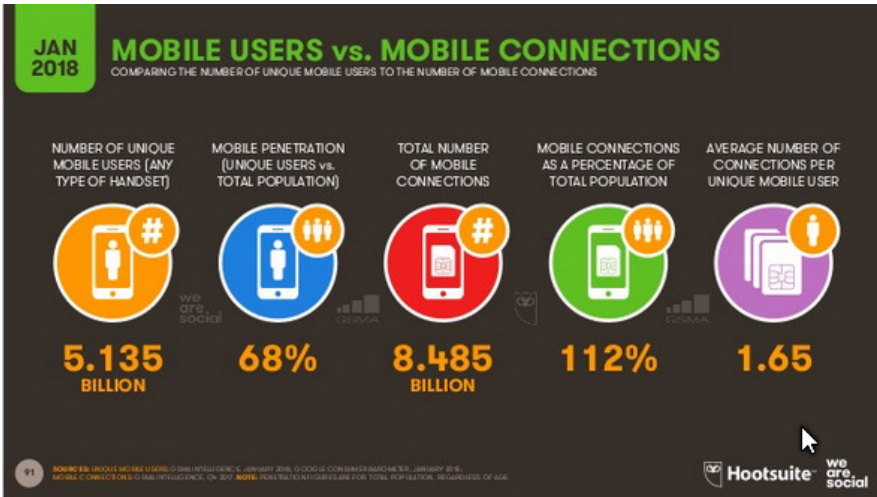
Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabının Beşinci Baskısında (DSM-5) ele alınan akıllı telefon bağımlılığı (Oulasvirta ve ark., 2012) literatürde cep telefonu bağımlılığı, sorunlu cep telefonu kullanımı, alışkanlık yapan cep telefonu kullanımı ve dürtüsel cep telefonu kullanımı gibi çeşitli farklı isimler altında tartışılmaktadır (Kim ve Byrne, 2011). Fakat cep telefonlarının önemli fonksiyonel gelişmelerle akıllı telefonlarına dönüşmesi nedeniyle günümüzde “akıllı telefon bağımlılığı” ifadesi daha yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır. Problemlili akıllı telefon davranışlarının hem internet ağ yapısıyla derin bağı (Cazzulino ve ark., 2014) hem benzer psikolojik

problemlere neden olması (Takao, Takahashi ve Kitamura, 2009; Lin ve ark., 2015) hem de herhangi bir madde olmaksızın dürtü bozukluğuna (impulse-control disorder) neden olması (Whang, Lee ve Chang, 2003) ve tolere edilemeyen patolojik bir durum yaratması (Kwon ve ark., 2013) gibi ayrıntılar akıllı telefon bağımlılığının internet bağımlılığı altında ele alınmasına neden olmaktadır. Oysaki akıllı telefonların çoklu medya özelliği ve internette gezinme eylemlerinin (surfing) büyük kısmının akıllı telefonlarla gerçekleştirilmesi bu yaklaşımın tartışılmasına neden olmaktadır.

Pew Research tarafından dünya çapında yapılan bir araştırmaya göre (Smith ve Page, 2015), akıllı telefon sahiplerinin %46'sı telefonlarından ayrı yaşayamadıklarını belirtmekte ve aksi bir durumda derin bir kaygı hissettiklerini dile getirmektedir. Benzer şekilde birçok araştırmada da akıllı telefonlarından ayrı kalan birçok bireyin anksiyete yaşadığı (Cheever ve ark., 2014; Kardefelt-Winther, 2014) ve hatta uzun dönemli telefon bildirimleri olmadığında hayali sesler ve titreşimler tecrübe ettikleri tecrübe eden kullanıcıların olduğu rapor edilmektedir (Kruger ve Djerf, 2016). Dünyada yaklaşık 5 milyar kişinin cep telefonu kullandığı, bunların 3 milyara yakınının aktif sosyal medya kullanıcıları olduğu ve çok ciddi bir akıllı telefon penetrasyonunun olduğu (Bknz. Resim 1) verilerine dayanarak (wearesocial.com, 2019) sorunlu akıllı telefon kullanımının giderek artan şekilde büyüyeceği tahmin edilebilir. Ayrıca We Are Social tarafından yayınlanan Digital in 2018 Raporu, bu penetrasyonun artık gelişmiş ülkelerle sınırlı kalmadığı, gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde de arttığını göstermektedir (Bknz. Resim 2). Dolayısıyla

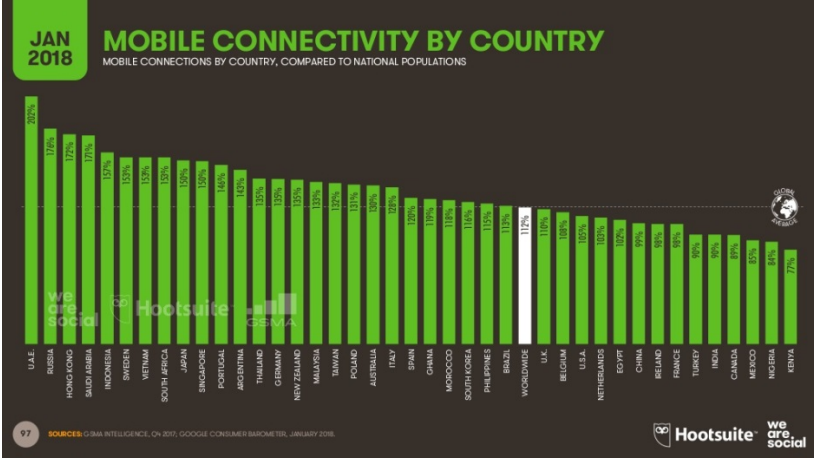
sorunlu akıllı telefon kullanımı yalnızca belirli ülkelerle sınırlı kalan mikro bir problem değil küresel katılımı ile ilerleyen makro bir problemdir.

Resim 1: 2018 Yılı Dünya Dijitalleşme İstatistikleri



Kaynak: <https://wearesocial.com/blog/2018/01/global-digital-report-2018> (Sayfa 7-91)

Resim 2: Ülkelere Göre Mobil Bağlantı İstatistikleri



Kaynak: <https://wearesocial.com/blog/2018/01/global-digital-report-2018>

Akıllı telefonların penetrasyonları medyanın sayısız sosyal ve bireysel aktiviteyi kolaylaştıran yararlı bir cihaz olma özelliğine bağlansa da, akıllı telefonların kullanımı biyolojik, psikolojik ve sosyolojik onlarca problemi beraberinde getirmektedir. Bu problemlerin bütün olarak ele alındığı akıllı telefon bağımlılığı, bireylerin akıllı telefon kullanımında aldıkları haz nedeniyle yer-zaman algılarını ve öz-denetim yeteneklerini kayb ettikleri kompulsif bir kullanım bozukluğu olarak tanımlanmıştır (Takao, Takahashi ve Kitamura, 2009). Tüm bağımlılık türleri gibi akıllı telefon bağımlılığında da kısa süreli memnuniyet ihtiyacı, eylemlerin uzun vadeli etkilerini gölgelemekte ve bağımlılar gelecekte ortaya çıkacak maliyetler konusunda sınırlı öz-denetim ve yeterlilik göstermektedirler (Akbulut ve ark., 2016). Bu durumla ilgili en ilgi çekici tespit, dijital bağımlı bir bireyin medya kullanımıyla elde ettiği hazın doğal

olmayan düzeyde bir dopamin salgılamasına neden olmasıdır (Kuss ve ark., 2013). Medya kullanımıyla birlikte oluşan akış durumunun orbitofrontal ve singulat kortekste sık sık dopamin salınımına neden olması nedeniyle beyin yapısındaki nöron bağlantıları ve süreçleri değişmekte ve bireyin istemsiz alışkanlıklar üretmesine neden olmaktadır (Kuss ve Griffiths, 2012). Medya bağımlılığın bu nörolojik tanısı akıllı telefonlar için de geçerli olmakla birlikte durumun ciddiyetini çok net olarak ortaya koymaktadır.

Literatürde akıllı telefon bağımlılığı türleri tehlikeli kullanım (araba sürerken, makine kullanırken, vb.), uygunsuz kullanım (işyeri, okul, sinema vb.) ve aşırı kullanım gibi üç kategoriye ayrılrsa da (Walsh, White ve Young, 2007) çok daha fazla kategori barındırdığı açıktır. Ayrıca akıllı telefonlar çeşitli amaçlara hizmet eden (iş, eğitim, eğlence, alışveriş, planlama, boş zaman değerlendirme, vb.), sınırsız işlevler sunan (iletişim, fotoğraf, video, müzik, televizyon, takvim, depolama, vb.) ve dijital kimlik sağlayan bir medya olmasından dolayı diğer dijital bağımlılık türlerinden ayrı değerlendirilmelidir (Kwon ve ark., 2013). Çünkü akıllı telefonlar diğer tüm medyaların işlevlerini üzerinde taşıdığından birden çok bağımlılık türünü kapsayabilir. Çoklu medya özelliği aslında bireylerin çoklu bağımlılık türleri yaşamasına yol açmakta (Roberts ve ark., 2014) ve daha ağır psikolojik, sosyolojik ve biyolojik sorunlarla boğuşmasına neden olabilmektedir. Konsantrasyon sorunu yaratmasına rağmen günlük iş ve eğitim faaliyetleri sırasında kullanım, hayati riskleri olmasına rağmen trafikte ve tehlikeli ortamlarda kullanım, acil olmadığı halde bildirimleri sürekli olarak kontrol etme gibi maladaptif bağımlılık

davranışı desenleri literatürde öne çıkmasına rağmen çok daha fazla bağımlılık davranışı deseni mevcuttur. Bu davranışsal desenlerin ortaya çıkış şekli genellikle benzerdir. Her davranışsal bağımlılık türünde olduğu gibi, bireyin heyecan ve eğlence yaratmak veya yaşamındaki stres ve kaygı duygularını hafifletmek amacıyla başlattığı bir davranış, zararlı sonuçlarına rağmen kontrol edilememekte (Shaffer, 1996), zaman bozulması yaratmakta (Young, 2007) ve takıntılı bir kullanımla sürdürülmektedir. Bireyin gerçek yaşam faaliyetlerinde başarısız olmasına (Greenfield, 1999) neden olan bu davranış deseni stres, anksiyete, depresyon, geri çekilme, duygusal kaçış ve şizotipal semptomlarla (Clayton ve ark., 2015; Billieux ve ark., 2015) sonuçlanmaktadır. Birey bu davranışa devam ettiği takdirde de daha ağır psikopatolojik (van Deursen ve ark., 2015), maddi (Young, 1999), sosyal (Kuss ve ark., 2013) ve hayati (Elhai ve ark., 2017) risklerle karşı karşıya kalabileceği raporlanmaktadır. Yani birey haz elde etme veya stres duygusuyla başa çıkma amacıyla başlattığı kullanımı kontrol edemediği takdirde zamanla çevrimdışı sosyal ağları önemsiz olarak görmekte (Greenfield, 1999) ve bu durum bireyin yalnızlığını artırarak sosyal destekten mahrum kalmasına neden olmaktadır (Nie ve Erbring, 2000). Sosyal destek mahrumiyeti bireyin olumlu ve olumsuz değerlendirme kaygısı üzerinde büyük etkisi olduğu için önemli bir psikolojik problemidir.

AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞINDA PSİKOPATOLOJİK SÜREÇ VE BAŞLATICI FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Psikopatoloji, önemli duygusal değişiklikler ışığında işlevsel bozulmalara neden olan normal dışı davranış davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Butcher, Mineka ve Hooley, 2017). Bir davranışın patolojik yani hastalık derecesinde anormal olma durumu tartışmalı bir konu olsa da yarattığı semptomların değerlendirmesinde önemli bir fikir birliği mevcuttur. Normalden sapma, davranış sıklığı ve şiddeti, işlevsel yeteneklerin bozulması ve kaybolması, duyguların kontrol edilememesi, gerçeklik ve zaman algısı kaybı, sosyal uyumsuzluk ve sosyal red gibi ölçütler genellikle psikopatolojik davranışların sonucunda gerçekleşen durumlardır (Butcher, Mineka ve Hooley, 2017). Literatürdeki akıllı telefon bağımlılığın sonuçları hakkında geniş araştırmalarda yukarıdaki sıralanan psikopatolojik semptom ölçütleriyle uyumludur. Teknoloji ile ilgili tüm aşırı kullanım ilişkileri ve psikopatolojik sonuçları “iDisorder” olarak adlandırılan yapıda tanımlamıştır. Temel olarak DSM-IV’ten yararlanarak geliştirilen bu tanımlamaya göre teknolojik bağımlılığın teşhisi için sekiz maddeli bir ölçüt ortaya koyulmaktadır. Sürekli meşgul olma, tolerans kaybı, başarısız kontrol ve sınırlama girişimleri, planlanandan daha uzun süre vakit harcamak, psikolojik yoksunluk belirtileri göstermek, iş veya eğitim fırsatlarını ve süreçlerini tehlikeye atmak, sosyal yakınları ve uzmanları aldatma ve tepkilere rağmen davranışa devam etme

şeklindeki davranışsal ölçütlerin en az beşini gösteren bireylerin bağımlı oldukları kabul edilmektedir.

Bir teknolojik kullanımın psikopatolojik bir ekseninde nasıl ilerlediğini ortaya koyan bağımlılığı güçlendirme modeline göre (reinforcement models of addiction), bağımlılıkların başlangıç seviyesinde bireyin olumlu duygu durum geliştirme ve olumsuz duygularla baş etme becerisindeki yetersizlik olduğunu vurgulanmaktadır (Robinson ve Berridge, 2001). Birey beceri yetersizliği nedeniyle oluşan duygu durum ihtiyacını dijital ortamlar gibi çok daha kolay seçeneklerle gidermeye çalışır. Fakat her psikolojik ve sosyal ihtiyacın dijital platformlarla karşılanması ve elde edilen hazza bağlı olarak zamanla çevrimdışı sosyal çevre önemini yitirmeye başlar ve bireyin sosyal uyum ve duygusal zeka özellikleri zayıflar. Dijital platformdaki haz ve tatmin sürdükçe birey daha fazla şekilde ilişkilerini bu platforma taşır. Pavlovian bir öğrenme modeliyle ilerleyen bu süreçte birey artık her türlü dijital mesaja ve uyarıya duyarlı hale gelir ve bu ortama göre bir uyum geliştirir. Toplumsal bir platform olarak yükselen bu ortamlarda bireyler zamanla ekstra duygu durum ihtiyaçları geliştirir ve çevrimdışı sosyal yapıların bunu karşılayamadığını gördüklerinde kopuş giderek daha fazla ilerler. Birey artık kendisini daha rahat gerçekleştirdiği dijital platformları öne aldığından bu platforma bağlantı sağladığı araca karşı da yüksek bir bağlılık ve bağımlılık geliştirir. İlk başlarda yoksunluk hissi ile tarif edilen bu bağımlılığın saplantı bir davranışa dönüştüğünü ancak aracın sınırlı kullanımı üzerinden görebiliriz. Dolayısıyla, bireyin olumsuz duygu duruma karşı teknoloji kullanımını pozitif bir

güçlendirme stratejisi (Wise ve Koob, 2014) olarak görmesi dikkatle değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme akıllı telefon kullanımının patolojik bir biçime dönüşme süreci noktasında önemli ipuçları sunabilir (Billieux ve ark., 2015). Akıllı telefon kullanımının psikolojik bir yardımcı güç olarak değerlendirilmesi ve telefonun bildirim ve uyarılarına saplantılı şekilde duyarlı hale gelmesi (Oulasvirta ve ark., 2012) zamanla uyarı gelmese dahi telefonun kontrol edilmesi veya sosyal ağların sıklıkla okunması gibi refleksleri yaratmaktadır. Akıllı telefonlara karşı güçlü bir psikolojik bağıllık geliştirilmesinin nedenlerini arayan Billieux ve ark. (2015) göre bireyin bağımlılık geliştirmesine sebep olan en önemli içsel motivasyonun sosyal güvence (reassurance seeking) arayışı olduğunu aktarmaktadır. Yazarlara göre özellikle düşük benlik saygısı, yalnızlık, depresyon ve anksiyeteye sahip olan bireylerin içsel motivasyona sahip olma olasılığı çok daha fazladır. Srivastava'ya göre (2005) bireyin kendi kimliğini dijital ortamlara taşıması ve güçlendirmesine bağlı olarak bağımlılık riski de artacaktır. Öz kavramsallaştırma (self-conceptualization) olarak tanımlanan bu durum bireyin kendini gerçekleştirme ihtiyacı içinde değerlendirilmesi gereken önemli bir kavramdır. Bu perspektif özellikle akıllı telefon bağımlılığı içinde değerlendirilen sosyal ağ bağımlılığı ile yüksek şekilde ilişkilidir.

Tablo 1. Sorunlu Akıllı Telefon Kullanımı Kapsamında Sürecin Gözden Geçirilmesi



Kaynak: Bu çalışma kapsamında incelenen araştırma bulgularından derlenmiştir.

Boş zaman sıkıntısı (leisure boredom), mevcut boş zamanı dolduran deneyimin istenilen uyarılmayı sağlayamadığı (Iso-Ahola ve Weissinger, 1990), istenilen ilgi ve yoğunlaşmayı gideremediği (Fisherl, 1993) ve sonuç olarak can sıkıntısının yarattığı olumsuz ruh halini düzenleyemediği durumlarla ilişkin öznel bir algıdır. Boş zaman sıkıntısının giderilmesinde ödüllendirici eylemin istenilen uyarılmayı

sağlaması ve bireyin stres karşısında ortaya koyduğu psikolojik başa çıkma hedefini gerçekleştirme istenilen bir sonuçtur. Sorunlu akıllı telefon kullanımı ile ilgili çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalar (Leung, 2008; Lin ve ark., 2010; Zhou ve Leung, 2012) özellikle ergenlerin aşırı kullanıma neden olarak gösterdikleri boş zaman sıkıntısı dikkat edilmesi gereken en önemli faktördür. Boş zaman aktivitelerinin olmaması veya tatmin edici olamaması, yetersiz olması veya istenilen hazzı yaratamaması, çok kolay veya çok zor olması ve sosyal bir şekilde organize edilememesi boş zaman can sıkıntısını tetiklemekte ve bağımlılık biçimlerine yol açabilmektedir. Boş zaman sıkıntısı özellikle kampüslerde dersler arası boşlukların fazla olduğu durumlarda, toplu taşıma araçlarında, akşam iş veya okul dönüşlerinde, yemek aralarında ve tatil günlerinde daha şiddetli olarak hissedilmektedir. Birey bu zaman diliminde mümkün olduğunda eğlenceli, haz veren, kolay ve risk maliyeti düşük dijital seçenekleri tercih ederek yaşadığı anlık sıkıntıyı hafifletmeye çalışır. Fakat bireyin boş zaman yönetimiyle ilgili bir planı ve amacı olduğu gibi hem medyanın hem de nöropsikolojik arka planın kendine ait bir planı ve amacı vardır. Medya sürdürülebilirlik için yüksek düzeyde bir akış sunarak (haz, rekabet, mücadele, ödül, ceza) bireyin kullanımını sürekli kılmaya çalışır ve yalnızca boş zamana değil diğer zaman dilimlerine de talip olur. Nöropsikolojik altyapımız ise, teknolojinin sunduğu yüksek akışın yarattığı zengin dopamine adeta açlık duyarak içsel motivasyonları harekete geçirmekte ve davranışı kompulsif bir şekilde etkilemektedir. Yüksek akışa ve tatmine sahip olan oyun, sosyal ağ veya internet gezinimi (surfing) özellikle orbitofrontal

kortekste sık sık dopamin salınımını tetikleyip sivriltilmiş girus nöronal bağlantılarda değişikliklere yol açarak beyin yapısında istenmeyen hassasiyetlere neden olabilmektedir (Kuss ve Griffiths, 2012). Sonuç olarak, normal bireyler yemek yeme, sosyalleşme, dinlenme, alışveriş gibi doğal ödüller isterken, bağımlı bireyler dopamin salınımıyla sonuçlanan madde kullanımı veya davranışsal aktiviteler (dijital, kumar, sex) gibi doğal olmayan ölçütlerde ödüller ararlar (Volkow, Fowler ve Wang, 2003; Kuss ve ark. 2013). Aslında bu noktada birey artık boş zaman sıkıntısı evresinden çıkmış ve heyecan veya duygu arama evresine giriş yapmıştır. Duygu veya heyecan arama (sensation seeking) farklı, yeni veya karmaşık duyumlar ve deneyimler uğruna fiziksel, sosyal, finansal ve hatta yasal riskler almaya istekli olma şeklinde tanımlanan bir alana sahiptir (Zuckerman, 1994). Arnett (1994) ve Zuckerman (1994)'e göre duyu arayışı özellikle dopamin reseptör geni ile ilişkili genetik bir temeli vardır. Bu konuda en ilginç bulgu, boş zaman sıkıntısı içindeki bir bireyin duygu arayışında geliştirdiği bir kompulsif durumun 6 ay boyunca etkisinin sürmesidir (Van den Eijnden ve ark., 2008).

Sorunlu akıllı telefon kullanımını başlatan diğer bir içsel faktör olan iyi oluş isteği veya güçlendirme stratejisi (Billieux ve ark., 2015) özellikle Kardefelt-Winther (2014) tarafından geliştirilen Telafi Edici İnternet Kullanım Teorisinde geniş şekilde ele alınmaktadır. Teoriye göre, olumlu duyguları artırmayı ve olumsuz duyguları da ortadan kaldırmayı amaçlayan bu hedonik davranış modeli (Long ve ark., 2016) teknolojiyi iyi oluş ve psikolojik güçlendirme için aracı bir faktör olarak görmektedir. Ayrıca internete bağlı gelişen kullanımların

tek başına patolojik olmadığı hatta psikopatolojiyle başa çıkmayı destekleyen takviye kaynaklar olduğunu varsaymaktadır (Zhitomirsky-Geffet ve Blau, 2016). Fakat günlük yaşamdaki duygusal tahribatın veya stres miktarının, kullanımı aşırı şekilde teşvik etmesi patolojik sonuçlara neden olabilir. Dolayısıyla teori, olumlu bir takviye olarak gördüğü teknolojinin rahatlama veya güvence hissi sağlama gibi erdemlerinden bahsettiği gibi (Billieux ve ark., 2015) kontrol dışı kullanım, Phubbing, Cyberloafing, Nomofobi ve FOMO gibi olumsuz takviyeler yaratabileceğini de (Przybylski ve ark., 2013) vurgulamaktadır. Bu teoriye karşı bir eleştiri geliştirmek gerekirse; bireyin olumsuz bir duygu duruma karşı tekrarlı bir şekilde dijital kaynakları takviye olarak görmesi bireyin psikososyal takviye modellerini yönetmede önemli sorunlara neden olabilir. Düşük psikososyal becerinin öz benlik kaygısı ile ilişkisi göz önüne alındığında (Lopez-Fernandez ve ark., 2014) akıllı telefon bağımlılığı olasılığını artıran bir faktör olarak değerlendirilebilir. İyi oluş kavramını duygusal kaçış (escapism) ekseninde değerlendiren çalışmalara göre (Bandura, 1991; Chou ve Hsiao, 2000; Li ve Chung, 2006; Yang ve Tung, 2007), birey olumsuz bir duygu durumdan kurtulmak için gerçekleştirdiği hedonik davranışlar zamanla hayattan kaçışla sonlanabilecek ağır psikopatolojilere neden olabilir. Yüksek stres ve kaçışın verdiği motivasyon, keyifli deneyimi bir ödül işlevi olarak görmeye neden olur ve bu durum kullanımın şiddetini artırabilir (Song ve ark., 2004). Dolayısıyla duygusal kaçış üzerinden elde edilen hazza karşı psikolojik arka planda bir istek modelinin gelişebileceği gözardı edilmemelidir. Sorunlu akıllı telefonu

kullanımına sürükleyen diğerk bir faktör olan olumlu veya olumsuz değerklendirilme korkusu (fears of positive and negative evaluation) bireyin kendisi hakkında yapılan değerklendirmelerden endişe duyduğu psikolojik endişeyi kapsamaktadır (Weeks ve Howell, 2012). Bu korku özellikle sosyal kaygı ve depresyonu içeren yaygın bir psikopatolojik faktördür (Wang ve ark., 2015). Olumlu veya olumsuz değerklendirme korkusu yaşıyan bireylerin bu duygu durumdan kaçmak veya bununla baş edebilmek için yüzyüze iletişimi reddetme ve çevrimiçi iletişimi tercih etme olasılıkları çok daha fazladır. Bu dijital yatkınlık sorunlu akıllı telefon kullanımını kolaylaştıracı bir faktör olarak değerklendirilebilir. Ayrıca bireyin gerçek sosyal varlıklarından değil de dijital ortamdaki sosyal yapılardan beslenmesi bireyin sosyal destek ve yalnızlık ihtiyacını tehdit edebilir.

Sonuç olarak bu çalışmada, sorunlu akıllı telefon kullanımına ilişkin genel bir görüş ortaya koyulmuş olup bulgular ışığında başlatıcı faktörlere ve etkilerine değerinmiştir. Konu ile ilgili oldukça fazla sayıda bir araştırma olmasının yanı sıra çok geniş bir psikolojik arkaplanın olduğu görölmektedir. Fakat incelenen araştırmaların sonuç bölümlerindeki ilişkilendirmelerin belirli psikolojik faktörlere yöneldiği gözlemlenmiştir. Dolayısıyla, problemin tartışılmasında oldukça geniş bir psikolojik yelpaze kullanılmasına rağmen bulguların değerklendirilmesi kısmında daha net ve az sayıda psikolojik ve patolojik faktörlerle yorumlamalar gerçekleştirilmiştir. Tablo 1’de sunulduğu üzere, odaklanılan psikolojik faktörler ve patolojik sonuçlar arasında bir ilişki yaratılmaya çalışılmış ve süreci hakkında bir değerklendirme önerisinde bulunulmuştur.

KAYNAKÇA

- Akbulut, Y., Dursun, Ö., Dönmez, O. & Şahin, Y. L. (2016). In search of a measure to investigate cyberloafing in educational settings. *Computers in Human Behavior*, 55, 616-625.
- Alosaimi, F.D., Alyahya, H., Alshahwan, H., Al Mahyijari, N. & Shaik, S.A. (2016). Smartphone addiction among university students in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 37, 675–683.
- Arnett, J. (1994). Sensation seeking: a new conceptualization and a new scale. *Personality and Individual Differences*, 16(2), 289-296.
- Augner, C. & Hacker, G. W. (2012). Associations between problematic mobile phone use and psychological parameters in young adults. *International Journal of Public Health*, 57(2), 437-441.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman.
- Bastian, H., Glasziou, P. & Chalmers, I. (2010). Seventy-five trials and eleven systematic reviews a day: how will we ever keep up? *PLOS Medicine*, 7.
- Beranuy, M., Oberst, U., Carbonell, X. & Chamarro, A. (2009). Problematic internet and mobile phone use and clinical symptoms in college students: The role of emotional intelligence. *Computers in Human Behavior*, 25, 1182–1187.
- Billieux, J., Philippot, P., Schmid, C., Maurage, P., De Mol, J. & Van der Linden, M. (2015). Is dysfunctional use of the mobile phone

- a behavioural addiction? Confronting symptom-based versus process-based approaches. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22, 460–468.
- Butcher, J., Mineka, S. & Hooley, J. M. (2017). *Anormal Psikolojisi (Abnormal Psychology)*, 35-38, Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Campbell, S. W. & Kwak, N. (2010). Mobile communication and civic life: linking patterns of use to civic and political engagement. *Journal of Communication*, 60(3), 536-555.
- Cazzulino, F., Burke, R.V., Muller, V., Arbogast, H. & Upperman, J.S. (2014). Cell phones and young drivers: a systematic review regarding the association between psychological factors and prevention. *Traffic Injury Prevention*, 15, 234–242.
- Cheever, N.A., Rosen, L.D., Carrier, L.M. & Chavez, A. (2014). Out of sight is not out of mind: the impact of restricting wireless mobile device use on anxiety levels among low, moderate and high users. *Computers in Human Behavior*, 37, 290–297.
- Choliz, M. (2010). Mobile phone addiction: a point of issue. *Addiction*, 105, 373–374.
- Chou, C. & Hsiao, M. (2000). Internet addiction, usage, gratification, and pleasure experience: The Taiwan college students case. *Computers & Education*, 35(1), 65–80.
- Clayton, R.B., Leshner, G. & Almond, A. (2015). The extended iSelf: the impact of iPhone separation on cognition, emotion, and physiology. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 20, 119–135.

- Davey, S. & Davey, A. (2014). Assessment of smartphone addiction in indian adolescents: a mixed method study by systematic-review and meta-analysis approach. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(12), 1500-1511.
- Demirci, K., Orhan, H., Demirdas, A., Akpınar, A. & Sert, H. (2014). Validity and reliability of the Turkish version of the smartphone addiction scale in a younger population. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 24(3), 226-234.
- Elhai, J.D., Dvorak, R.D., Levine, J.C. & Hall, B.J. (2017). Problematic smartphone use: a conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and depression psychopathology. *Journal of Affective Disorders*. 207, 251–259.
- Fisherl, C.D. (1993). Boredom at work: a neglected concept. *Human Relations: SAGE Journals*, 46(3), 395–417.
- Goodman, A. (1993). Diagnosis and treatment of sexual addiction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 19(3), 225–251.
- Greenfield, D. N. (1999). *Virtual addiction*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Griffiths, M. (1996). Gambling on the internet: a brief note. *Journal of Gambling Studies*, 12, 471–473.
- Heo, J.Y., Kim, K., Fava, M., Mischoulon, D., Papakostas, G.I., Kim, M.J., ...& Yu, B.H. (2017). Effects of smartphone use with and without blue light at night in healthy adults: a randomized, double-blind, cross-over, placebocontrolled comparison. *Journal of Psychiatric Research*, 87, 61–70.

- Huang, F., Lee, Y. & Hwang, S. (2009). E-shopping behavior and user-web interaction for developing a useful green website. *Human-computer interaction*, 446-454.
- Hürriyet.com.tr (2019). <http://www.hurriyet.com.tr/teknoloji/pubg-oyunayan-16-yasindaki-cocuk-canindan-oldu-41231908>
- Iso-Ahola, S.E. & Weissinger, E. (1990). Perceptions of leisure boredom in leisure: conceptualization, reliability and validity of the leisure boredom scale. *Journal of Leisure Research - Taylor & Francis Online*, 22(1), 1–17.
- Kardefelt-Winther, D. (2014). Problematizing excessive online gaming and its psychological predictors. *Computers in Human Behavior*, 31, 118-122.
- Kim, S. J. & Byrne, S. (2011). Conceptualizing personal web usage in work contexts: a preliminary framework. *Computers in Human Behavior*, 27, 2271-2283.
- Kim, K., Lee, H., Hong, J.P., Cho, M.J., Fava, M., Mischoulon, D., ...& Jeon, H.J. (2017). Poor sleep quality and suicide attempt among adults with internet addiction: a nationwide community sample of Korea. *PLoS One*, 12, e0174619.
- Kruger, D.J. & Djerf, J.M. (2016). High ringxiety: attachment anxiety predicts experiences of phantom cell phone ringing. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 19, 56–59.
- Kuss, D. J. & Griffiths, M. D. (2012). Internet gaming addiction: a systematic review of empirical research. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(2), 278e296.

- Kuss, D. J., van Rooij, A. J., Shorter, G. W., Griffiths, M. D. & van de Mheen, D. (2013). Internet addiction in adolescents: prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, 29, 1987-1996.
- Kwon, M., Lee, J.Y., Won, W.Y., Park, J.W., Min, J.A., Hahn, C., ...& Kim, D.J., (2013). Development and validation of a smartphone addiction scale (SAS). *PLoS One*, 8, e56936.
- LaRose, R. & Eastin, M. (2004). A social cognitive theory of Internet uses and gratifications: toward a new model of media attendance. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 52, 358-377. http://dx.doi.org/10.1207/s15506878jobem4803_2
- Lee, Y.K., Chang, C.T., Lin, Y. & Cheung, Z.H. (2014). The dark side of smartphone usage: psychological traits, compulsive behavior and technosress. *Computers in Human Behavior*, 31, 373-383.
- Lepp, A., Barkley, J. E. & Karpinski, A. C. (2014). The relationship between cell phone use, academic performance, anxiety, and satisfaction with life in college students. *Computers in Human Behavior*, 31, 343-350. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2013.10.049>.
- Leung, L. (2008). Linking psychological attributes to addiction and improper use of the mobile phone among adolescents in Hong Kong. *Journal of Children & Media*, 2(2), 93-113.
- Li, S. & Chung, T. (2006). Internet function and Internet addictive behavior. *Computers in Human Behavior*, 22(6), 1067-1071.
- Li, D., Zhang, W., Li, X., Zhen, S. & Wang, Y. (2010). Stressful life events and problematic internet use by adolescent females and

- males: a mediated moderation model. *Computers in Human Behavior*, 26(5), 1199-1207.
- Lin, Y.H., Lin, Y.C., Lee, Y.H., Lin, P.H., Lin, S.H., Chang, L.R., ...& Kuo, T.B. (2015). Time distortion associated with smartphone addiction: identifying smartphone addiction via a mobile application (App). *Journal of Psychiatric Research*, 65, 139-145. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.04.003>.
- Long, J., Liu, T.Q., Liao, Y.H., Qi, C., He, H.Y., Chen, S.B. & Billieux, J. (2016). Prevalence and correlates of problematic smartphone use in a large random sample of Chinese undergraduates. *BMC Psychiatry*, 16, 408.
- Lopez-Fernandez, O., Honrubia-Serrano, M. L., Baguley, T. & Griffiths, M. D. (2014). Pathological video game playing in Spanish and British adolescents: towards the exploration of internet gaming disorder symptomatology. *Computers in Human Behavior*, 41, 304e312.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M. & Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviors: Etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, 39, 223–252.
- Mabilia, P. (1993). Gambling as a rational addiction. *Journal of Gambling Studies*, 9(2), 121–151.
- Nie, N. H. & Erbring, L. (2000). Debating the societal effects of the Internet: connecting with the world. *Public Perspective*, 11, 42-43.

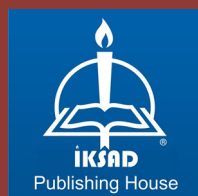
- Oulasvirta, A., Rattenbury, T., Ma, L. & Raita, E. (2012). Habits make smartphone use more pervasive. *Personal and Ubiquitous Computing, 16*, 105–114.
- Park, N. & Lee, H. (2012). Social implications of smartphone use: Korean college students' smartphone use and psychological well-being. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 15*(9), 491-497. <http://dx.doi.org/10.1089/cyber.2011.0580>.
- Przybylski, A.K., Murayama, K., DeHaan, C.R. & Gladwell, V. (2013). Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in Human Behavior, 29*, 1841–1848.
- Roberts, J.A.P., Yaya, L.H. & Manolis, C. (2014). The invisible addiction: cell-phone activities and addiction among male and female college students. *Journal of Behavioral Addictions, 3*(4), 254-265. <http://dx.doi.org/10.1556/JBA.3.2014.015>.
- Robinson, T.E. & Berridge, K.C. (2001). Incentive-sensitization and addiction. *Addiction, 96*, 103–114.
- Shaffer, H. J. (1996). Understanding the means and objects of addiction: Technology, the internet, and gambling. *Journal of Gambling Studies, 12*(4), 461–469.
- Shaw, M. & Black, D. W. (2008). Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs, 22*, 353-365.
- Smith, A. & Page, D. (2015). *April 1. U.S. smartphone use in 2015*. PewResearch Internet Project. Pew Research.

http://www.pewinternet.org/files/2015/03/PI_Smartphones_0401151.Pdf

- Song, I., Larose, R., Eastin, M.S. & Lin, C.A. (2004). Internet gratifications and Internet addiction: on the uses and abuses of new media. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 7, 384–394.
- Srivastava, J. (2013). Media multitasking performance: role of message relevance and formatting cues in online environments. *Computers in Human Behavior*, 29(3), 888-895.
- Takao, M., Takahashi, S. & Kitamura, M. (2009). Addictive personality and problematic mobile phone use. *CyberPsychology & Behavior*, 12, 501–507.
- UNICEF (2018) http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/SOWC_2017_SUM_TR.pdf
- Van den Eijnden, R.J., Meerkerk, G.J., Vermulst, A.A., Spijkerman, R. & Engels, R.C. (2008). Online communication, compulsive Internet use, and psychosocial well-being among adolescents: a longitudinal study. *Developmental Psychology Journal*, 44, 655–665.
- Van Deursen, A.J., Bolle, C.L., Hegner, S.M. & Kommers, P. (2015). Modeling habitual and addictive smartphone behavior. *Computers in Human Behavior*, 45, 411–420.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S. & Wang, G. J. (2003). The addicted human brain: insights from imaging studies. *Journal of Clinical Investigation*, 111, 1444-1451.

- Walsh, S. P., White, K. M. & Young, R. (2007). *Young and connected: psychological influences of mobile phone use amongst Australian youth*. In G. Goggin, & L. Hjorth (Eds.), *Mobile media*, University of Sydney.
- Wang, J.L., Wang, H.Z., Gaskin, J. & Wang, L.H. (2015). The role of stress and motivation in problematic smartphone use among college students. *Computers in Human Behavior*, 53, 181–188.
- Wearesocial.com (2019) <https://wearesocial.com/blog/2018/01/global-digital-report-2018>
- Weeks, J.W. & Howell, A.N. (2012). The bivalent fear of evaluation model of social anxiety: Further integrating findings on fears of positive and negative evaluation. *Cognitive Behavior Therapy*, 41, 83–95.
- West, R. (2001). Theories of addiction. *Addiction*, 96, 3–13.
- Whang, L.S., Lee, S. & Chang, G. (2003). Internet over-users' psychological profiles: A behavior sampling analysis on Internet addiction. *CyberPsychology Behavior*, 6(2), 143–150.
- Wise, R.A. & Koob, G.F. (2014). The development and maintenance of drug addiction. *Neuropsychopharmacology*, 39, 254–262.
- Yang, S. C. & Tung, C. (2007). Comparison of internet addicts and non-addicts in Taiwanese high school. *Computers in Human Behavior*, 23, 79-96.
- Yanık, A. & Batu, M. (2019). Yeni Medyada Aktivizm Hareketleri Üzerine Zengin Medya Kısır Aktivizm Tartışmaları, *Connectist: Istanbul University Journal of Communication*, 56, 179 – 208.

- Yanık, A. (2016). Yeni Medya Nedir Ne Değildir? *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(45), 898-910.
- Young, K. S. (1998). Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 1(3), 237e244.
- Young, K. S. (1999). Internet addiction: Symptoms, evaluation and treatment. *Innovations in Clinical Practice*, 17, 19–31.
- Young, K. S. (2007). Cognitive behavior therapy with internet addicts: treatment outcomes and implications. *CyberPsychology & Behavior*, 10(5), 671e679.
- Zhitomirsky-Geffet, M. & Blau, M. (2016). Cross-generational analysis of predictive factors of addictive behavior in smartphone usage. *Computers in Human Behavior*, 64, 682–693.
- Zhou, S.X. & Leung, L. (2012). Gratifications, loneliness, leisure boredom, and self-esteem as predictors of SNS-game addiction and usage pattern among Chinese college students. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 2(4), 34–48.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.



978-625-7029-80-3