

**T.C.**  
**OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK PSİKOLOJİSİNDE TEDAVİ MOTİVASYONU AÇISINDAN DİYET  
DAVRANIŞLARI: DİYET ÖZYETERLİK İNANÇLARI ÖLÇEĞİ'NİN  
GELİŞTİRİLMESİ VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ**

**Duygu YÜKSEL**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**  
**PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**TEZ DANIŞMANI**

**Doç. Dr. Özlem SERTEL BERK**

**İSTANBUL 2014**

**T.C.**  
**OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK PSİKOLOJİSİNDE TEDAVİ MOTİVASYONU AÇISINDAN DİYET  
DAVRANIŞLARI: DİYET ÖZYETERLİK İNANÇLARI ÖLÇEĞİ'NİN  
GELİŞTİRİLMESİ VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ**

**Duygu YÜKSEL**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**  
**PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

TEZİN ENSTİTÜYE TESLİM EDİLDİĞİ TARİH :

TEZİN SAVUNULDUĞU TARİH :

TEZ DANIŞMANI : Doç. Dr. Özlem SERTEL BERK \_\_\_\_\_

DİĞER JÜRİ ÜYELERİ : YRD. DOÇ. DR. AHMET TOSUN \_\_\_\_\_

DR. HATİCE GÜNEŞ \_\_\_\_\_

**İSTANBUL 2014**

# ÖZET

## SAĞLIK PSİKOLOJİSİNDE TEDAVİ MOTİVASYONU AÇISINDAN DİYET DAVRANIŞLARI: DİYET ÖZYETERLİK İNANÇLARI ÖLÇEĞİ'NİN GELİŞTİRİLMESİ VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ

**Duygu YÜKSEL**

Sağlık psikolojisi alanının konu aldığı temel değişkenlerden biri sağlık davranışlarıdır. Sağlık davranışları, en geniş hali ile sağlığın sürdürülmesi, korunması ve geliştirilmesi ile ilişkili olan inanç/beklenti/değerler gibi tutumlar ve davranış örüntüleri ile alışkanlıkları da kapsayan gözlenebilir ve örtük eylemsel süreçlerin tümü olarak tanımlanmaktadır. Riskli ve koruyucu olmak üzere iki ana başlık altında ele alınan bu davranışlardan biri de diyet davranışlarıdır. Özellikle obezite, kalp hastalıkları, diyabet, hipertansiyon gibi sağlık sorunlarının kontrolünde diyet programlarına başlayabilmek ve bu programları sürdürmek çok önemli olmaktadır. Ancak araştırma bulguları risk gruplarının diyet ile ilişkili davranışlara uyum göstermede zorluklar yaşadığını ortaya koymaktadır; bu durumun olası nedenleri çeşitli sağlık davranış modelleri perspektifinden ele alınmaktadır. Bu modellerin başlıcası Prochaska ve DiClemente (1983) tarafından önerilen Transteorik Modeldir (TTM). TTM’de diyet davranışı, diyete hazır oluş şeklinde kavramsallaştırılmaktadır. TTM’ye göre diyete hazır oluşu etkileyen faktörlerden biri de tedavi motivasyonu bağlamında değerlendirilen diyet özyeterlik inançları olup, bireyin diyete başlama ve sürdürmeyi başarıp başaramayacağına dair inançları olarak tanımlanmaktadır. Dünyada diyet davranışlarını TTM yapıları arasındaki ilişkiler bağlamında inceleyen çalışmalar olmakla birlikte (örn., Huon ve Strong,1999), Türkiye’de bu konu çok az çalışmada ele alınmıştır (Deveci ve ark., 2012). Üstelik diyete ilişkin özyeterlik inançlarını ölçen herhangi bir ölçüm aracı da bulunmamaktadır. Ülkemizde risk gruplarında diyete hazır oluşu etkileyen tutumsal faktörlerin ileride araştırılabilmesi ihtiyacından yola çıkarak bu çalışmada diyet davranışına yönelik özyeterlik inançlarını ölçen bir ölçek geliştirmek amaçlanmıştır.

Bu amaçla özyeterlik kavramının tanımı ve boyutlarına, vaka değerlendirmelerine ve öz yeterliği ölçen çeşitli araçların maddelerine de dayanarak toplam 47 maddeden oluşan bir madde havuzu oluşturulmuştur. Ölçeğin psikometrik özellikleri toplam 18-65 yaş aralığında, halihazırda diyet yapan veya geçmişte diyet yapmış olan 272 kişilik bir örnekleme sınanmıştır. Yaş ortalaması 29,95 olup örneklemin % 64,3'ü (n= 175) kadın, %35,7'si (n= 97) ise erkek katılımcıdan oluştuğu görülmektedir. Katılımcıların % 0,7'si (n= 2) okur-yazar, % 1,5'i (n= 4) ilkokul mezunu, % 2,6'sı (n= 7) ortaokul mezunu, % 15,4'ü (n= 42) lise mezunu, % 57,4'ü (n=156) lisans mezunu, %20,2'si (n=55) yüksek lisans mezunu ve % 0,7'si (n= 2) doktora mezunudur. Ölçeğin güvenilirliği için madde analizi ve iç-tutarlılık katsayıları hesaplanmıştır. Geçerlik çalışması kapsamında ise faktör analizi, ölçeğin alt testlerinin birbirleri ile ve Kontrol Odağı Ölçeği, Öz Etkinlik Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri ve Eysenck Kişilik Ölçeği ile olan korelasyonları incelenmiştir. Faktör analizi sonucunda toplam 37 maddeden oluşan ve toplam varyansın %50'sini açıklayan "Sosyal-Dışsal İnançlar", "Tıbbi İnançlar" ve "Bireysel Kontrol İnançları" olarak isimlendirilen 3 faktörlü bir yapı gözlenmiştir. Cronbach alfa katsayıları faktörler için sırasıyla .95, .86 ve .75; ölçeğin tamamı için ise .95'tir. Ölçeğin faktörlerinin ve toplam puanlarının birbirleri ile olan korelasyonları anlamlı olup yapı geçerliği kapsamında en yüksek korelasyon değerlerinin Öz Etkinlik Ölçeği ile olan ilişkilerden elde edildiği görülmektedir. Ayırt edici geçerlik sınaması kapsamında ise Beden Kitle İndeksi'ne göre obez kategorisindeki katılımcıların (n=22) Sosyal-Dışsal İnançlar alt testinden almış oldukları puan ortalamalarının anorektik kategorisinde yer alan katılımcılardan (n=10) anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur. Analizler ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik bulgularının kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermiştir. Bu ölçek sayesinde hem Türkiye'de hem de dünyada sağlık psikolojisi alanında önemli sağlık davranışlarından olan diyet davranışlarının önemli yordayıcılarının sağlık psikolojisi kuramları çerçevesinde araştırılmasının mümkün olacağı umulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Diyet, Tedavi Motivasyonu, Transteorik Model ve Değişim Evreleri, Öz yeterlik, Öz yeterlik İnançları

# ABSTRACT

## "DIETARY BEHAVIORS IN TERMS OF TREATMENT MOTIVATION IN THE FIELD OF HEALTH PSYCHOLOGY: THE DEVELOPMENT OF DIETARY SELF-EFFICACY BELIEF SCALE AND ITS PSYCHOMETRIC PROPERTIES"

One of the most considered variables in the field of health psychology is health behavior. Health behavior in the broadest sense of the term is defined as a totality of observable or latent modalities of acts, attitudes, values, expectations, habits, and beliefs pertaining to the maintenance, protection and advancement of health. Dietary behavior is one of these behaviors which are divided into two groups as risky and protective. Especially in the control of some health problems such as obesity, heart diseases, diabetics, and hypertension, the ability to start and sustain a diet program is of vital importance. However, some research results demonstrate that the risky groups have difficulties in adapting to proper dietary behaviors. The possible reasons behind these problems are evaluated from the perspectives of various health behavior models. The chief of these models is Trans-theoretic model (TTM) developed by Prochaska ve DiClemente (1983). In this model dietary behavior is conceptualized as the readiness to diet. Dietary self efficacy belief, which is defined, in terms of treatment motivation, as one's beliefs concerning his/her degree of success in starting and/or maintaining diet, is one of the basic factors contributing to the readiness to diet according to the TTM model. Although there are studies outside Turkey (ex. Huon ve Strong, 1999), which investigate dietary behaviors in the context of the relations among the TTM structures, this subject in Turkey is only taken up by a few works (Deveci ve ark., 2012). Furthermore there has not yet been developed a scale measuring the self efficacy beliefs related to diet. In this thesis, I aim to develop a scale for measuring the self efficacy beliefs concerning dietary behaviors and in this way to make a contribution to the prospective researches on the behavioral factors influencing the readiness of risky groups to diet in our country.

A pool of 47 items is formed on the basis of the definition and scope of the concept of self-efficacy, on the evaluation of cases, and on the items of the various scales measuring the self-efficacy. The psychometric characteristics of the scale are tested by a sample of 272 persons whose ages ranges between 18 and 65. The participants selected either from among the people who are currently going on a diet or from those having once been on it. The average age is 29.95, and the ratio of female and male participants is 64.3% (n=175) and

35.7% (n=97) respectively. The ratio of literates without any education is 0.7% (n=2), and the ratios of primary school, middle school, high school, university, master and doctorate graduates are 1.5% (n=4), 2.6% (n=7), 15.4% (n=42), 57.4% (n=156), 20.2% (n=55), and 0.7% (n=2) respectively. For the reliability of the scale, item analysis and internal consistency coefficients are calculated. The factor analysis and the correlations of sub-tests of the scale to each other and to the Locus of Control scale, Self-efficacy Scale, Brief Symptom Inventory, and Eysenck Personality Scale are investigated in terms of validity. At the end of the factor analysis, it is observed that a three-factor structure (Social-External beliefs - Medical Beliefs - Personal Control Beliefs) with 37 items explains the 50% of the total variance. The Cronbach alfa coefficients for the factors are .95, .86 and .75 respectively, for the whole of the scale is .95. The correlation between the factors of the scale and the total scores is meaningful and it is observed that the highest correlation values in terms of structure validity are obtained from the relations with the self-efficacy scale. In the context of differential validity test, it is found that the average score of the participants under the category of obesity (n=22) from the sub-test of Social-External Beliefs is meaningfully lower than those of the participants with anorexia (n=10). The relevant analyses have demonstrated that the validity and reliability of the scale are at acceptable levels. Thanks to this scale, I hope that it will be possible to study the principal determinants of one of the most significant health behaviors, i.e. dietary behaviors, both inside and outside Turkey.

**Keywords:** Diet, Treatment motivation, Transtheoretical model and Stages of change, Self-efficacy, Self-efficacy beliefs

# ÖNSÖZ

Sağlığın korunması ve sürdürülmesi bireyin yaşam kalitesini arttırması ve yaşam süresini uzatması bakımından oldukça önemlidir. Hastalık ve ölüm oranlarının azalması için bireyin sağlık davranışlarını koruması, sürdürmesi ve geliştirmesi ile ilişkili inanç/beklenti/değerler gibi tutumlar ve davranış örüntüleri ile alışkanlıkları da kapsayan bütünün bir arada olması gerekmektedir. Birçok kronik hastalıkların tedavisinde diyet programlarına uymak ve programları sürdürmek önem taşımaktadır. Ancak bireylerin diyet programlarına uyum göstermede zorluk yaşadıkları gözlenmektedir. Bundan ötürü, bireylerin diyet programlarına neden uyum göstermediklerini anlamak ve programı sürdürmede ne gibi zorluklar yaşadıklarını anlamak adına Prochaska ve DiClemente (1983) tarafından önerilen Transteorik Model (TTM) temel alınarak bireyin diyeteye hazır oluşunu etkileyen faktörlerden biri olan tedavi motivasyonu ve bu bağlamda değerlendirilen diyet özyeterlik inançlarını ele alarak bireyin diyeteye başlama ve sürdürmeyi başarıp başaramayacağına dair inançlarını anlamak; bireylerin diyet programlarına uyum sağlaması ve sürdürmesi bakımından önemlidir. Dünyada diyet davranışlarını TTM yapıları arasındaki ilişkiler bağlamında inceleyen çalışmalar olmakla birlikte (örn., Huon ve Strong,1999), Türkiye’de bu konu çok az çalışmada ele alınmıştır (Deveci ve ark., 2012). Bundan ötürü, gelecek çalışmalara katkı sağlaması bakımından bu konuyu araştırmak istedim.

Lisans eğitimim sonrası, tanıştığım ilk andan itibaren kendimi her anlamda yakın hissettiğim, çalışmalarına ilham kaynağı olan, tez süresince desteğini benden esirgemeyen, ufkumu açan, özgür düşünmem için bana yol gösteren, yönümü kaybettiğim ve endişelerimin yoğun olduğu her an yanımda bulunarak; gerek yapıcılığı ile gerek anlayışlı ve sakin yaklaşımı ile beni anlayan, kendisinden yüksek lisans öğrenimim boyunca çok şey

öğrendiğim ve öğrencisi olduğum için kendimi hep şanslı saydığım kıymetli tez danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. H. Özlem Sertel-Berk'e;

Tanıdığım günden beri, her türlü paylaşımını esirgemeyen, düşünceleri ile beni her daim etkileyen, hayatıma büyük anlamlar katan, beni her zaman dinleyen, sabır gösteren, gündelik ve mesleki yaşantıma değerli fikirleriyle perspektif kazandıran çok sevdiğim değerli dostum Can'a;

Tüm yoğunluğuna rağmen, her ne ruh halinde olursa olsun vakit ayırıp yanımda bulunan, paralel evrende bir ben varsa, o kişinin katkı sağlayacak cerrahi yöntemlerin görsellerini elleriyle çizen, ortak hayallerimizi gerçekleştirmek üzere beraberce hareket ettiğim, bana her zaman destek olan ve sevgisini esirgemeyen kıymetli arkadaşım Erhan Bayram'a;

Okan Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden bu tezin oluşması için katkı sağlayan sevgili arkadaşlarıma;

Kendileri ile çalışmaktan keyif aldığım ve bana yeni şeyler öğreten araştırmanın tüm katılımcılarına;

8 yaşımdayken dünyaya gelen, gelişi ile hayatıma renk katan, gerek en mutlu olduğum günlerde gerek en hüznü ve umutsuz hissettiğim anlarda, varlığını, maneviyatını, pozitif enerjisini benden esirgemeyen, tez süresince her türlü nazımı, umudumu ve umutsuzluğumu benimle paylaşan cancağızım kız kardeşim Sinem'e;

Ve son olarak, hayatımın her anında hoşgörülü ve açık yaklaşımlarıyla bana destek olan, maddi- manevi katkılarını esirgemeyen, sevgilerini her daim yanı başımda hissettiğim, çocukluğumdan itibaren, daha cesur ve özgür kararlar alabilmeme neden olan, benim bugüne gelmemi mümkün kılan, emeklerini ben ne yaparsam yapayım hiçbir zaman ödeyemeyeceğim başta canım annem ve babama teşekkürü bir borç bilirim.

Duygu Yüksel



## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	i
ABSTRACT .....	iii
ÖNSÖZ .....	v
TABLO LİSTESİ .....	ix
KISALTMALAR LİSTESİ.....	1
BÖLÜM 1. GİRİŞ .....	3
I. SAĞLIK PSİKOLOJİSİ .....	5
A. Sağlık Davranışları.....	7
1. Dünya'da Sağlık Davranışları.....	11
2. Türkiye'de Sağlık Davranışları .....	15
II. DİYET DAVRANIŞLARI .....	16
A. DİYET PROGRAMLARINA UYUMU KONU ALAN ARAŞTIRMALAR.....	21
III. KRONİK HASTALIKLARDA VE İLİŞKİLİ SAĞLIK SORUNLARINDA DİYETE YÖNELİK TEDAVİ MOTİVASYONU .....	25
1. Transteorik (Teoriler Arası) Model .....	25
2. Kendini İzleme (Self Monitoring) .....	26
3. Motivasyonel Mülakat .....	26
IV. Transteorik Model ve Yapıları .....	27
1. Değişim Evreleri.....	28
2. Karar Dengesi .....	30
3. Değişim Süreci.....	31
4. Öz Yeterlilik .....	33
c. Egzersiz ve Diyet Öz Yeterliliği.....	37
BÖLÜM 2 .....	39
2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLER.....	39
3. YÖNTEM.....	40

3.1. ÖRNEKLEM .....	40
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....	41
3.2.1. Diyet Öz yeterlilik İnançları Ölçeği .....	41
3.2.2. Demografik Bilgi Formu .....	43
3.2.3. Kısa Semptom Envanteri .....	44
3.2.4. Eysenck Kişilik Envanteri .....	45
3.2.5. Öz Etkinlik Ölçeği .....	46
3.2.6. Kontrol Odağı Ölçeği .....	47
3.3. İşlem .....	48
3.4. Verilerin Analizi .....	48
4. BULGULAR .....	49
4.1. BETİMLEYİCİ BULGULAR .....	49
5. TARTIŞMA .....	57
KAYNAKÇA .....	66
EKLER .....	82

# TABLO LİSTESİ

Sayfa No

- Tablo 1** Katılımcıların Cinsiyete Göre Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri..... **Error! Bookmark not defined.**
- Tablo 2** Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri ..... **Error! Bookmark not defined.**
- Tablo 3** Katılımcıların Yaş, Kilo, Boy, İdeal Kilo, İdeal Boy Ortalamaları ve Standart Sapmaları..... **Error! Bookmark not defined.**
- Tablo 4** DÖİÖ'ne ait oblik rotasyon sonrası elde edilen faktörler, maddeler, faktör yükleri ve ortak varyans değerleri ..... **Error! Bookmark not defined.**
- Tablo 5** DÖİÖ'nün Toplam Puan ve Alt Testlerinin Birbirleri ve Geçerlik Ölçekleri İle Olan Pearson Korelasyon Katsayı Değerleri..... **Error! Bookmark not defined.**

# KISALTMALAR LİSTESİ

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**BD:** Beslenme Davranışları

**Bİ:** Beden İmgesi

**BİB:** Beden İmgesi Bozuklukları

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi

**DF:** Demografik Form

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**DÖİÖ:** Diyet Öz etkinlik İnanç Ölçeği

**DU:** Diyet Uygulamaları

**EKE:** Eysenck Kişilik Envanteri

**GSA:** Genel Sağlık Anketi

**İÜ:** İstanbul Üniversitesi

**KG:** Kontrol Grubu

**KOÖ:** Kontrol Odağı Ölçeği

**KSE:** Kısa Semptom Envanteri

**NIH:** Ulusal Sağlık Enstitüleri

**NORÖTE:** Normal Ötesi İnançlar Ölçeği

**ÖEÖ:** Öz etkinlik Ölçeği

**RİDKOÖ:** Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği

**RÖGÖ:** Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği

**SES:** Sosyo-ekonomik Seviye

**TTM:** Transteorik Model

**v.d.:** ve diğerleri

**ve ark.:** ve arkadaşları

# BÖLÜM 1. GİRİŞ

Sağlığın korunması ve sürdürülmesi neslin korunması için gereklidir. Kişinin herhangi bir hastalığının ya da sağlık sorunun olmamasının yanı sıra bedensel, zihinsel ve sosyal yönden iyi olması ve tam bir uyum içinde olması, sağlık olarak tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 1947). Okyayüz'e (1999) göre, sağlık, fiziksel-ruhsal sağlık, toplumsal iyilik, genel sağlık algısı gibi birçok ilişkili kavramı bir arada ele almaktadır. Her geçen gün değişen ekolojik sisteme bağlı olarak organik gıdalar yerine tüketilen hormonlu gıdalar, yanı sıra yoğun tempo ve teknoloji ile paralel giden yaşam sürecine bağlı olarak daralan zaman nedeniyle sağlıklı beslenme ihmal edilmektedir. Yağ oranı yüksek gıda tüketimine bağlı olarak hızla kilo alınmaktadır. Alınan fazla kalorilere bağlı artan kilolar, birtakım hastalıkları da beraberinde getirmektedir. Diyabet, obezite, kalp rahatsızlıkları gibi kronik hastalıklara yol açmaktadır. Bu gibi rahatsızlıkları önlemek veya ilerlemesini durdurabilmek için diyet yapmak ve sağlıklı yaşam tarzı geliştirmek önemlidir.

Yaşam tarzı değişimleri ve değişimi sürdürebilme, sağlıklılık halinin de sürmesini sağlayabilmektedir. Yaşam tarzı değişimleri psikolojik ve sosyo-kültürel değişkenlerden etkilendiğinden bu değişkenlerin kontrolü bir süredir birçok kronik hastalıkların tedavisinde diyet programlarına uyum ve sürdürme ile ilgili araştırmalarda önemli yer tutmaktadır (Blaxter, 1990; Steptoe ve Wardle, 1992).

Yaşam tarzı değişimleri, diyet ve fiziksel aktivite ile ilgili değişimlerinin yanı sıra diyet ve fiziksel aktivitenin sürdürülmesini sağlayan psikolojik koşulların kontrolünü de gerektirir. Hastalıkların tedavisi ve sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesine ilişkin davranış değişimini etkileyebilecek bilişsel-davranışsal süreçleri ölçmek, kilo vermeyle ilişkili belirli davranışları tanımlamak, değişime hazır oluşun temel alındığı bireye özel müdahalelerin uygulanmasını sağlayabilir.

Psikanaliz, davranışçılık, bilişsel terapi, varoluşçu analizin ve hümanizmin güçlerinin bir derlemesi olarak ortaya çıkan Transteorik Model; insanların davranış değiştirmeye hazır oluşlarını belirlemek için kullanılan yöntemlerden biridir. Prochaska'nın geliştirdiği bu model, Bandura'nın öz yeterlilik kavramını içine alan, diyet ve fiziksel aktiviteye ilişkin yaşam tarzı değişimini ortaya çıkarabilecek değişim evrelerini ele alan bir modeldir. Değişim evreleri ve bu evrelerde ortaya çıkan psikolojik süreçlerin kontrolü, sağlıklı yaşam tarzı

değişimlerinin sürdürülmesini sağlamaya yardımcı olmakla beraber, aksadığı noktaların kontrolünü de mümkün kılmaktadır.

Bandura (1997) öz yeterliliği, bireyin, belli bir performansı göstermede kendisinin organize olma ve başarılı olarak performansı gerçekleştirme gücüne ilişkin kendi yargısı olarak tanımlar. Buna göre, insan, yaptıkları ile istediği sonuçları üretebileceğine inanmadıkça, o işi yapma güdüsü de az olacaktır.

Öz yeterlilik inancının sağlıklı yaşam tarzı değişimlerinin ortaya çıkması ve sürdürülmesinde katkısının olduğu bilinmekle beraber, öz yeterlilik inancının ölçülmesinin diyet ve fiziksel aktiviteye ilişkin sağlıklı yaşam tarzı değişiminin sürdürülmesinde ve kontrolünde katkısı olacaktır. Öz yeterlilik inancının bilinmesi, sağlıklı yaşam tarzı değişiminde hem hangi davranışların aksadığını hem de bu aksaklığın psikolojik kaynağının anlaşılmasında ve kontrolünün sağlanmasında aracı olacaktır. Öz yeterliliği ölçen bir ölçeğin geliştirilmesi hem Türkiye'de hem de dünyada sağlık psikolojisi alanında önemli sağlık davranışlarından olan diyet davranışlarının önemli yordayıcılarının sağlık psikolojisi kuramları çerçevesinde araştırılmasının mümkün kılabilir.

# I.SAĞLIK PSİKOLOJİSİ

Sağlık Psikolojisi, 1970'li yıllarda, psikoloji kuram ve uygulamalarının fiziksel sağlık sorunlarına uygulanması düşüncesiyle gündeme gelmiştir. Amerikan Psikoloji Derneği (APA), sağlık psikolojisini; psikoloji disiplininin eğitim, bilim ve profesyonel alanlarda özgül katkılarının bir araya gelmesi olarak tanımlamaktadır (Marks,2002). Psikolojinin bu alt alanı, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesinin yanı sıra hastalıktan korunmayı, sağlık ve hastalığın etiyolojik ve tanısal ilişkilerinin ortaya çıkartılmasını ve sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesini, sağlık hizmetindeki işlevsel problemleri, bu hizmetlerin geliştirilmesini ve sağlık politikasının biçimlendirilmesini kapsar (Okuyuz, 1999).

Sağlık, genel anlamıyla “vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, sıhhat” olarak tanımlanmaktadır (Büyük Türkçe Sözlük, 1986). Fizyolojik sağlığı çağrıştıran bu tanıma rağmen son yıllarda beden ve ruh sağlığının bir bütün olarak ele alınması gereği kabul görmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ise sağlık, “Sadece bir hastalığın olmaması değil, bir bütün olarak beden, zihnen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik içinde olmaktır” (akt. Baltaş, 2000). Sağlıklı olma hali hastalığın olmadığı anlamına gelmemektedir. Hastalığın sadece tıbbi belirtiler boyutu ile ele alınmaması, hastalığın insanın psikolojik yapısını ve sosyal yaşamını etkilediğini belirttiği için bu tanım çağdaş sağlık yaklaşımlarına ve modellerine uygun bir tanımdır (Baltaş, 2000).

Sağlık psikolojisi günümüze dek amaç, araç ve hedefleri açısından değişen dört farklı alanda gelişmiş ve bir sağlık disiplini olarak ortaya çıkmıştır: Bu dört alan, sağlık sisteminin örgüt yapısı içinde hastaneler, sağlık merkezleri gibi klinik alanlarda verilmekte olan hizmetlere yönelik çalışmalar yapan klinik sağlık psikolojisi; sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi amacıyla okullar, işyerleri ve medya yoluyla hizmetler sunan halk sağlığı psikolojisi; hassas gruplar ve topluluklarla yapılan toplum araştırmalarına dayanarak bireyin güçlendirilmesini hedefleyen toplum sağlığı psikolojisi ve eleştirel psikolojiye dayanan ve amacı sağlık hizmetlerinde iktidar yapılarının rolünü ön plana çıkaran eleştirel sağlık psikolojisidir (Marks 2002)

Sağlık psikolojisi, bütüncül bir yaklaşımla –biyolojik, psikolojik, sosyal- sağlıklı olmayı, hastalık nedenlerini, hastalık ve tedavi sürecine uyum sürecini elen alan bilimsel ve uygulamalı bir alanıdır. ABD'de psikolojinin insan sağlığı üzerinde önemli bir etkisi olduğunun anlaşılması kurumsallaşan sağlık psikolojisi Matarazzo'nun (1980) sağlık psikolojisi için koyduğu dört ana hedefe bağlılığını sürdürmektedir: sağlıklı yaşamın değer



kazanması, sağlığın korunması ve devamı; hastalığın önlenmesi, iyileştirilmesi ve rehabilitasyonu; sağlıklı olma durumunun, hastalığın ve hastalığa bağlı durumların nedenlerinin ve teşhis kriterlerinin daha iyi belirlenebilmesi; son olarak; sağlık politikalarının analizi ve iyi hale getirilmesi.

Hastanelerde verilmekte olan hizmetlere yönelik çalışmalar yapan sağlık psikolojisi araştırmaları klinik psikoloji araştırmaları ile örtüşmektedir. Klinik sağlık psikolojisinde fiziksel hastalıklarda ve yeti yitimi ile giden durumlarda danışmanlık ve tedavi girişimlerinin etkinliğini artırmak amaçlanır.

Hastalıkların gidişatında gözlenen değişiklikler, hastalığın sadece medikal modelde açıklanamıyor olması ve tıbbi müdahalede psikologların rolünün anlaşılması sağlık psikolojisi alanını bir gereksinim haline getirmiştir. Psikolojik kuram ve araştırmaları bir araya getirerek danışanların sağlıklı yaşam sürdürmelerine yardımcı olacak yöntemler geliştirme konusunda önemli katkılar yapan sağlık psikologları, bunun yanı sıra kronik hastalıklarla baş etmede ve önleyici sağlık hizmetinde danışanlarına destek sunmaktadırlar.

Meyerovitz (1986) fiziksel sağlığın bireylerin psikolojik durumu ve sosyal çevresinden bağımsız olmadığını ileri sürer (akt. Üner, 1993). Hastalıkların önlenmesi, teşhis ve tedavisinde sağlığın psikolojik boyutu ele almak önemlidir. Kronik ve ölümcül hastalıklarla baş etmek, hastalıkların tedavisinde bireyleri duygusal yönden desteklemek, üreme sağlığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, stresle basa çıkma, yaşam kalitesinin artırılması konularında verilen psikolojik hizmetlerin önemi giderek artmaktadır. Sağlık bilimleri için sağlık psikolojisi alanının oldukça önemli olduğu görülmektedir (Üner, 1993).

Günümüze yaklaştıkça, sağlık kavramının da değiştiği görülmektedir; tanımla beraber, önleyici yaklaşımın da yer almaya başladığı; sağlığın desteklenmesi kavramının öne çıkmasıyla, sağlıklı yaşam biçimleri ve riskli davranışları önleme gibi konuların da öneminin fark edildiği görülmektedir (Erbaydar, 2003).

## **A. Sağlık Davranışları**

### **Modern Sağlık Anlayışı:**

Modern sağlık anlayışı ve tanımıyla birlikte sağlığı, hastalığın olmaması olarak tanımlayan geleneksel sağlık anlayışı değişmiş, hastalık ve sağlıktan bahsedilirken biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri dikkate almak önemli hale gelmiştir. Geleneksel olarak biyomedikal yaklaşımda, hastalıkların sadece fizyolojik faktörlerin sonucu olarak görüldüğü ve hastalığın davranışsal boyutunun ihmal edildiği belirtilmektedir (Baltaş, 2000) ve biyomedikal modelde hastalığa karşı önlemler, merkezi organizasyonlar tarafından ele alındığından bireylerin katılımına ihtiyaç duyulmamıştır. Biyomedikal modele sağlığın psikolojik ve sosyal faktörlerine ilişkin yaklaşımlar da eklendiğinde ortaya çıkan biyopsikososyal sağlık ve hastalık anlayışı, biyomedikal yaklaşımın da içinde bulunduğu, hastalığın ve sağlığın biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörleri kapsayacak şekilde ele alındığı, modern sağlık anlayışına uygun bir modeldir (Baltaş, 2000). Örneğin, obezite ve ilişkili hastalıklar gibi konularda laboratuvar çalışmalarının yanı sıra, psikolojik, sosyal ve davranışsal boyuttaki çalışmaların sağlığı koruma ve önleme çalışmaları boyutunda önemli olduğu görülmektedir (Steptoe ve Wardle, 1992).

Sağlık davranışı, sağlığın iyileştirilmesi, hastalıkları önlenmesi için insanların yapıp yapmadıkları şeyler olarak tanımlanabilir (örneğin, iyi beslenme, fiziksel aktivite gibi sağlığı geliştirici davranışlar ve sigara içme, prezervatif kullanmama gibi sağlığı riske sokan davranışlar). Blonna ve Water'a göre (2005), hastalık davranışı; insanların bir hastalığa sahip olduklarını ve hastalığa maruz kaldıklarını düşündüklerinden itibaren hastalık belirtilerinin veya olası risk faktörlerinin varlığında buna nasıl tepki verdikleri ve bu durumu nasıl yorumladıklarını içermektedir. Hasta davranışları ise, bireylerin hastalık teşhisi ile tedavi arasında geçen zamanda veya koruyucu bakım evresinde yapıp yapmadıkları ile ilişkilidir. Bireyin, hastalığı rol edinmemesi ve hastalığın ilerlememesi bakımından erken teşhis ve tedaviler oldukça önem taşımaktadır. Bundan ötürü, birinci, ikinci ve üçüncü sağlık hizmetlerinin neleri içerdiğini bilmek ve her bir basamakta müdahale alanlarının neler olduğunu bilmek oldukça önemlidir.

### **Birinci, İkinci, Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri:**

Sağlık ve hastalıklara yönelik çalışmalar ve uygulama alanları, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olmak üzere üç düzeyde ele alınmaktadır (Baltaş, 2000). Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastalıklara karşı üst düzey korunmayı içermekte, bireylerin evde ve ayakta tedavi edilmelerini hizmetlerini kapsamaktadır. Riskleri azaltma ve önleme amacıyla bilgi, beceri ve davranışlar öğretmek birinci basamak sağlık hizmetidir. Örneğin, çalışan kadınlara sağlıklı beslenmenin yaşam kalitesine ne gibi etkileri olacağına dair bilgi vermek bu düzeyde bir önleme hizmeti olarak düşünülebilir. Bu, bireylerin sağlıklı seçimler yapma ve riskli yeme davranışlarını azaltmalarına yardımcı olabilir.

İkinci basamak sağlık hizmetleri ise, sorunun ilerlemesini önleme amaçlı erken teşhis ve tedaviye yönelik hizmetleri içermektedir. Bu bağlamda, sorunu olan veya probleme sahip olma riski bulunan kişilere danışma verilir. Örneğin, hastalığından ötürü diyet yapmak zorunda olan hastayı, diyet yapmazsa mevcut hastalığa muhtemel ne gibi negatif etkileri olacağı hakkında bilgi vererek, hastayı diyet yapabilmesi için hazırlamak (Glanz ve arkadaşları, 2002).

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise, tedavi hizmetlerinden sonraki iyileştirmeyi kapsar. Özel bir yaş grubuna, cinsiyete ya da belli bir hastalığa yakalanan ve bir süredir bu hastalıkla yaşayan kişilere, alanında en geniş olanaklara sahip tedavi kuruluşlarında bireyleri yaşadıkları yan etkilerle ilgili zorluklarla baş etmeleri için ihtiyaç duydukları yardımı sağlamaya yöneliktir. Örneğin, diyabet tanısı almış hastaya, yerleşik olan beslenme alışkanlıklarını değiştirmek, diyet uygulamalarını sürdürmek adına, aile veya iş hayatında kişinin yaşamını nasıl devam ettireceği konusunda kişi ile motivasyonel danışma yapmak bunlar arasında sayılabilir.

Frost'a (2008) göre, eğer, kişinin sağlık davranışını gerçekleştirmek için güçlü bir niyeti ve yönelimi varsa, sağlık davranışının olmasını engelleyen güçlü çevresel baskılar bulunmuyorsa ve kişinin sağlık davranışını gerçekleştirmek için yeterli becerileri mevcutsa, bu, sağlık davranışında değişikliğe gitmek için gerekli ve yeterli olduğu anlamına gelir. Eğer, kişinin mevcut sağlık davranışını değiştirmesinin avantajları, dezavantajlarından fazlaysa, sağlık davranışını gerçekleştirmek için gerekli sosyal etki altındaysa, mevcut sağlık davranışını uygulamanın, uygulamamaya nazaran kişisel değerlerine ve standartlarına daha fazla uyduğuna inanmaktaysa, mevcut sağlık davranışını uygulamaya yönelik duygusal reaksiyonu olumsuzdan çok olumlu yönde ise ve farklı koşul ve hallerde mevcut sağlık

davranışını uygulayabileceğine inanmaktaysa değişimi etkileyen ve yönlendiren niteliğe sahip olduğu anlamına gelir.

Weinstein'a (2007) göre, sağlık davranışlarını açıklayan kuramların çoğu ilişki analizlerine dayanmaktadır. Bu nedenle de kuramların güvenilirlik oranı yetersiz kalmaktadır. Özellikle sürekli tekrar gerektiren ilaç tedavisi uyumu, diyet, egzersiz ve kondom kullanımı gibi konularda bu kuramların sağlık davranışlarını anlatmadaki etkililiği azalmaktadır. Davranışın kendisiyle davranışa etki eden yapılar birçok kez sadece ilişkisel kurulan bağlarla desteklendiğinden, literatür bağlamında kuramların çeşitli sağlık davranışlarını bütünüyle açıklayabilen yapılar olduklarını söylemek zordur (Glanz ve ark., 2008).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre; sağlık politikası oluşturmak, destekleyici bir çevre yaratmak, toplumsal eylemi güçlendirmek, bireysel becerileri geliştirmek, sağlık hizmetlerinin yönünü değiştirmek Ottawa Planı'nın ruh sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik beş eylem alanını oluşturmaktadır (DSÖ, 2005b). Diğer bir deyişle; bireyin yaşamını sağlıklı bir şekilde devam ettirebilmesi bakımından bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olması gerekmektedir (Bahadır, 2009).

### **1.1.1. Ruh Sağlığı Modelleri**

#### **1.1.1.1. Medikal Model**

Medikal model, ruh sağlığını, insan bedenindeki potansiyel hastalıkların olmaması olarak tanımlar. Tüm ruh sağlığı çalışanları tarafından temel kaynak olarak kullanılan ve Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından oluşturulan DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve benzer işlevleri gören, Dünya Sağlık Örgütü tarafından oluşturulan ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Problems) sistemleri, kişide görülen bazı karakteristik özelliklerin, tanı kriterleriyle belli oranlarda eşleşmesi sonucunda ruh sağlığının hangi tanım çerçevesinde risk altına girdiğini bulabilme esasına dayanmaktadır (Pollet, 2007).

#### **1.1.1.2. Sosyal Model**

Sosyal model, ruh sağlığını etkileyen başlıca etkenler olarak, bireyin yaşam olaylarını ele almaktadır. Şiddet, kayıplar, yoksulluk, işsizlik, ırk/etnik köken, cinsiyet/cinsel yönelim ve benzer sosyo-demografik etkenleri içermektedir. Pollet'e göre (2007), sözü edilen

etkenlerin olumsuz yönde insan yaşamına etki etmesiyle ruh sağlığının azalmasının neden olduğu ifade edilmektedir.

### **1.1.1.3. Bireysel-Kültürel-Yapısal Model**

Thomson tarafından oluşturulan bireysel-kültürel-yapısal model, toplum, kültür ve bireysel tutumların ilişkilerini anlamlandırmaya çalışır. Pollet (2007) tarafından aktarıldığına göre, Thomson, bireylerin, dünyayı anlama, anlamlandırma ve karşı tutum geliştirme yollarının, yaşadıkları kültürün yapısına bağlı olarak değiştiğini ileri sürmüştür. Pollet'e (2007) göre sağlık çalışanları da yaşadıkları toplumun kültürel yapısına ilişkin düşünce ve tutumlarını davranışlarına yansıtırlar. Bireysel-kültürel-yapısal model, kişinin sağlık davranışını ve sağlıklı olma halini o kişinin kültürel çevresinin oluşturduğu yapı içinde ele almıştır. Örneğin, Zaybak ve Fadiloğlu'na (2004) göre sağlıklı olma hali, sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirmeyi kapsarken Gochman'a (1997) göre sağlık davranışları, sağlığı iyileştirmeye, sürdürmeye ve geliştirmeye yarayan davranış biçimleri, eylemler ve alışkanlıklardır. Zaybak ve Fadiloğlu (2004) sağlıklı olma halinin sürdürülmesi için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının günlük hayatın bir parçası haline gelmesinin önemini vurgulamışlar ve bu sürecin önemini bu davranışların iyi olma halini koruyan ve arttıran davranışlar olmasından ileri geldiğini bildirmişlerdir.

Conner (2002) sağlık davranışlarını, sağlığı sürdürücü, iyileştirici ve geliştirici tutumların, eylemlerin ve alışkanlıkların bütünü olarak tanımlar. Wang, Keh ve Bolton'a (2009) göre ise sağlıklı yaşam şekli bireyin bedensel, duygusal ve zihinsel sağlığını iyileştirmesine, korumasına ve geliştirmesine yarayan günlük yaşamdaki davranış biçimlerin toplamıdır. Conner'a (2002) göre, sağlık davranışı tanımına giren davranışlar arasında tıbbi hizmet almak (muayene, görüntüleme vs.), tıbbi önerilere uyum (zayıflama, diyabet ve tansiyon düşürücü diyetler) ve doğrudan sağlıkla ilişkili davranışlar bulunmaktadır (dengeli beslenme, egzersiz, sigara içme/içmeme, alkol tüketimi). Ayrıca sağlıklı bir yaşam şeklinin, bireyi hastalıklardan korumasının yanı sıra sağlığı güçlendirme ve erken ölümleri önleme gibi yararları da vardır.

Bireyin hastalıklardan korunmak ve sağlıklı kalabilmek için inanarak uyguladığı davranışlar bütününe sağlık davranışı denir. Sağlıklı yaşam biçimi de bireyin sağlığını etkileyebilecek tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini sürdürmede kendi

sağlık durumuna uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanır. Sağlık anlayışı günümüzde, birey, aile, toplum ve toplumdaki alt kültürlerin sağlığını geliştiren, koruyan ve sürdüren, bireyin, bedensel ve ruhsal iyilik halini geliştirecek, koruyacak ve sürdürecektir. Davranışları içeren bütüncül bakım yaklaşımına dikkati çeker (Dalak, 2010). Bu davranışların temelinde de, sağlıklı yaşam biçimini sağlayan davranışlar bulunmaktadır. Bireysel-kültürel-yapısal modele, bu davranışları tutum haline dönüştüren bireyin, sağlıklı olma halini sürdürebileceği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebileceğini öngörür. Sağlıklı yaşam biçimi sağlayan davranışlar hastalıkların önlenmesinde büyük öneme sahiptir. Esin'in (1999) aktardığına göre, DSÖ, gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni yaşam biçimi davranışlarına bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar olduğunu ileri sürer ve Esin (1999) hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde yaşam biçiminin değiştirilmesine yönelik davranışların ilke olarak benimsendiğini belirtmiştir. DSÖ, "herkes için sağlık" sloganı ile 2000'li yılların başından bu yana sağlıklı insan sayısını arttırmayı hedeflemektedir. Cihangiroğlu ve Deveci'nin (2011) aktardığına göre ise DSÖ, sağlıklı yaşam biçimini teşvik etmek amacıyla sağlıklı yaşam biçimine özendirme, sağlık düzeyi arttıran yaşam alanları oluşturma, sağlık hizmetlerini geliştirme ve bütün bunlara göre sağlık yasa ve politikaları oluşturma gibi yöntemlerin uygulanmasının gerekli olduğuna dikkati çekmiştir.

## **1. Dünya'da Sağlık Davranışları**

Dünya'da sağlık davranışlarına ilişkin temel çalışmaları ve bu çalışmalardaki temel değişkenler ile bulguları özetlemeden önce, yukarıda da tanımlanan sağlık davranışlarını biraz daha genişleterek bu bölüme başlamak yerinde olacaktır.

Sağlık davranışlarını tanımlamada sağlığı artırıcı ve sağlığı bozucu davranışları birbirinden ayırmak yaygındır. Sağlık bozucu davranışların sağlık üzerinde zarar verici etkileri vardır ya da bu davranışlar, kişiyi hastalıklara yatkın hale getirirler. Örneğin, sigara içme, aşırı alkol tüketimi ve yüksek yağ tüketimi davranışları gibi. Buna karşın, sağlık artırıcı davranışlar, sağlığa faydalı ya da kişiyi hastalıktan koruyan davranışlardır. Örneğin, egzersiz, meyve ve sebze tüketimi, cinsel yolla bulaşan hastalık tehdidine karşı kondom kullanımı gibi (Conner, 2002).

Sağlık davranışları ve sonuçları arasındaki ilişki çok sayıda araştırmada ele alınmış ve hem hastalıklılık hem de ölüm oranları üzerindeki etkisi gösterilmiştir (Blaxter, 1990). Böyle araştırmalardan birinde Belloc ve Breslow'un (1972) düşük hastalıklılık ve uzun yaşam ile ilişkili yedi yaşam tarzı tanımlamışlardır: sigara içmeme, nadiren alkol alımı, gecede 7-8 saat uyuma, düzenli egzersiz, normal kiloyu koruma, atıştırılmalıklardan kaçınma, düzenli kahvaltı yapma. Sağlık davranışlarının, kronik hastalıkların başlamasını geciktirme, ömrü uzatma biçimde kişinin yaşam kalitesi üzerinde de etkisi bulunmaktadır. Sigara içmek, alkol tüketimi, diyet, birincil sağlık hizmetinde boşluklar ve sağlık taraması gibi davranışların hepsi kötü sağlığın belirtileri ile ilgilidir ve bu tür davranışları değiştirmek sağlığı düzeltebilir.

İnsanların neden sağlık davranışlarını uyguladıklarını daha açıkça anlamak, sağlık davranışı müdahalelerinin geliştirilmesinde yardımcı olabilir. Sağlık davranışlarının yerine getirilmesinde bireysel farklılıklara ilişkin çeşitli faktörler vardır. Demografik değişkenlerin sağlık davranışlarının yerine getirilmesi ile anlamlı ilişkisi vardır. Örneğin, pek çok sağlık davranışı ile yaş arasında doğrusal olmayan bir ilişki vardır (Blaxter, 1990). Sağlık davranışları, cinsiyet, eğitim, sosyo-ekonomik düzey, etnik grup gibi demografik değişkenlerden etkilenmektedir. Alkol kullanımı, sigara içme, diyet ve egzersizler sıklıkla sosyokültürel etkilere bağlı olabilmektedir (Blaxter, 1990).

Adler ve Matthews (1994) ise sağlık davranışlarını sosyo-demografik özelliklerle ilişkilendirmiştir. Onlara göre, daha genç, zengin, iyi eğitilmiş bireyler daha az stres altındaysa ve sosyal destek düzeyleri yüksekse daha çok sağlık koruyucu davranışlar sergilemektedirler. Ayrıca sağlık hizmetine ulaşabiliyor olmanın da sağlık hizmetini kullanma üzerinde etkisi olduğunu bulmuşlardır. Steptoe ve Wardle (1992) ise çocukluk çağında sağlık davranışının şekillenmesinde sosyal faktörlerin önemli olduğunu, ebeveyn, kardeş, akran etkilerinin özellikle sigara içme davranışının başlamasında önemli bir faktör olduğunu, kültürel değerlerin de aynı şekilde etkisi bulunduğunu bildirmişlerdir. Örneğin, kadınlarda sağlık davranışı olarak sağlıklı yiyecekler tüketme ve egzersiz yapma kültürel değerlere bağlı olabilmektedir.

Adler ve Matthews (1994) ayrıca algılanan semptomların sağlık davranışını kontrol ettiğini, örneğin sigara kullanan biri sigara içme davranışını boğazındaki ağrıya göre düzenlediğini bulmuşlardır. Kişilik faktörleri de sağlık davranışı ile ilişkilidir (Adler ve Matthews, 1994). Conner'a (2002) göre ise bilişsel faktörler kişinin sağlık davranışını uygulayıp uygulamayacağını belirler ve diğer faktörlerin davranışı nasıl etkilediğini

açıklayabilir. Davranış-sağlık bilgisi, sağlık davranışlarını ilgilendiren bilinçli seçim için önemli bir faktördür. Sağlık riski algısını, bu riski etkileyen davranışların yeterliliğini, davranışın uygulanmasındaki sosyal baskıları ve davranış üstündeki kontrolü içeren eşitli bilişsel değişkenler mevcuttur.

Son yıllarda kuramsal temelli sağlık davranışı araştırmalarına daha sık rastlanmaktadır. Özellikle, kimin hangi sağlık davranışını yapacağını belirleyen bilişsel faktörler farklı modellerin temelini oluşturmuşlardır. Bu tür modeller sosyal bilişsel modeller olarak tanımlanırlar ve odaklarında bireysel sosyal davranışın birincil belirleyicileri olarak bilişsel değişkenler vardır. Sosyal bilişsel modeller davranışın ve davranış değişiminin belirleyicilerini anlamayı sağlar. Bu modellerin her biri insan davranışının rasyonelini vurgular ve davranışın, özenli fakat öznel, kar zarar analizi üzerine temellendiğini varsayar. İnsanların genel olarak davranışı seçerken, faydayı arttırmayı ve zararı azaltmayı amaçladığını varsayar (Conner, 2002).

**Sağlık İnancı Modeli**, hastalığın ilgi çekici olmasına göre bir davranış ortaya koyan iki tür sağlık inancını kavramasallaştırmıştır: hastalığa ilişkin tehdit algısı ve bu tehdide verilecek davranışsal tepkinin etkililiğini değerlendirme (Sheeran ve Abraham, 1996). Demografik değişkenlere, sosyal baskıya ve kişiliğe göre farklılık gösterse de iki değişken birden kişinin sağlıkla ilişkili davranışı yapıp yapmayacağını belirler. Üstlenilmiş olan özel davranış olası alternatiflerin değerlendirilmesi ile belirlenir. Bu davranışsal değerlendirme, sağlık davranışının faydaları ve etkililiği ile davranışı gerçekleştirmenin algılanan bedelleri ya da engellerine ilişkin inanca bağlıdır. Bundan dolayı insanlar, belirli bir sağlık davranışına, ciddi olduğunu düşündükleri belirli bir hastalığa duyarlı olduklarına ve davranışın hastalığa karşı faydalarına inanırlarsa uyabilirler. Tüm bu sürecin eylem ipuçları ile harekete geçtiği varsayılır. Eylem ipuçları, insanların harekete geçmesini sağlayan çok çeşitli tetikleyiciler içerir ve genel olarak içsel (fiziksel belirtiler) ya da dışsal faktörlere (medya kampanyaları, başkalarının öğütleri) ayrılırlar. Sağlık davranışına ilişkin performans üzerindeki diğer etkiler ise demografik faktörler ya da psikolojik özelliklerdir (kişilik, akran baskısı, davranışa ilişkin kontrol algısı) (Conner, 2002).

**Planlı davranış teorisi** sosyal psikologlar tarafından geliştirilmiştir ve sağlık davranışı dışında da başka davranışların anlaşılmasını sağlayan bir araç olarak görülmüştür (Ajzen, 1991, Godin ve Kok, 1996). Planlı davranış teorisi bir kişinin üzerindeki etkilere bağlı olarak nasıl olup da belli bir davranışı yapmaya karar verdiğini açıklamaya çalışır. Planlı davranış



teorisine göre, davranışın belirleyicileri, o davranışı yapma niyeti ve o davranış üzerindeki davranışsal kontrol algısıdır. Davranışsal kontrol algısı, kişinin o davranışı kendi kontrolünde gerçekleştirme beklentisidir. Niyetler ise üç değişkene göre belirlenirler. Birincisi, kişinin davranışın tamamını değerlendirmesi olan tutumdur. İkincisi, kişinin, eğer o davranışı yaparsa yakınlarının bu davranış hakkındaki düşüncelerine ilişkin inançlarından oluşan öznel normlardır. Üçüncüsü, kişinin, davranışın ne ölçüde kendi kontrolü altında olduğunu algıladığını ölçen davranışsal kontrol algısıdır.

Tutum, öznel normlar ve davranışsal kontrol algısı temel inançlar tarafından belirlenir. Tutum, kişinin, davranışın olası sonuçlarına ilişkin algısıyla ilgili belirgin davranışsal inançlarının bir işlevidir (örneğin, egzersiz yapmak kilo alışı kontrol altında tutmamı sağlar). Öznel normlar, kişinin, belli bir davranışa ilişkin yakınlarının düşünceleriyle ilgili belirgin normatif inançlarının bir işlevidir (örneğin, ailem egzersiz yapmam gerektiğini düşünüyor). Davranışsal kontrol algısı ise o davranışı başarıyla gerçekleştirme fırsatlarına ve gerekli kaynaklara erişebilme inancı üzerinde temellenir (örneğin, egzersiz yapabileceğim yere ulaşımım kolaydır).

**Algılanan öz-yeterlilik** sağlık davranışının en güçlü belirleyicilerinden biridir (Bandura, 1997; Schwartzer ve Fuchs, 1996). Bandura'nın sosyal bilişsel kuramından gelir ve davranışın hem özendiriciler hem de beklentilerin bir işlevi olduğunu söyler. Üç tür beklenti tanımlanabilir: olayların birbirleri ile bağlantısına ilişkin inançlara karşılık gelen durum-sonuç beklentileri; belli bir davranışı yapmanın sonuçlarına ilişkin inançlara karşılık gelen sonuç beklentileri ve kişinin bir davranışı yapma becerisine ilişkin inançlara karşılık gelen öz-yeterlilik beklentileridir. Bir sağlık davranışının yerine getirilmesi için kişinin sağlığına önem veriyor olması, şimdiki yaşam tarzının sağlığı için bir tehdit oluşturduğuna inanması, yeni davranışın sağlığı üzerindeki tehdidi azaltıcı olduğuna inanması ve kendisinin o davranışı yapmaya yetkinliğinin olduğuna inanması gereklidir. Tüm bu inançların hepsi sağlık davranışında oldukça önemlidir ancak algılanan öz-yeterlilik en önemlisi gibi görünmektedir. Öz yeterliliği güçlü olan insanlar davranışı yapmaya istekli, amaca ulaşmada daha çok çaba harcayan ve engellere karşı daha uzun süre direnç gösterebilen insanlardır. Algılanan öz yeterlilik bu yüzden sağlık davranışının önemli bir belirleyicisidir.

Sağlık davranışını cesaretlendirme adına öz yeterlilik duygusunu arttırmayı amaçlayan çok sayıda araştırma mevcuttur. Bandura'nın (1997) belirttiğine göre, öz yeterliliğin dört temel kaynağı bulunmaktadır ve her biri müdahalelere yön verebilir. Birincisi, insanlar daha

önceki deneyimlerinden yola çıkarak öz yeterlilik duygularını geliştirebilirler, ikincisi insanlar, diğer insanların bir görevdeki başarılarını gözlemleyerek öz yeterlilik duygularını geliştirebilirler, üçüncüsü, standart ikna yöntemleriyle öz yeterlilik aşımak mümkündür, son olarak da, kişinin psikolojik durumu bilgi kaynağı olarak kullanılabilir, örneğin yüksek düzeyde anksiyete kişiye kendisinin bir davranışı yapabilme becerisi hakkında bilgi veriyor olabilir.

Sağlık davranışının başlatılmasında ve sürdürülmesinde niteliksel olarak farklı evrelerin bulunduğunu söyleyen araştırmalar, bu evrelerin doğasını da incelemiştirler. Bunlardan birincisi Prochaska ve DiClemente'nin ortaya koyduğu transteorik modeldir. (TTM). Bu model alkolizm tedavileri, sigarayı bırakma ve psikoterapide değişim süreçlerinin analiz edilmesine uygulanmaktadır. En çok uygulanan formu da Prochaska ve arkadaşlarının (1992) tanımladığı beş değişim basamağıdır: niyet öncesi, niyet, hazırlık, eylem ve sürdürme. İnsanlar yeni davranışı sürdürürken bu evreleri başarırlar.

## **2. Türkiye'de Sağlık Davranışları**

Sağlık psikolojisi alanı, ülkemizde yeni tanımlanmakta ve akademik bağlamda henüz adı konmuş değildir. Okyayuz'e göre (1999),sağlık psikolojisi alanına girebilecek kuramsal yaklaşımları özetleyen ve bazı görgül çalışmalara yer veren, klinik psikoloji ve halk sağlığı (Baltaş, 2000) alanlarından gelen bazı açılımlara rastlanmaktadır. Ancak kuramsal anlamda çerçeveyi çizen ve bunları bir araya getiren bir “sağlık psikolojisi” akademik disiplini henüz ülkemizde başlangıç aşamasındadır. Sağlık psikolojisi alanında, özellikle halk sağlığı psikolojisi ve toplumsal sağlık psikolojisi anlayışlarını benimseyerek gerçekleştirilen katılımlı eğitim ve araştırma örneği ülkemizde sürdürülmekte olan görgül çalışmalar konusunda bir fikir verebilir. Bu çalışma, AÜTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pedyatri Bilim Dalı, Ana-Baba Okulu kapsamında “Ev Kazalarını Önleme Eğitimi” programının hazırlamıştır. Çalışma, uygulamalı araştırma ile eğitimde yararlanılan kuramsal yaklaşımın geliştirilmesine yönelik niceliksel ve niteliksel olmak üzere, iki görgül araştırmayı içermektedir (Seda Usubütün, Dr., Dr. Psk, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4), 2003 Özel Eki). Koruyucu sağlık bakımından; 0-6 yaş çocukların ev kazalarından korunmasına yönelik yer alan araştırmalar: epidemiyolojik yaklaşımlar, davranışsal yaklaşımlar ve bilişsel yaklaşımlar olarak sınıflanabilmektedir. 1980'lerde yoğun olarak yürütülmüş olan epidemiyolojik çalışmalarda (Rivara, 1982; Brown ve Davidson, 1978)

fiziksel çevre olarak özellikle ev ortamının ve sosyal çevre olarak da özellikle annenin stres düzeyi ve stresle başa çıkma becerilerinin okul öncesi çocukların başına gelen kazalarda belirleyici olduğu saptanmıştır. Ancak, annenin kaygı düzeyinin ev kazalarındaki rolünü vurgulayan araştırmacıların, psikiyatrik tanısı olan özel hasta grupları ile çalışarak bu sonuçlara ulaştıklarını belirtmek gerekir (Brown ve Davidson, 1978).

Buraya kadar sağlık psikolojisi alanı ve sağlık davranışlarında kısaca hahsedilmiş, bu konuda dünyada ve Türkiye'deki çalışmalar ve ülkemizin durumu kısaca özetlenmiştir. Bu, sağlık psikolojisi ve sağlık davranışları perspektifinde ele alındığında sağlıklılık üzerinde önemli rolü olan davranışlardan birinin de diyet davranışları olduğu vurgulanmalıdır. Bundan sonraki bölümde bu tezde geliştirilen ölçüm aracının da temel çatısını oluşturan diyet davranışları ve buna yönelik kuramsal bakış açıları ile uygulama ve araştırmalardan bahsedilecek, ülkemizin içinde bulunduğu durum bağlamında bu çalışmanın amacı özetlenecektir. Davranışsal bakış açısıyla ev ortamında ana-babaların gerçekleştirdiği güvenlik davranışlarına dikkati çeken Valsiner ve Lightfoot (1987), ana-babanın güvenlik davranışlarının farklı kategorilerde incelenebileceğini gösteren çalışmalarında, ana-babaların ev kazalarından koruma amacıyla çocuklarını gözetim altında tutuyor, fiziksel çevreyi düzenliyor ve çocuklarını kazalar konusunda eğitiyor olduklarını, kimi ailelerin ise yalnızca kaza olduğunda devreye giriyor ve çocuklarına ilk yardım sağlıyor olduklarını bulmuşlardır. Davranışsal yaklaşımlı kaza araştırmalarında, kişilerin ev kazalarına yönelik güvenlik davranışlarını bilip bilmedikleri ve riskli davranışlarını değiştirmelerinin kazaları önleyici etkisi üzerinde durulmuştur (Usubütün, 2003). Bunun dışında başka müdahale çalışmalarına rastlanılmamıştır.

## **II. DİYET DAVRANIŞLARI**

Diyet, bireyin, yaş, boy, cinsiyet, kilo hikâyesi, sağlık durumu, genetik yapısı, hastalık potansiyeli, iş yaşamı, yaşam şekli, stres düzeyi, aktivite miktarı, metabolizma hızı, gebelik, çocuk-bebek, yaşlılık gibi özel durumu, yağ/kas oranı, kilonun vücutta dağılımı, deri altı yağ dokusu miktarı, ödem, su dengesi gibi vücut analizleri, alerjisi olduğu yiyecekler, sevmediği ve tüketmediği/tüketemediği yiyecekler göz önüne alınarak bireye özgü hazırlanan yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenme programıdır (Şahin, 2014).

Kızıltan'a (2005) göre, bir tedavi yöntemi olarak diyet çeşitli unsurlar dikkate alınarak uygulanır. İlk olarak, günlük enerji gereksinimi, kişinin vücut ağırlığını ideal vücut ağırlığına göre dengede tutacak şekilde düzenlenir. İkinci olarak, kan şekerinin aniden yükselmesine sebep olan şeker, bal, reçel gibi basit karbonhidratlar yerine tahıllar ve kurubaklagiller arttırılır, süt, yoğurt, tavuk, balık, peynir gibi proteinli besinler kan şekerinin ayarlanması amacıyla kullanılır, katı yağların yerini zeytinyağı gibi bitkisel yağlar alır. Üçüncü olarak, posa açısından zengin besinlerin (kepek, sebze, meyve, kurubaklagiller) yeterince olması sağlanır. Dördüncü olarak, günlük öğün sayısı üç ana öğün ve üç ara öğün omak üzere planlanır ve beşinci olarak da yiyeceklerin pişirme şekilleri değiştirilir, örneğin kızıratma yerine haşlama, ızgara vs. gibi.

Diyet ve beslenme programları sağlıklılık halinin sürdürülmesine katkı sağlıyor olduğu halde bu programlara uyumla ilgili problemlerin ele alındığı çok sayıda araştırma mevcuttur. Örneğin, diyetle uyumu etkileyen faktörlere ilişkin araştırmasında İstek (2006), hastaların hastalıkları nedeniyle verilen diyetleri uygulamama sebeplerinin başında, başkalarıyla birlikte yaşıyor olma, miktarların az gelmesi hastalıklarının ilaçla kontrol altına alınmış olması ve yoğun olmalarının geldiğini bulmuştur.

Diyet davranışları genetik yapı, çevresel uyaranlar ve gelişimsel olgulardan etkilenmektedir (Popkin, 2001). Guyton ve Hall, (2001) şişmanlığın kalıtsal olduğunu ve genlerin beslenme davranışını çeşitli yollardan etkilediğini bulmuşlardır. Beslenme merkezinin enerji deposunun düzenlenmesindeki anormalliklerin, rahatlama mekanizması olarak iştahı açan ya da kişiyi yemeye iten anormal ve kalıtsal psikolojik faktörlerin, karbonhidrat ve yağ depolanmasıyla ilgili genetik bozuklukların genlerle aktarıldığını ve beslenmeyi etkilediğini ileri sürmüşlerdir. Wangensteen ve arkadaşları (2005) ikiz çalışmalarında beden kitle indeksinin genetik geçişle aktarılabileceğini, obez çocukların sıklıkla obez ebeveynlere sahip olduklarını bildirmişlerdir. Şarbat ve Demirkol'a (1999) göre Aşırı kilolu ebeveynlerin çocukları da aşırı kilo alma eğiliminde olabilmektedir. Kilo alma durumu çocuklar biyolojik ebeveynlerinden ayrı yetiştirildiklerinde de ortaya çıktığından genetik faktörlerin rol oynadığını söylemek mümkündür (akt. Tezcan, 2009).

Beslenme ve aktivite alışkanlıklarındaki değişimler kilo artışının daha sık görülmesine neden olmaktadır (Popkin, 2001). Yüksek yağlı besin alanlarda, şeker içeren içecekler, kafeterya tipi gıda tüketenlerde ihtiyaçtan fazla olarak alınan enerji yağ olarak

depolanmaktadır (Tezcan, 2009). Kilo artışı da yeterli olmayan fiziksel aktiviteye bağlı olarak ortaya çıkan hızlı yağ depolanması gerçekleşir (Alphan, 2008).

Kurdoğlu'na (1989) göre, çocukluk çağında hatta anne rahmindeyken annenin beslenme şekli sonraki dönemlerde beslenme davranışını belirleyici olmaktadır. Özellikle fazla yeme isteğinin, hareketsizliğin ailede edinilen alışkanlıklar olabileceği, obez aileler tarafından evlat edinilmiş çocuklarda da obezitenin sıklıkla ortaya çıkmasından anlaşılmaktadır (akt. Tezcan, 2009). Bebeklikten itibaren öğrenilen beslenme biçimi ilerleyen yıllarda kilo alma biçimini etkiler (Evers, 1997).

Potansiyel olarak kişiye zararlı olan davranışlar ya da alışkanlıklarla yaşamak, bu alışkanlık ve davranışlar problem yaratmaya başlayınca zorlayıcı hale gelirler. Bu davranışların çoğu en başta arzu edilen deneyimler olarak başlarlar ancak nihayetinde zararlı fiziksel ya da psikolojik yaşam seçimleriyle sonuçlanan alışkanlıklara dönüşürler. Çoğu bu davranış ya da alışkanlıklara bağımlı olduklarını söylerler. Davranışın değiştirilmesi gereği ile yüzleştiklerinde ise kimi değişme isteklerinin bulunmadığını, kimi de bunu nasıl yapacaklarını bilmediklerini söyler, bazıları da istenen değişime başlatır. Gerçekle yüzleşildiğinde alışkanlık halini almış davranış artık tehlikesiz değildir, yerine davranışı değiştirme kararı verme ya da nasıl başlanacağına karar verme savaşı başlar. Balaz ve arkadaşlarına göre (2000) sağlığın sürdürülmesi ile ilgili koruyucu önleyici sistemler artık daha önemli hale gelmiştir ve sağlık çalışanları daha çok hastalığın ortaya çıkmasına sebep olan tehdit edici koşullara odaklanmışlardır. Yaşamsal alışkanlıklara hızlı ve etkili çözümler sağlamanın zorluğu açıktır ve pek çok araştırmacı insanların davranışlarını etkili biçimde değiştirmenin yollarını araştırmaktadır.

Sağlıkta, hastanın davranış değişimine hazır oluşunu sağlamak oldukça önemlidir. Birine, basitçe kilosunun sağlık riski oluşturduğunu ve kilo vermesi gerektiğini söylemek yardımcı olmamaktadır. Bir fiziksel koşulu engelleyen aşırı kilo, genellikle iki bağımlılık yaratan alışkanlığın sonucudur: aşırı yeme ve sedanter yaşam tarzı (Caspersen, Powell, Christenson, 1985; Warburton, Nicol, Bredin, 2006; Haskell ve ark, 2007).

Potter, Vu, ve Croughan-Minihane (2001) araştırmalarında, hastaların danışmanlarından kilo yönetimi konusunda daha çok yardım istediklerini ve kilo vermenin kendileri için önemli olduğunu göstermişlerdir. Araştırmalara göre hekimlerin en yaygın kilo verme yaklaşımları basitçe hastalara kilo vermelerini söylemek, ikinci olarak da kilo vermeleri gerektiğini hiç söylememektir. Bu bulgulara rağmen pek çok hasta kilo vermek

konusunu hekimleri ile tartışmaya isteklidir. Bardia, Holton, Slezsak ve Thompson (2007) araştırmalarında, zaman darlığını, hekimlerin tedaviye ilişkin bilgi ya da güven eksikliklerini ve hekimlerin hastanın motivasyonuna ilişkin kötümser bakış açılarını obezite tedavisini zorlaştıran etmenler olarak sıralamışlardır. Diğer yandan kaynak eksikliği, sigortanın destek vermemesi ya da etkili müdahaleleri bilmemek de buna dahildir (Bowerman ve ark., 2001).

Çocukların yemek yemelerinin sosyal uyumla ilişkili olduğunu vurgulayan Birch ve Davison, (2001) çocukların, kendi aileleri, akranları gibi diğer insanları gözlemleyerek kendi yeme davranışlarını ve tercihlerini oluşturduklarını ve çocukların yiyecek tercihlerinin, ailelerinin yeme davranışlarından ve yiyecek tercihlerine göre şekillendiğini bildirmişlerdir. Örneğin, zor yaşam şartlarında ve kötü ortamlarda büyüyen çocukların obezite riskleri daha yüksektir (Patterson ve ark., 1997; Gnavi ve ark., 2000).

Beslenmenin ölüm oranları ve hastalıklılık üzerindeki etkisi açıktır. Üçüncü dünya ülkelerinde diyet ve sağlıkla ilişkili problemler yetersiz beslenmeyle, birinci dünya ülkelerinde sorun yiyeceklerin aşırı tüketimiyle, batıda endüstrileşmiş ülkelerde aşırı yağ tüketimi ve yetersiz lif, meyve, sebze tüketimi sağlık problemleri ile ilgilidir. Ayrıca, aşırı kalori alımının yanı sıra yetersiz egzersiz obeziteyi temel sağlık problemi haline getirmektedir. Diyet, kardiovasküler hastalıklarda, felçlerde, yüksek kan basıncında, kanserde, diyabette, obezitede ve osteoporoz ve diş hastalıklarında uygulanan bir yöntemdir (Conner, 2002).

Psikolojik faktörler diyet davranışında belirleyicidir. Psikolojik değerlendirme ve müdahaleler diyet davranışının sürdürülmesinde yönelik tedavide oldukça önemli bir unsurdur (Collins, Bentz, 2009). Diyet davranışları çevresel, psikososyal, genetik, biyolojik faktörlerin birleşiminde yatar. Psikolojik bozuklukları olan kimseler (depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları gibi) yedikleri yemeğin miktarını, yaptıkları egzersizin miktarını kontrol edemeyebilir ve sağlıklı kiloyu sürdüremeyebilirler.

Kilo problemi olan kimseler, özellikle üzgün, kaygılı, stresli, yalnız olduklarında ve hayal kırıklığı yaşadıklarında yemek yemeyi bir başa çıkma mekanizması olarak sık sık kullanırlar (Collins, Bentz, 2009). Bazı bireylerde duygu durum bozukluğu, aşırı yeme ve kilo alma döngüsü süreklidir. Stresli hissettikleri zaman başa çıkmak için yemek yerler, yemek yeme geçici olarak stresi düzenler, yedikleri için kilo alırlar ve kilo alınca tekrar duygu durumunda problem ortaya çıkar. Suçluluk hissi döngüyü yeniden aktif hale getirebilir. Psikanalitik açıdan bakıldığında yaşamın ilk günlerinde açlık en erken acı çekme, doymak ise

en erken rahatlama olarak tanımlanır (Tezcan, 2009). Ganley'e (1989) göre, duygusal durumla ilişkili olan yemek yeme beden ağırlığı ile ilişkilidir. Öfke, depresyon, kaygı, yalnızlık gibi olumsuz duygularla birlikte duygusal yemek yemek davranışı ortaya çıkmaktadır (akt., Tezcan, 2009). Depresyon ve anksiyetenin yanı sıra diğer "düşünmeden yeme" gibi risk faktörleri de problem yaratabilir. Özellikle sık sık abur-cubur tüketimi, fast-food, gece yemeleri gibi (Glinski, Wetzler, Goodman, 2001). Tıkanırmasına yeme ve gece yeme gibi sağlıksız yeme biçimleri de kilo almaya sebep olmaktadır. Tıkanırmasına yemenin bulumiya ve anoreksiyadan farkı kompulsif davranışları içermiyor olmasıdır (Collins, Bentz, 2009).

Daha önceki çalışmalar (Becker ve Levine, 1987; Contendo ve Murphy, 1990; Dittus, Hillers ve Beerman, 1993; Hayes ve Ross, 1987; Kelly, Zyzanski ve Alemagno, 1991; O'Connell ve ark. 1985; Rasnford, 1986) hastalığa yatkınlık algısı, kar/zarar algısı ve sosyo-demografik özelliklerin diyet alışkanlıklarındaki ve bazı yiyeceklerin tüketimindeki değişimleri belirlediğini bildirmişlerdir. Örneğin, sağlık inancı modeli iyi kalitede bir diyet programının diyet davranışına ilişkin kar/zarar algısından etkilendiğini göstermektedir. Algılanan önem diyet-sağlık ilişkisinin farkında olunması ve diyet kalitesi algısına göre belirlenir. Algılanan önem aynı zamanda diğer insanlardan gelen eylem ipuçlarından ve sosyo-demografik, durumsal ve çevresel koşullardan etkilenir (Conner, 2002).

Klinik müdahalelerde diyete ilişkin sağlık davranışlarının önemi artmıştır ve klinisyenlerin, hasta faktörlerini ya da diyet davranışına uyumda uzun süreli değişimle ilişkili değişkenlere; davranış değişimi amaçlayan terapilerde kimin başarılı olacağını nasıl tahmin edilebileceği ve kimin risk altında olduğuna; hangi unsurların diyet davranışındaki değişimi etkileyebileceğine, davranıştaki değişimin nasıl gözlenebileceğine ilişkin anlayış geliştirmiş olmaya ihtiyaçları vardır (Kelly, 2011). Sağlık davranışı olarak diyet programlarına uyuma davranış değişikliği gerektirdiğinden, bu türde davranışın değiştirilmesi ve sürdürülmesine ilişkin problemler de ortaya çıkabilmektedir. Diyet programlarına uyumu konu alan araştırmalar genel olarak davranışın neden sürdürülebildiği ya da sürdürülemediğini anlamaya çalışırlar.

## **A. DİYET PROGRAMLARINA UYUMU KONUSUNDA YAPILAN ARAŞTIRMALAR**

Bazı insanların neden sağlıklı diyet davranışını sürdürebildikleri, bazılarının ise neden sürdüremediklerinin, hangi süreçlerin ya da modellerin daha uygun olduğunun anlaşılması oldukça önemlidir (Kristal ve ark. 2000; Ory ve ark. 2002; Di Noia ve Prochaska, 2009).

Çalışmalar, diyet kalitesinin artırılmasının önemini vurgulamaktadırlar. Diyet kalitesini arttırmaya yönelik uygulamaların temel beslenme unsurlarını ortaya koymaktan ziyade, diyet davranışının normatif ve tutumsal belirleyicilerini ortaya koyarak kişiyi doğru beslenmeye motivasyonu artırması gerekir (Johnson ve Johnson, 1985; Sims, 1981; Sloan, 1987). Etkili bir beslenme eğitimi programının, diyet davranışının sosyal psikolojik modelleri aracılığı ile diyetle ilişkili kararların tutumsal ve normatif belirleyicilerini ortaya koyabilmesi önemlidir.

Macqueen ve Frost (1995) obezite ile ilgili araştırmalarında obez katılımcıların %28'inin hiçbir randevusuna gelmediğini bulmuş ve randevusuna gelmeyenlerin yaşam tarzlarını değiştirmeye istekli olmamaları ve yaşamlarının belli dönemlerinde kilo verilmesine ilişkin önerilere açık olmamalarının mümkün olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Katılım göstermeyen ve diyet önerisini yerine getirmeyen insanları tanımak kişiye özgü tedavi yöntemi geliştirmeye yardımcı olabilir.

Davranışsal olarak diyet davranışına yaklaşımlar diyet, fiziksel aktivite ve davranış terapisini ele alırlar. Davranış terapisti, bireylerin zayıf diyet seçimlerine ve zayıf fiziksel aktivitelerine neden olan problemlerini belirlemelerine ve çözmelerine yardımcı olması için tasarlanmış teknikler ve becerilerden oluşur (Wadden ve Foster, 2000). Toplam kilo kaybı ve "ideal kilo" vurgusu, uzun dönem yaşam tarzı değişimi sağlayan, tamamen davranış değişimi ve artan fiziksel aktivite vurgusuna kaymaktadır (Ross ve Bradshaw, 2009). Bu çok boyutlu yaklaşım, davranış değişikliğine yardımcı olan en başarılı yöntem olarak tanımlanmıştır (Wadden ve Foster, 2000).

Davranış değiştirme becerisi ağırlıklı bir bireyin kendini düzenleme (self-regulation) ve motivasyonuna bağlıdır (Thompson ve ark., 2007). Verdiği kiloyu koruyanlar fiziksel



olarak aktif, diyet ve kilolarını düzenli olarak takip edenler ve iyi bir sosyal destek sistemi bulunan kimselerdir(Akt. Paulson,2011).

Davranış tedavisinin amacı, bir bireyin yeni sağlıklı davranışlar yerleştirerek sağlıksız davranışları nasıl değiştireceğini belirlemesine yardımcı olmaktır (Foster, Makris ve Bailer, 2005). Diyetin ve egzersiz davranışının kişinin kendisi tarafından izlenmesi davranış değiştirmenin birincil unsurudur. Kendini izleme (self-monitoring), davranış programlarında, tek başına, kilo kontrolü davranışına adapte olmayı ve korumayı kolaylaştırabilen bir öz davranışsal beceri olarak görülmüştür (Burke ve ark., 2008). Kendini izleme ile birey günlük alışkanlıklarının ve sağlıksız seçimler yapmasına neden olan davranışlarının daha çok farkına varmaya başlar. Kendini izleme aracılığıyla tanımlanan diyet ve fiziksel aktiviteye ilişkin artan farkındalık aynı zamanda kilo kontrolü ile ilişkili düşünce ve karar verme becerilerini de değiştirebilir (Akt. Paulson, 2011). Kendini izleme ve kilo kontrolü sağlama için son yıllarda akıllı telefonlara yüklenerek kullanılabilen pek çok uygulama yazılımı geliştirilmiştir. Araştırmalar kendini izleme için kullanılan yazılımların oldukça etkili biçimde kilo kontrolünde yardımcı olduğunu bulmuşlardır (Polzien ve ark., 2007;Shugar ve ark., 2011).

Kilo kontrolünde başarılı bir kolaylaştırıcı olarak tanımlanan ek bir strateji de motivasyonel mülakattır (görüşme). Motivasyonel mülakat, hasta odaklı danışma yaklaşımıdır ve kilo kaybetmeyi desteklemeye yardımcı spesifik davranışlar için öz yeterliliği (self-efficacy) arttırmayı ve çelişkili duyguları (ambivalans) azaltmayı amaçlar. Kilo kaybetme programlarındaki motivasyonel mülakat, hastaya gerçekçi amaçlar belirlemesine ve problem davranışlarını belirleyip üzerinde çalışmasına yardımcı olarak diyet ve fiziksel aktivite davranışı için öz yeterlik inşa etmeyi vurgular (Paulson, 2011). Bu teknik internet üzerinden(Webber, Tate, Quintillani, 2008),telefonla (Shaikh ve ark., 2011) ve yüz yüze(West ve ark, 2011) iletişimle uygulanmıştır. Carels ve arkadaşları (2007) hem sadece davranış odaklı kilo verme programında bulunanlarla, hem davranış odaklı hem de motivasyonel mülakat programında bulunanları karşılaştırdığı araştırmasında, ek olarak motivasyonel mülakat alan hastaların daha çok kilo kaybettiğini bulmuştur. Ayrıca, Smith ve arkadaşları, (1997) motivasyonel mülakatın kilo verme programını bağlanmayı da arttırdığını bulmuştur.

Diyabet hastalarında diyet programına uyumla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında diyabet eğitim programlarının etkili olduğu ancak değişime hazır olan bireylere daha uygun

olduğu, dolayısıyla da ihtiyaç duyan çok az kişiye ulaşabildiği görölmektedir (Norris, Engelgau, Narayan, 2001). Prochaska ve DiClemente (1982) tarafından ortaya konan davranışın transteorik modeli (değişim evreleri), hastanın bulunduğu aşama ve süreci tanımlayabildiği için tedavide faydalı olabilir.

Transteorik modele göre bir müdahaleyi bireyselleştirmek, kişinin davranış değişikliğine hazır oluş evrelerine adapte edilmesiyle mümkün olabilir. Araştırmalar evre-eşleştirmeli müdahale programlarının daha etkili olduğunu çünkü böyle programların kişinin değişim evrelerine bağlı olarak tüm ihtiyaçlarını karşılayabildiğini göstermektedir (Marcus ve ark. 1998). Müdahale stratejisini bir hastanın değişime hazır oluş evresine eşleştirmek programa düzenli katılım olasılığını arttırabilir (Kim, Hwang, Yoo, 2004).

Transteorik model çalışmalara çeşitli yollarla eklenmiştir. Çoğunda bireyselleştirilmiş müdahale hastanın hangi değişim evresinde olduğuna göre gerçekleştirilmiştir. En yaygın yöntemin, hastanın eğitimini ve davranış değişimini teşvik etmeyi amaçlayan danışma oturumları olduğu görölmektedir (Kim, Hwang, Yoo, 2004; Griffin ve ark. 1999; Kasila, ve ark. 2003; Kirk ve ark., 2001; Kirk ve ark. 2003; Kirk ve ark. 2004; Yoo ve ark., 2003). Benzer olarak bazı müdahale programları da tedavi süresince telefonla arayarak (Jones ve ark., 2003; Vallis ve ark., 2003) ve takip ederek desteklemektedir (Kirk ve ark. 2004). Değişim evrelerine göre değişimi destekleyen diğer bir strateji de Vallia ve ark. (2003) tarafından yapılmıştır. Katılımcılar onları eylem ve sürdürme evrelerinde harekete geçirecek stratejilere odaklanmış evre temelli düzenli bültenler almışlardır.

Değişim evreleri yapısı araştırmalarda en çok ele alınan konu olsa da transteorik modelin başka unsurlarının da ele alındığı çalışmalar olmuştur örneğin Griffin ve arkadaşları (1999) öz-yeterliliği arttırmayı, Kim, Hwang, Yoo (2004) değişim süreçleri, karar dengesi ve öz yeterliliği ele almışlardır. Benzer olarak Kirk ve arkadaşları (2001) egzersizin önündeki engelleri araştırırken Vallis ve arkadaşları (2003) durumsal ayartıcıları çalışmışlardır.

Ryan ve Smith (2006) transteorik modele göre tedavinin faydalarının diğer zamanlara da genellenmesine ilişkin unsurları ortaya koymuşlardır. Çalışmadaki katılımcılar program süresince değiştirmek istedikleri bir davranış seçmişler ve bunu değişim evreleri eğitimlerinde uygulamışlardır, böylece hem davranışı sonraki dönemlerinde de sürdürmüş diğer yandan değiştirmek istedikleri başka davranışları da benzer şekilde değiştirebileceklerini öğrenmişlerdir. Öğrenilen stratejileri genellemenin önemi göz ardı edilmemelidir.

Klinisyenlerin kişinin diyet değişimine hazır oluşunun farkında olması kritik öneme sahiptir (Ory ve ark., 2002) çünkü hastanın değişime hazır oluşunun ölçülmesi terapide anahtar unsurdur. Ancak çok az klinisyen hastanın değişime hazır oluşunu dikkate almaktadır. Hani hastanın hangi öneriyi alıp kullanabileceği, takip edebileceği ya da buna hazır olup olmadığını belirlemek gerekir (Rochette ve ark., 2009). Vielela ve arkadaşları (2009) tarafından da doğrulandığı gibi Ory ve arkadaşlarının (2002) bulgularının önemi, değişime hazır oluşun ya da değişim evrelerinin ölçülmesinin diyet davranışının değerlendirilmesinde standart haline gelmesi ve terapötik karar vermenin bir parçası haline gelmesinde yatar. Hastanın değişim evresi bir kez saptandığında, klinisyen uygun evre-temelli bir müdahaleyi başlatabilir (Kelly, 2008; Palmeira ve ark., 2007; Prochaska ve Velicer, 1997). Palmiera ve arkadaşları (2007) öz-yeterliliğin sağlık davranışındaki değişimleri işaret eden kuramların anahtar unsuru olduğunu fark etmiş ve yanı sıra transteorik modelde tanımlanan değişim evrelerinin yordayıcı değerini vurgulamışlardır. Çeşitli kaynaklar öz yeterliliği bireylerin değişebilme öz güveni; değişime hazır oluşu, değişim niyeti olarak tanımlamışlardır (King ve ark. 1996; Ory ve ark., 2002; Palmeira ve ark., 2007; Prochaska ve Velicer, 1997; Wright ve ark. 2009).

Dodge ve arkadaşları (2002), Kelly (2001, 2008), Kristal ve arkadaşları (2000), Ory ve arkadaşları (2002) ve Palmeira ve arkadaşları (2007) diyet davranış değişimini etkileyen diğer değişkenleri tanımlamışlardır. Kilo kaybetmede motivasyonun bir parçası olarak bu değişkenler öz-yönelimli amaç oluşturma, sonuç beklentileri, azim, otonomi, sağlığa bağlılık, davranış kontrolü algısı ve önemdir. Davranış kontrolü algısı, yeni bir sağlık davranışını yapabilme becerisine ilişkin kendine güveni tanımlar (Ajzen, 1991). Ajzen'in (1991) Öğrenilmiş Davranış Kuramı, Prochaska ve Velicer'in (1997) TTM ve Bandura'nın (1997) Sosyal Öğrenme Kuramı öz yeterliliği kişinin bir davranışı yapabilmeye ilişkin güveni olarak tarif eder.

Sağlığa bağlılık kuramı, transteorik modelden elde edilmiştir ve eylem değişim evresinde bulunan kişilere özgüdür. Özellikle sürdürme-koruma evresinde zorlananlara yöneliktir (Kelly, 2008). Sağlığa bağlılık kuramında değişim evresi değişkeni öz bildirim olarak alınır ve kategorik olarak ölçülür. Böylece kişinin davranışları belli bir çatı altında değerlendirilir. Sağlığa bağlılık kuramında temel değişken "sağlığa bağlılık"tır ve sağlık davranışı için içsel karar olarak tanımlanır. Sağlığa bağlılık, Rasch skalası tekniği kullanan ve verisi Winsteps yazılımı ile analiz edilebilen Sağlığa Bağlılık Ölçeği ile ölçülebilir. Ölçek, hastaları üç bağlılık kategorisine göre sınıflandırır: birincisi, kişinin sağlık davranışına

bilinçli olarak seçip seçmemesi fakat davranışı bir aydan fazla sürdüremediği “düşük düzey bağlılık”; ikincisi, kişinin sağlık davranışını istediği fakat tutarsız performans gösterdiği “orta düzey bağlılık”; üçüncüsü, kişinin tutarlı olarak performans gösterebildiği ve sağlık davranışını altı aydan fazla sürdürdüğü “yüksek düzey bağlılıktır” (Kelly, 2005).

### **III. KRONİK HASTALIKLARDA VE İLİŞKİLİ SAĞLIK SORUNLARINDA DİYETE YÖNELİK TEDAVİ MOTİVASYONU**

Diyet programlarına uyum sürecini etkileyen önemli faktörlerden birinin de tedavi motivasyonu olduğu düşünülmektedir (Huon ve Strong,1999). Tedavi motivasyonu kavramı bireysel sağlık davranışları kavramı içerisinde Prochaska ve arkadaşları tarafından önerilen transteorik modelde (TTM), tedaviye hazır oluş olarak kavramsallaştırılmaktadır (Wilson, G.,T., Schlam, T.,R., 2004). TTM’ye göre, obezite bağlamında öz yeterlik ise bireyin diyet programlarına uyum gösterebileceğine dair inançları olarak tanımlanan öz-etkinlik inançları ise tedaviye hazır oluşun önemli bir yordayıcısı olarak kabul edilmektedir. Bu bölümde öncelikle transteorik modelin temel önermeleri ve bileşenlerinden ardından da diyet uygulamaları arasında yer alan kendini izleme ve motivasyonel görüşme tekniklerinden bahsedilecektir.

#### **1. Transteorik (Teoriler Arası) Model**

Obezite tedavisi ve sağlıklı yaşam tarzı benimsemeye ilişkin araştırmayı geliştirebilmek için davranış değişimini etkileyebilecek davranışsal süreçleri ölçmek önemlidir. Kilo vermeye ilişkili belirli davranışları tanımlamak, değişime hazır oluşun temel alındığı bireye özel müdahalelerin uygulanmasını sağlayabilir (Paulson, 2011). James Prochaska tarafından geliştirilen iyi yapılandırılmış transteorik model, klinik araştırmalarda davranış müdahalesi için en sık kullanılan modellerden biridir. Daha önce sigara içme, stres, alkol kötüye kullanımı, egzersiz, yeme bozuklukları ve yarım yağlı diyetler için davranış müdahalesi olarak kullanılmıştır (Glanz, Rime, Lewis, 1999).

Transteorik model bir kasıtlı değişim modelidir ve davranış değişimi için en sık kullanılan modellerden biridir. Prochaska tarafından 1982’de “davranış değişimi teorik modeli, sağlıklı davranış değişimine yapılan etkili müdahaleleri geliştirmek için bir temel” olarak tanımlanmıştır (Akt. Paulson, 2011). Transteorik model, diğer davranışsal teorilerin anahtar yapılarından oluşan, bireyleri, motivasyon ve değişime hazır oluş temelinde beş evreden birine yerleştiren, bütünleştirilmiş bir teoridir (Bock ve ark., 1998).

Transteorik model insanların davranış değiştirmeye hazır oluşlarını belirlemek için kullanılan bir yöntemdir. Araştırmacılara göre, transteorik model psikanalizin, davranışçılığın, bilişsel terapilerin, varoluşçu analizin ve hümanizmin güçlerinin bir derlemesidir (Peterson, 2009).

## **2. Kendini İzleme (Self Monitoring)**

Kendini izleme, davranış değişimi için en belirgin davranışsal becerilerden biridir (Foreyt ve Goodrick, 1993) ve herhangi bir davranış değişiminin başarısında kritik önemi olan kendini düzenleme (self regulation) kategorisinde yer alır. Kendini izlemenin davranış müdahalelerinde kullanımı, kişisel davranışların kayıt altına alınması sayesinde katılımcıların problem davranışlarının daha çok farkına varmalarına sebep olur (Paulson, 2011).

## **3. Motivasyonel Mülakat**

Motivasyonel mülakat, problem çözmeyi kolaylaştıran ve empatik dinleme ve yönlendirme aracılığı ile öz yeterliliği arttırmaya yardımcı hasta odaklı bir yaklaşımdır. Orijinal olarak Miller ve Rollnick tarafından alkol kullanım problemi bulunan kişiler için geliştirilmiştir (DiLillo, Siegfried ve West, 2003). Davranışsal obezite tedavisinde motivasyonel mülakatın kullanımının davranış değişiminde etkili bir kolaylaştırıcı olduğu gösterilmiştir (DiLillo, Siegfried ve West, 2003) ve transteorik model de dahil olmak üzere pek çok teoriyle birleştirilerek kullanılmıştır.

Motivasyonel mülakat beş kuralı takip eder: 1) Empatiyi ifade etme, 2) farklılıkları geliştirme, 3) tartışmadan kaçınma, 4) direncin farkında olma, 5) öz yeterliliği destekleme (Shinitzky ve Kub, 2001). Hasta için kendisine sağlık desteği veren kişiye güvenmesi

önemlidir ve davranışı değiştirmede direncin nerede ortaya çıktığını bulabilmek için zorlayıcı durumların açıkça tartışılabileceği açık bir ilişkinin geliştirilmesi önemlidir.

Motivasyonel mülakat, çelişik duyguların yoğun olduğu durumlarda kilo değişimi programlarının başında kişiler için oldukça faydalıdır. Motivasyonel mülakat ayrıca programa bağlılığı arttırmaya, böylelikle de daha müdahalenin başarı ile sonuçlanmasına yardımcı olur (Smith ve ark., 1997). Kilo verme müdahalelerinin, problem davranışı gösterirken, çelişki, farkındalık ve problem çözme aracılığı ile yapılması özellikle önemlidir. Bu ayrıca kişi için güvenlik sağlayıcıdır. Hastalar için kolaylaştırıcı rolü olan motivasyonel mülakat, gerçekçi amaçlar belirlemelerine yardımcı olarak hem öz yeterliliğin gelişmesini hem de öz denetimin (self control) gelişmesini sağlar. Hasta kendisini uzman olarak görür ve böylece motivasyonel mülakat sağlık desteğini veren kişinin üzerindeki baskıyı azaltır ve dikkati kişinin üzerine ve başarılı değişim metotlarına çeker. Bu, birincil olarak empatik dinleme ya da hasta odaklı danışma becerilerine, yansıtıcı dinlemeye, direncin farkında olaya ve kişinin kontrol edebildiği durumları belirlemesine yardımcı olmaya bağlıdır. Obezite tedavisinde motivasyonel mülakat kişinin stresi azaltıcı, iletişimi geliştirici ya da kendiyi olumlu konuşmaya yardım eden amaçlar belirlemesine yardımcı olur ki bu da yeme ve aktivite davranışlarını etkileyebilir. Hastalar gerçekçi hedefler koyabildikleri zaman öz yeterliliklerini de geliştirebilirler (Paulson, 2011).

#### **IV. Transteorik Model ve Yapıları**

Transteorik modelin birincil yapısı Değişim Evrelerini (*1-Niyet öncesi; değişim niyeti yoktur, 2-Niyet; değişim düşüncesi, 3-Hazırlık; değişim için küçük adımlar atma, 4-Eylem; yeni davranışlar tatbik etme, 5-Koruma; değişen davranışları zaman içinde de yerine getirme*), Öz Yeterliliği (*belirtili bir koşulda bir görevi yerine getirme becerisine inanç*), Karar Dengesini (*davranış değişimine ilişkin algılanan avantaj ve dezavantaj*) ve Değişim Sürecini (*değişime aracılık etmede kullanılan bilişsel ve davranışlar süreçler*) içerir.

Değişim evrelerini kullanan müdahaleler orijinal olarak sigarayı bırakma programları için uygulanmıştır (Diclemente ve Prochaska, 1982; akt. Paulson, 2011). Değişim evreleri dışındaki diğer yapılar ise öz yeterlilik, karar dengesi ve değişim sürecidir. Karar dengesi, kişinin değişimi başlatmak için algıladığı avantaj ve dezavantajları tartmasıdır ve öz yeterlilik de kişinin belirli bir görevi sergilemede kendine duyduğu güvenin göstergesidir. Kişinin

motivasyonu bir kez değerlendirildiğinde değişimine yardımcı olacak metotlar uygulanabilir. Bu metotlar transteorik model içinde bilişsel ve davranışsal değişim süreçleri olarak açıklanırlar (Paulson, 2011). Transteorik Modelin, karar dengesi ve öz yeterlik yapıları motivasyonu tanımlamak için kullanılırken değişim süreci yapısı müdahaleler aracılığıyla ortaya çıkan değişimi açıklar (Paulson, 2011).

Bu model diyet ve egzersiz müdahalelerine uygulanmıştır (Sarkin ve ark, 2001; Carpenter, Finley, Barlow, 2004) ve bireylerin nasıl değiştiğini açıklama girişimine ve kategorize etmeye yardımcı olmuştur. Bu yapılardan öz yeterlilik en çok dikkati çeken yapıdır ve kilo kaybına yardımcı davranışları kestiren bir yapı olduğu gösterilmiştir (Linde, 2008). Karar dengesi yapısı, “değişime ilişkin avantaj ve dezavantaj” algısındaki değişime etkisini gösterir. Hem Karar dengesinden hem de öz yeterlilikten davranış değişimini açıklamada yararlanılmıştır (Pinto ve ark, 1999). Değişim süreci yapısı en az incelenen yapıdır fakat müdahale geliştirme için belki de en önemlisidir (Horwart, 1999). Kilo verme müdahalelerini değerlendiren çoğu araştırma, bireyler için uzun dönem kilo koruma ile sonuçlanan başarılı müdahalelerin yapılmasının zor olduğu söylerken, aslında değişimin nasıl ortaya çıktığını açıklayan psikososyal ölçümleri yapmamaktadırlar (Paulson, 2011). Paulson, (2011) kilo kaybıyla ilgili motivasyonel ve davranışsal yapıları daha iyi anlamının gelecekteki davranış değişimi programlarının etkisini arttırmada yardımcı olabileceğini ileri sürmüştür.

## **1. Değişim Evreleri**

Transteorik modelde, insanların istenen davranış değişikliği gelişiminde kullanacakları basamaklar vardır. Başarılı bir davranış değişimi mutlaka, niyet öncesi, niyet, hazırlık, eylem, koruma ve sonlandırma evrelerinden geçmiş olmalıdır (Redding ve ark. 2000).

Değişim evreleri 1-Niyet öncesi; değişim niyeti yoktur, 2-Niyet; değişim düşüncesi, 3-Hazırlık; değişim için küçük adımlar atma, 4-Eylem; yeni davranışlar tatbik etme, 5-Koruma; değişen davranışları zaman içinde de yerine getirme, 6-Sonlandırma; önceki davranışı sona erdirmeyi içerir.

Van Duyn ve arkadaşlarına, (1998) ve Povey ve arkadaşlarına (1999) göre niyet öncesi, hastanın sağlık alışkanlıklarının uygunsuz olduğu ve hastanın, bunun diyet değişimlerini etkilediğini düşünmediği ya da buna karar vermediği dönemdir. Hasta aynı

zamanda problemlerinin farkında olmayabilir ya da kabul etmeye isteksiz olabilir. Hasta davranış değişikliğinin gerektiğinin farkında değildir, problemin davranışla ilgili olduğunun farkında değildir ya da davranışı değiştirme isteği bulunmayabilir. Bu evrede davranışı tutmak, davranışı değiştirmekten daha kazançlıdır (akt. Peterson, 2009).

Niyet döneminde, hasta, davranışlarını belli bir süre içinde değiştirmek hakkında düşünür ve henüz değişim hususunda kararsızdır. Bir tarafı değişmek ister fakat yeni davranışa bağlanmak için uygun zamanı bekleyebilir ve değişimin getireceklerinden korkuyor olabilir (Peterson, 2009). Hasta problemlerinin farkındadır (Prochaska ve Diclemente, 1983) fakat hastanın eyleme geçmek için olduğundan yüksek algılanmış engelleri ve düşük öz yeterliliği olabilir (Sporny ve Contento, 1995, akt. Peterson, 2009). Hastalar, hastalıklara ve bozukluklara duyarlılığı ve değişimin kazançlarını hesaba katabilir (Prochaska ve Diclemente, 1983, akt. Peterson, 2009).

Hazırlık döneminde, hasta davranış değişimine hazırdır ve bunun gerekli olduğunun farkındadır. Hasta değişimler hakkında karar verir ve yeni sağlık davranışına ilişkin bir plan düşünür (Miller ve Rollnick, 1991; Prochaska ve ark., 1994; Povey ve ark., 1999; Kasilla ve ark., 2003). Bu evrede hastalar genellikle hedefleri için küçük adımlar atarlar.

Eylem, hastanın hastalık gereği diyet önerilerine uygun olarak kendi sağlık davranışını değiştirme girişiminde bulunduğu dönemdir (Sporny ve Contento, 1995; Povey ve ark., 1999). Önceki evreye gerileme riskinin en yüksek olduğu evredir.

Koruma döneminde hasta engellerin üstesinden gelir (Sporny ve Contento, 1995) ve daha önceki davranışına geri dönme girişiminin olmayacağı yeni diyet davranışını günlük yaşamına entegre eder (Frame ve ark., 2001). Yeni davranış rutin haline gelmiştir. Önceki davranışa gerileme riski diğer evrelere göre daha düşüktür (Peterson, 2009).

Sonlandırma dönemi, problem davranışın artık ayartıcı ve tehdit olmadığı durumda ortaya çıkar. Bazı kimseler bu evreye hiç erişemezler çünkü önceki davranışın ayartıcılığı ya da zorlaması yaşam boyu sürebilir, dolayısıyla bu kimseler koruma evresinde kalırlar.

Bazen hastalar bu evreleri atlayabilir ya da döngüsel olarak tekrar edebilirler, hatta niyet öncesi döneme de dönebilirler. Bu döngünün doğası davranış değişimi sırasında hem ilerlemeye hem de gerilemeye izin vermesidir. Bu döngü içinde insanların ilerlemesi, başarama becerilerine inançlarını gerektirir.



## 2. Karar Dengesi

Karar dengesi davranışı değiştirmek için olumlu ve olumsuz nedenleri tanımlar. İlk olarak Janis ve Mann (1977) tarafından çatışma modeli olarak ortaya atılmıştır ve Prochaska, Velicer ve arkadaşlarının (1994) transteorik modelde kullandığı gibi iki (eksiler-artılar) değil sekiz faktör içerir. Farklı alanlarda davranış değişimi amacıyla faktör sayıları değişmiştir ancak sağlık alanındaki kuramlarda genel olarak iki faktör ölçülmüştür. Transteorik model artılar-eksiler kullanırken diğer sağlık teorilerinde faydalar-engeller, kar-zarar olarak kullanılır (Redding ve ark., 2000; Katz, 2001; Katz ve ark. 2008).

Davranış değişiminin başlaması yıllar alabilir ve hatta alışkanlık haline gelmesi daha uzun sürebilir. Alışkanlıkları değiştirme süreci, davranışı değiştirmenin takip ettiği değişim niyeti ile başlar ki bu genelde karar dengesi ile ölçülür. Karar dengesi transteorik modelin çekirdek yapısıdır ve kişilerin davranışa ilişkin fayda ve engel algısını değerlendirerek motivasyonlarını açıklar. Karar dengesi ölçeği ilk olarak Mann ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir ve daha sonra Velicer ve arkadaşları (1985) tarafından transteorik modele sigara bırakma programlarına uygulanmıştır (akt. Paulson, 2011). Kilo kontrolü karar dengesi ölçeği kilo vermeye uğraşmaya sebep olan birincil sebepleri ve avantaj ve dezavantajları belirlemeye çalışır. Davranışı daha avantajlı gören kişiler daha çok eylem evresindedirler ya da değişiklik hazırlığındadırlar, dezavantaj olarak görenlerin herhangi bir değişim için istekleri ya da kabul ettikleri bir değişim ihtiyaçları yoktur. Karar verme dengesi ölçekleri, transteorik model temelinde kişileri farklı değişim evrelerine yerleştirme ile ilgilidir (Marcus ve ark., 1992).

Karar dengesi aynı zamanda, kilo yönetimi programlarında kilo kaybı sonuçlarını incelemek için öz yeterlilik ile birlikte kullanılır. Pinto ve arkadaşlarının (1999) bir çalışmasında 12 haftalık kilo yönetimi müdahalesi 32 obez kadına uygulanmıştır. Müdahalelerin hem yeme hem de egzersiz öz yeterliliği üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuştur ancak karar dengesi üzerindeki etkisi anlamlı bulunmamıştır. Çalışma, diyet ve egzersiz öz yeterliliğinin, kilo yönetimi programlarında başarı gösterdikten sonra hemen değiştiği kanıtını desteklemektedir ve katılımcıların, kilo kaybını kolaylaştırmaya yardımcı programla becerilerini belirlemelerine yardımcı olduğunu vurgulamaktadır. Bulgular, katılımcılar eylem evresinde olduğunda karar dengesi pek değişmezken katılımcılar bir alışkanlığı koruma evresindeyken davranışın avantajlarında açık bir farklılık ortaya çıktığını

göstermektedir. Buna göre, kişiler eylem evresindeyken hem öz yeterlilik hem de karar dengelerinin yüksek seviyede olduğu sanılmaktadır (akt. Paulson, 2011).

Transteorik model ve karar dengesi ile davranış değişimi programlarına ilişkin pek çok destekleyici çalışma mevcuttur (Sarkin ve ark., 2001; Pinto ve ark., 2001; Boudreaux ve ark., 2003); LaBrie ve ark., 2006; Katz ve ark., 2008; Whittemore ve ark., 2001).

Transteorik modelde artılar-eksiler faktörlerinin her ikisinin gücü değişim basamaklarına göre değişir. Prochaska'ya göre, niyet öncesinden eyleme ilerlerken artılar bir standart sapma artar ve eksiler de yarım standart sapma azalır (akt. Peterson, 2009). İlk evrelerde bulunan kimselerin -örneğin niyet öncesi- değişime karşı daha çok, değişim için daha az nedenleri vardır. Niyet döneminde olanların değişim için artı-eksileri bu evrede hissedilen çelişkiden etkilenir. Kişiler eylem evresine yaklaştıkça artılar eksileri geçer. Bir evreden sonraki evreye geçme kararı, kişinin değişim yapmaya ilişkin olumlu ve olumsuz nedenlerine verdiği öneme bağlıdır. İnsanların, onları ileri götüren kendilerine özgü kar algıları ve oldukları yerde durduran engel algıları vardır. Karar dengesi transteorik modelin, insanlara değişim sürecinde eşlik eden tek unsurdur ve değişim süreci de Redding ve arkadaşlarına göre (2000) düşünceleri, duyguları ya da davranışları düzenlemeye yardımcı aktivitelerdir.

### **3. Değişim Süreci**

Davranış değiştirilmeye karar verildiğinde, başarılı davranış değiştirmeyi kolaylaştırıcı çoklu süreçler uygulanabilir. Transteorik model bunu, değişimin bilişsel ve davranışsal süreçlerini kullanan evreler aracılığı ile açıklamaya çalışır. Bilişsel süreçler genel olarak erken müdahalelerde ya da değişim ihtiyacı olduğunu belirlemeye ihtiyaç duyan kişilerde kullanılırken, davranışsal süreçler, kişilerin biraz eyleme geçtikleri evrelerde daha etkilidir. Tüm süreçler, davranış değişim programlarının anahtarı olan kendini izleme (self monitoring) ile güçlendirilir ve kolaylaştırılır. Kendini izleme davranışının entegre edilmesi ve uygulanması, kişinin problem davranışını değiştirmesi için hangi sürece uygulaması gerektiğini belirlemesine yardım eden birincil kolaylaştırıcıdır (Paulson, 2011).

Müdahalelerin planlanmasında sıklıkla kullanılan değişim süreci transteorik modelin en son çalışılan yapısıdır (Horwath, 1999). Prochaska 12 farklı süreç tanımlamıştır (beş bilişsel ve yedi davranışsal) ve bunlar kişinin kilo kontrol davranışına nasıl adapte olduğunu açıklamada özellikle geçerli olabilir (Prochaska ve ark., 1992). Beş bilişsel süreç: 1) bilinç yükseltme, 2) duygusal uyarılma, 3) sosyal özgürleşme, 4) evresel yeniden değerlendirme, 5) kendini değerlendirme olarak adlandırılırken, yedi davranışsal süreç ise: 1) ilişkilere yardım, 2) destek yönetimi, 3) kendini özgürleştirme, 4) karşı şartlanma, 5) uyarıcı kontrollü, 6) madde kullanımı, 7) kişilerarası sistem kontrolü olarak adlandırılmıştır.

Değişim süreci, davranışsal ve deneysel aktiviteleri kullanarak davranış değişiminin gerçekte nasıl ortaya çıktığını gösterir. Çeşitli evrelerde, farklı odaklara sahip bireysel süreçler ortaya çıkabilir.

Bilinç yükseltme psikanalitik modelden alınmıştır. Bu, belirli bir problem hakkında yeni bilgi araştırmak, anlayış geliştirmek ve iç görü ya da geri bildirim kazanmaktır. Sosyal zgürleşme, hümanistlik psikolojiden alınmıştır ve yeni davranışı güçlendirmeye yardımcı hazır koşullar ve dış evre ile ilgilidir. Duygusal uyarılma aynı zamanda dramatik rahatlama ya da katarsis olarak da adlandırılır ve psikanalitik alandan alınmıştır. Bilinç yükseltme ile benzerdir ancak davranış değişimi ile ilişkili kayıp duygularının ifadesine izin verir. Kendini yeniden değerlendirme deneysel psikolojiden alınmıştır, şimdiki durumun dürüst bir yeniden değerlendirmesidir ve değiştirilen davranışın gelecekteki hali göz önüne getirilir. Bu süreçte artılar-eksiler değerlendirmesi ya da karar dengesi dediğimiz durum ortaya çıkar. Kendini zgürleştirme aynı zamanda bağlılık olarak da adlandırılır, hümanist alandan alınmıştır. Davranış değişimi seçimine karşı sorumluluğu hatırlatır. Bağlılık, kişinin değişimi gerçekleştirebileceğini vurgular ve öz yeterlilik bu sürecin güçlü bir unsurudur. Peterson'un (2009) Prochaska ve arkadaşlarından aktardığına göre, bu süreç niyetin ilk olarak önce kişinin kendisine sonra diğerlerine duyurulduğu süreçtir. Kamusal bağlılık ileri devam etme isteğini güçlendirir. Davranışsal psikolojiden gelen karşı koyma süreci, problem davranış yerine anlamlı alternatif davranışı koymadır. Çevresel kontrol de davranışılığa ait bir kavramdır. Değişim evrelerinde gerilemeye yol açacak tetikleyicilerden kaçınmak için çevreyi kendi kendine yeniden yapılandırmadır. Bunun için rutin değiştirilir, ayartıcılar ortadan kaldırılır ya da hatırlatıcı yazılar kullanılır. Son olarak hümanist yaklaşımla ilişkilere yardım da tüm evrelerde kullanılan bir süreçtir. Bu süreç diğerlerinin değişimlerine yardımcı olmaktır. Kendini değiştirme bunun tek başına yapılacağı anlamına gelmez. Davranış

değişimi için yardım istemek ve diğerleri tarafından cesaretlendirilmek bu sürecin bir parçasıdır.

Değişim sürecinin kilo kontrolü programlarında uygulandığı çok az sayıda araştırma mevcuttur. Bunun sebeplerinden biri de değişim süreçlerinin ölçülmesindeki zorluktur (Horwath, 1999). Yine de davranışsal terapinin ölçülebilir ve kilo kaybına yardımcı ve davranış değişimlerine sebep olan bazı anahtar unsurları da vardır. Bunlar kendini izleme (self monitoring) ve motivasyonel mülakattır. İkisi birleştirildiğinde, öz yeterliliğin artmasına yardımcı güçlü bir metot haline gelmektedir (Paulson, 2011).

#### **4. Öz Yeterlilik**

Öz yeterlilik ilk olarak Bandura (1977) tarafından ortaya atılmıştır ve Sosyal Bilişsel ya da Sosyal Öğrenme Kuramının bir parçasıdır, ayrıca Transteorik modelin diğer bir yapısıdır ve insanların davranış değişikliği için mutlaka sahip olmaları gereken öz güveni tanımlar. Bandura çeşitli terapiler aracılığı ile davranış değiştirmenin öz yeterlilik ile sağlanabildiğini ileri sürmüştür. Bandura bunu kişinin beklentilerinin gücü olarak tanımlar. Bandura'ya göre, bir kişinin öz yeterliğinin gücü o kişinin başa çıkma becerisini belirler ve bu kısmen deneyim öncesine bağlıdır.

Özyeterlilik, kişinin çevresinde olup bitenler üzerinde etkili olabilecek biçimde bir edimi başlatıp sonuç alınca kadar sürdürebileceğine olan inancı olarak tanımlanmıştır (Bulian ve Tkalcic, 2006).

##### **a. Bandura'ya Göre Öz Yeterlilik**

Bireyin, belli bir performansı göstermede kendisinin organize olma ve başarılı olarak performansı gerçekleştirme gücüne ilişkin kendi yargısına öz yeterlilik denir (Bandura, 1997). Bandura insanın yaptıkları ile istediği sonuçları üretebileceğine inanmadıkça, o işi yapma güdüsünün az olacağını ifade eder ve öz yeterliliğin bireyin olası problemlerle başa çıkma amacıyla gerekli gördüğü davranışları düzenleme ve onları sergileme becerilerine sahip olma inancıdır (Bandura, 1977).

Bir görevi gerçekleştirmek için gerekli olan bilişsel, sosyal, duygusal ve davranışsal becerileri düzenleme ve etkili bir şekilde duruma uygulamayı içeren öz yeterlilik, kişinin

sahip olduğu becerilerin çokluğu ile ilgili değildir. Belli bir koşulda kişinin bu becerilerle neler yapabileceğine ilişkin inancı ile ilgilidir (Bandura, 1997).

Schunk ve Pajares'e (2002) göre bireyler, geçmiş deneyimleri, kişisel özellikleri ve sahip oldukları sosyal çevre nedeniyle farklı düzeylerde öz yeterlilik inançlarına sahiptirler. Schunk'a (1991) göre öz yeterlilik, belli bir amaç için, içinde bilişsel, sosyal, duygusal ve davranışsal beceriler barındıran yöneltmek ve organize edilmek zorunluluğu olan genel bir kapasitedir. Pajares'e (1996) göre ise, bireyin becerilerinin bir işlevi olmaktan ziyade bireyin becerisini kullanarak yapabildiklerine ilişkin yargılarının bütünüdür ve sonuç olarak, bireyin, farklı durumlarla başa çıkma ve bir görevi başarıya yeteneği ile kendi kapasitesine ilişkin algılayışıdır.

Bandura'ya (1986) göre, doğrudan deneyimler, dolaylı deneyimler, sözel ikna, fizyolojik ve duygusal durum öz yeterliğin kaynaklarıdır. Doğrudan deneyimler daha önce gerçekleştirilmiş başarılar bireyde sağlam bir yeterlilik inancı oluşturur. Kişi sadece kolay başarı deneyimleri yaşamışsa hemen gerçekleşecek sonuçlar beklemeye başlar ve hata yaptığında hayal kırıklığına uğrar. Yeterlilik duygusunun sağlam biçimde gelişebilmesi için ısrarcı çaba gösterme gerekir. Eğer kişi başarı için gereken her şeye sahip olduğunu düşünüyorsa işler yolunda gitmediğinde çözüm de bulmaya başlayabilirler (akt. Oflazoğlu-Göncü, 2013). Dolaylı deneyimler ise model alma biçiminde gerçekleşen öğrenme öz yeterliliği artırır. Model alınan davranışların sonuçları davranışı gözleyen kişi için güçlü etkilere sahiptir. Değişik özellikler açısından insanların kendilerine benzer bulduğu kişilerin başarılarını gözlemlemeleri kendilerinin de başarılı olabilecekleri inancının gelişmesine katkı sağlar (Wood ve Bandura, 1989). Öz yeterliliği sürekli olarak arttırmak zordur. Ancak sözel ikna ile gerçekçi sınırlar içinde yapılan değerlendirmeler başarıya katkıda bulunurlar. Sözel ikna öz yeterliliği artırır ve kişisel becerilerin gelişimini destekler (Bandura, 1986, akt. Oflazoğlu-Göncü, 2013). Fizyolojik ve duygusal durum, kaygı ve stres gibi faktörler yeterlilik inançları hakkında bilgi sağlarlar. Kişinin becerilerine ilişkin olumsuz düşünceleri ve önceki deneyimleri nedeniyle ortaya çıkan duygusal tepkiler, kişinin kendisi ile ilgili daha düşük yeterlilik algılamasına sebep olur, sonucunda bu algı da daha çok stres ve kaygı yaratır (Pajares, 2002).

Çocuğun çevresi ile ilişkisinde aracı olan aile öz yeterlilikle ilgili ilk bilgi kaynağıdır. Çocuk dil, sosyal ve bilişsel becerileri konusunda başarılarına ilişkin geri bildirimlerini ailelerinden alırlar. Deneyimler yeterliliğe ilişkin duygunun ortaya çıkmasına katkıda

bulunurlar. Başarı ile sonuçlanan deneyimler yeterlilik inancını artırır ancak başarısızlıkla sonuçlanan deneyimler kişinin yeterlilik inancını azaltır (Pastorelli ve ark., 2001). Bebekler, etraflarındaki olayları kontrol edebileceklerini algılamaya başladıklarında bireysel yeterlilik hissi edinmeye ve olayların gerçekleşmesinde etkili olduklarını fark etmeye başlarlar (Bandura, 1989, akt. Oflazoğlu-Göncü, 2013). Çocuğun öz yeterliliği ile ilgili ikinci kaynağı da akranlarıdır. Öz yeterlilik akranlarla yapılan etkinlikleri kısmen belirler. Onaylanma ile ilişkisi nedeniyle öz yeterliliğin gelişiminde oldukça önemli bir rolü bulunmaktadır ve sosyal yetersizlik algıları, uygun akran ilişkilerine ilişkin içsel engeller ortaya çıkarabilir (Bandura, 1989, akt. Oflazoğlu-Göncü, 2013). Üçüncü bir öz yeterlilik kaynağı ise okuldur. Özellikle entelektüel yeterliliğin şekillenmesi, yeteneklerin belirlenmesi, kendini düzenleyici becerilerin gelişiminde öğretmenlerin katısı bulunur (Pastorelli ve ark., 2001).

Bandura'ya (1994) göre, öz yeterlilik inançlarının, bilişsel süreçler, motivasyonel süreçler, duygusal süreçler ve seçme süreçleri kategorilerinde etkileri bulunmaktadır. Çoğu davranış öncelikle düşüncede organize edilir. Bilişsel süreçte kişinin kendisi ile ilgili yeterlik algısına göre başarısına ilişkin senaryosu da değişir. Başarı senaryoları canlandıran kimseler yüksek yeterlilik inançlarına sahiptir. Başarısız senaryolar canlandıran kimseler ise düşük yeterlilik inançlarına sahiptir. Dolayısıyla belirsizlik ve şüphe içeren bilginin bilişsel süreçler tarafından işlenmesi gerekir (akt. Oflazoğlu-Göncü, 2013). Bandura'ya (1989) göre, kişinin motivasyon seviyesi öz yeterlilik inançlarına göre belirlenir. Çünkü öz yeterlilik kişinin engellere karşı uzun süre dayanıp dayanamayacağı, aşabilmek için de ne kadar çaba gösterebileceğini yansıtır (akt. Oflazoğlu-Göncü, 2013). Öz yeterlilik inançları yüksek kimseler başarısızlıklarını yetersiz çabalarına yüklerken, düşük olanlar ise yeteneklerinin az olmasına yüklerler. Bu türden nedensel yüklemeler kişinin öz yeterlilik inançları aracılığı ile motivasyon, performans ve duygusal tepkilerini etkiler. Duygusal yoğunluğu ve hangi duygunun ortaya çıkacağını da öz yeterlilik inançları belirler. Amaçları elde etmeye ilişkin düşük öz yeterlilik umutsuzluk ortaya çıkarır ve olumsuz duygu durum sonucunda ortaya çıkan rahatsızlık veren düşünceleri kontrol edememe, düşük performansla yol açar ve daha fazla ümitsizliğe sebep olur. Olumlu duygu durum ise öz yeterliliği artırır. Bu durum bir görevin olduğundan zor ya da kolay algılanması sonuçlarından birini doğurur (Pajares, 1997; akt. Oflazoğlu-Göncü, 2013). Öz yeterlilik kişinin seçimlerini de etkiler. Girilmek istenen çevre ve aktivitelerin biçimini belirler. Öz yeterliliğin gücüne bağlı olarak kişi seçtiği yolda ilerler (Bandura, 1994; akt. Oflazoğlu-Göncü, 2013).

Öz yeterlilik açısından davranış üç tip beklenti tarafından belirlenir: durum-sonuç beklentileri, eylem-sonuç beklentileri ve etkililik beklentileri. Sonuç beklentisi kişinin yaptığı bir davranışın hangi sonuçları doğurabileceğine ilişkin beklentisidir. Durum-sonuç beklentisi, kişinin eylemleri sonucunda ne olacağına ilişkin inancıdır. Etkililik beklentisi, kişinin arzuladığı bir sonuca ulaşmak için gerekli olan eylemi gerçekleştirme konusundaki yeterliliği ile ilgili algısıdır (Lyons ve Chamberlain, 2006).

Olumlu sonuç beklentileri kişiyi davranış değişimi konusunda teşvik edicidir. Değiştirilen davranışın sürdürülmesinde algılanan öz yeterlilik devreye girer ve sonucu kontrol eder (Bandura, 1977).

Öz yeterlilik pek çok alanda davranışın anlaşılmasını kolaylaştırıcı kavramsal bir çatı sunmuştur ve çeşitli alanlarda öz yeterlilik üzerine pek çok çalışma yapılmıştır. Tüm bu çalışmaların sonucunda da öz yeterliliğin kişinin başarısında, kendine güveninde ve gelecek gelişiminde önemli ve olumlu etkisinin olduğu anlaşılmıştır (Propst, Koesler, 1998).

## **b. TTM'ye Göre Öz Yeterlik**

Transteorik Modelde öz yeterlilik, kendini değiştirmeye vurgu yaparak; kapasite, dayanıklılık, yetkinlik, güç, beceri anlamına gelir (Kipfer, 2005). Ridding ve arkadaşlarına (2000) göre, öz yeterliliğin davranış değişimi üzerinde güçlü etkisinin olduğunu ve geçmiş deneyime nazaran, bu güvenin gelecekteki davranışın güçlü bir belirteci olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu, değişimi, tekrarlayan çabayı, pes etmemeyi zorlar ve başarıyı geçmiş başarısızlık ya da başarıdan çok kişinin kendine güvenine bağlar. Prochaska ve arkadaşları (1994) öz yeterliliğin transteorik modele uygulayarak, kişilerin bir evreden diğerine geçişinde güvenlerinin büyüdüğünü ve öz yeterliliklerinin arttığını ileri sürerler (akt. Peterson, 2009).

Öz yeterlilik, Bandura'nın Sosyal Bilişsel Teorisinin birincil yapısıdır ve çeşitli davranış değişimi teorilerine bütünleştirilmiştir (Biddle ve Fuchs, 2009). Bir kimsenin bir görevi gerçekleştirme becerisine özgü duruma özel güven olarak tanımlanır ve davranışın en önemli belirleyicilerinden biridir (Trost ve ark., 2002). Öz yeterliliğin gelişimi dört temel belirleyicinin bütünleşmesiyle ortaya çıkar: 1) Uсталık deneyimleri (Mastery experiences- önceki performanslardan elde edilen deneyimler), 2) Başkalarının deneyimleri (Vicarious experiences-benzer özelliklere sahip diğer kişinin gözlenmesi), 3) Sosyal ikna (Social persuasion-diğerlerinin cesaretlendirmesi ve geri bildirimleri), 4) fizyolojik ve duygusal

tepkiler (örneğin kalp atışlarındaki değişimler ya da dış uyaranlara verilen duygusal tepkiler). Önceki deneyimler öz yeterliliğin en güçlü kaynağıdır (Trost ve ark., 2002). Bu motivasyonel yapı günlük seçimlerde davranışlarda önemli rol oynar ve davranışsal müdahale ile kilo kaybında birincil belirleyici olarak gösterilmektedir (Teixeria ve ark., 2010).

Transteorik model ile bütünleştirilmiş öz yeterlilik, çoklu kilo kontrolü davranışlarındaki değişimin ayartıcılarını ve kolaylaştırıcılarını açıklamaya yardımcı olması için kullanılmaktadır. Öz yeterlilik kişinin amaçladığı düzeyi, göreve bağlılığı, katılacağı göreve ilişkin seçimini, geri bildirim yorumlanmasını, göreve duygusal tepkileri etkiler ve ayrıca kendini düzenleme (self-regulation) içinde bir bilişsel süreç olarak görülmektedir (Gist ve Mitchell, 1992). Algılanan bir tehdidi ya da engeli düzenleme (self-regulation) ya da kontrol etme becerisi, pek çok araştırmacıyı, öz yeterliliğin engellerin üstesinden gelmedeki rolü ve öz yeterlilik belirleyicilerinin bütünleşmesini incelemeye itmiştir (Bray ve ark., 2001).

Bandura (2006) yüksek öz yeterliliği olan insanları başarısızlıkla ısrarcılığı artan ve zorlayıcı görevlerin peşine daha çok düşen kimseler olarak değerlendirirken, düşük öz yeterliliği olan insanları da düşük motivasyonlu ve başarısızlıkları kendi eksiklikleri olarak gören kimseler olarak değerlendirmiştir (akt. Paulson, 2011). Öz yeterlilik belirleyicilerinin bütünleşmesi davranış amacını etkileme ve ortaya çıkan sonuç için önemlidir. Kişinin bütünleşmiş öz yeterlilik kaynakları daha çok davranışsal sonuçlarla ilişkilidir (Bandura, 2010). Başlamaya motivasyonu olmayan insanlar için küçük görevler öz yeterliliğin inşası için önemlidir.

Öz yeterlilik, sağlık davranışları ve uygun davranış değişimi için de önemli bir belirleyicidir (Boonyaleepun, ve ark. 2007). Birçok birey, alışkanlık edindiği ya da kendisine zarar verdiğini bildiği davranışları değiştirmekte güçlük çekmektedir. Transteorik Model önceki yaklaşımları birleştirici ve sorunlu davranışın değiştirilmesi konusunda ilerleme sağlayıcı olmuştur. (Prochaska, Norcross, & DiClemente, 1994).

### **c. Egzersiz ve Diyet Öz Yeterliliği**

TTM'de ele alınan Öz yeterlilik inançları duruma özgü olup ele alınan ve değiştirilmesi hedeflenen sağlık davranışlarına göre farklılaşabilmektedir. Söz gelimi obezitesi olan bir bireyin egzersiz davranışına ilişkin öz yeterlilik inancı yüksek olduğu halde kilo kaybetmemesi ya da diyetle uyum gösteremiyor olmasının altında diyetle ilişkin öz yeterlilik



inançlarının düşük olması yatıyor olabilir. Bu sebeple öz yeterlik inançlarını spesifik olarak ilgilenilen davranışa has araçlarla ölçüyor olmanın büyük önem taşıdığı vurgulanmaktadır (Wiswanath,Rimer,Glanz, 2008). Nitekim Egzersiz öz yeterliliği, egzersiz davranışı ve korumanın önemli bir göstergesi sayılmaktadır fakat pek çok araştırma egzersiz öz yeterliliğinin, diyet öz yeterliğine kıyasla sadece bir müdahalenin başında ya da insanların sosyal destek, eğitim ve yönlendirilme gibi diğer faktörlerin etkisindeki aktif tedavinin içindeyken davranışı belirleyebildiğini göstermiştir (Linde ve ark., 2006; McAuley ve ark., 1994; Martin ve ark, 2008).

Bu sebeple, diyet öz yeterlilik ölçeklerinin gelişimi ve geçerliği ayırteci olması bakımından iyidir. Bu unsur 1986 yılında Glynn ve Ruderman'ın çalışmasında keşfedilmiştir ve iki güvenilir faktör bulunmuştur: uyarıcıların (anksiyete ya da stres) olumsuz etkisini deneyimleme ile ilgili yeme örüntüleri ve sosyal olarak kabul edilebilir koşullarda yeme (akt. Paulson, 2011). Diyet yapan kimseler genellikle yemelerini kontrol etmede güçlük yaşadıklarını bildirmektedirler. Diğer bir yeme öz yeterlilik ölçeği bireyin belli koşullarda yemek arzusuna direnebilmesini anlayabilmek için geliştirilmiştir (Clark ve ark. 1991, akt. Paulson, 2011). Kilo kontrolü ve kilo kaybetmenin diyet unsuru önemlidir ancak egzersiz de aynı zamanda kritiktir. Son zamanlarda yapılmış bir çalışma diyet öz yeterliliğinin egzersiz öz yeterliliği ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Andrade ve ark., 2010). Bu iki unsurun, kilo verme müdahalelerindeki etkileşimi ve bütünleşmesi kişinin başarı göstermesi için önemli bir

## **BÖLÜM 2**

### **2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLER**

Dünyada obezite tedavisine hazır oluş ile diyet öz yeterlik inançları arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalar bulunmadığı gibi Türkiye’de de bu alanda çalışmalar kısıtlıdır ve kapsamlı tanımlayıcı bir çalışma da bulunmamaktadır. Oysa tedavi motivasyonu açısından bireylerin diyet programlarına uyup uyamayacaklarına dair inançları da büyük önem taşımaktadır. Dolayısı ile bu araştırmanın amacı, tedavi motivasyonu ile ilişkili faktörler arasında yer alan diyet öz yeterlik inançlarını ölçen bir ölçek geliştirmektir. Bu bağlamda ilgili literatür taraması ile kavramsal altyapısı oluşturulan ve buna göre maddeleri yazılan Diyet Özyeterlik İnançları Ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçek olması beklenmektedir.

## 3. YÖNTEM

### 3.1. ÖRNEKLEM

Araştırmanın örneklemini 2013–2014 yılları arasında İstanbul Ticaret Üniversitesi'nde ve İstanbul Bilgi Üniversitesi'nde fakültelere devam eden kadın ve erkek öğrencilerden, Uğur Koleji'nde çalışan öğretmenlerden, farklı kurumlardan emekli olan bireylerden oluşmaktadır. Anketler 380 kişiye dağıtılıp, 360 kişiden teslim alınmıştır. Ancak ölçek maddelerinin çoğunu boş bırakan, hep aynı yönde işaretleyen ve hayatında bir defa dahi diyet uygulamayan 88 katılımcı analizlere dâhil edilmemiştir. Araştırma, diyet yapan kadın (n=175) ve erkek (n=97) toplam N=272 katılımcı ile yürütülmüştür. Katılımcıların yaş ortalaması 29,95'tir. Katılımcıların % 0,7'si okur-yazar, % 1,5'i ilkokul mezunu, % 2,6'sı ortaokul mezunu, % 15,4'ü lise mezunu, % 57,4'ü lisans mezunu, %20,2'si yüksek lisans mezunu ve % 0,7'si doktora mezunu olduğu görülmektedir.

Tablo x. Katılımcıların Cinsiyete Göre Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

	Frekans	Yüzde %
Kadın	175	64,3
Erkek	97	35,7
Toplam	272	100,0

Tablo xx. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

	Frekans	Yüzde %
Okur-yazar	2	,7
İlkokul mezunu	4	1,5
Ortaokul mezunu	7	2,6
Lise mezunu	42	15,4
Lisans mezunu	156	57,4
Yüksek lisans mezunu	55	20,2
Doktora mezunu	2	,7
Toplam	272	100,0

Tablo xxx. Katılımcıların Yaş, Kilo, Boy, İdeal Kilo, İdeal Boy Ortalamaları ve Standart Sapmaları

	N	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Yaş	268	29,95	6,854	16	58
Kilo	263	68,21	14,616	44	132
İdeal Kilo	263	62,40	14,302	,00	172
Boy (cm)	254	169,45	8,215	150	190
İdeal Boy	254	173,26	7,468	157	198
Boy (metre)	254	1,69	,0822	1,50	1,90

## 3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu bölümde araştırmada kullanılan veri toplama araçlarına ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

### 3.2.1. Diyet Öz yeterlilik İnançları Ölçeği

#### a. Diyet Öz yeterlilik İnançları Ölçeğinin Geliştirilmesi

DÖİÖ bireylerde "tedavi motivasyonu" ile ilişkili faktörler arasında yer alan diyet özyeterlilik inançlarını değerlendirmek için araştırmacı ve tez danışmanı tarafından hazırlanmıştır. DÖİÖ'nün bu çalışmada kullanılma amacı, bireyin tedaviye hazır oluşumunu ölçmek amacıyla tedavi motivasyonu ile ilişkili faktörler arasında yer alan diyet öz yeterlilik inançlarını değerlendirmektir. Bu amaçla, diyeti sürdürmeyi engelleyen faktörleri inceleyen ve literatür bölümünde de bahsedilen sosyal, tıbbi ve bireysel değişkenleri ele alan araştırmaların bulgularına dayanarak toplam 47 maddeden oluşan ve diyet davranışına yönelik sosyal, tıbbi ve bireysel özyeterlilik inançlarını 3 faktörde ele almayı hedefleyen bir madde havuzu oluşturulmuştur. Bir de seans dökümlerine ttm'ye ve özyeterlilik kavramına dayanarak yazdık. İlk tez versiyonundaki cümleleri de buraya ekleyebiliriz.

Verileri toplamaya başlamadan evvel, anket üç farklı Türk Dili ve Edebiyatı uzmanı tarafından gerek maddelerin anlaşılabilirliğine yönelik gerek dil kuralları bakımından cümle yapılarının incelenmesine yönelik olsun ön bir çalışma süzgecinden geçirilmiştir. Ardından gerekli düzenlemeler yapıp pilot çalışmaya tabi tutulmuştur. Toplam 10 kadın, 10 erkek (N=20) katılımcı ile pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Pilot çalışmaya katılan katılımcılara, cümlelerin anlaşılır olup olmadığı sorulmuştur. Anlaşılır değil ise nedenlerini yazmaları istenilmiştir. Ayrıca katılımcılardan ölçek maddesinin anlaşılabilirliğine dair, 1-5 (1-Hiç anlaşılır değil, 5-Çok anlaşılır) arasında maddeleri derecelendirmeleri istenmiştir. Pilot çalışma sonrası herhangi bir maddede değişiklik yapılmamış ve çıkartılmamıştır. Gerekli açıklamalar ve derecelendirmeler alındıktan sonra ana çalışmaya geçilmiştir.

Ölçeğe ilişkin analizler sonucunda ortaya çıkan yeni yapı "Bulgular" bölümünde sunulmuştur. Ölçekte yer alan sorulara geçilmeden önce verilen yönerge Ek 2'de yer almaktadır. "Bireysel İnançlar" adı altında geçen maddelere bakacak olursak; "Gün içerisinde diyetimi bozacak yiyeceklerden kaçınabilirim.", " Diyetimi bozacak restoranlardan canım çok çekse de uzak durabilirim.", " Diyetisyenimin bana uygun gördüğü diyet listesinde uymakta zorlanacağım herhangi bir durum varsa bunu diyetisyenimle konuşabilirim.", " Uygulamakta olduğum diyet programı dilediğim sonucu vermese dahi diyetisyen kontrollerime gitmekten vazgeçmem." vb. maddeler ise "Tıbbi İnançları" içermektedir. "Sosyal İnançlar" ise, " Arkadaşlarımın gideceği mekânda bana uygun bir menü yoksa gitmekten vazgeçebilirim.", " Mekâna gitmeden önce diyeteye uygun menüler var mı öğrenip öyle gidebilirim." gibi maddeleri içermektedir.

Ölçekte yer alan maddeler diyet davranışını sürdürme öz yeterliliğine ilişkin cümleler içermektedir. Örneğin,

“Evdekileri diyet programıma uygun alışveriş yapmaları için ikna edebilirim.”

“Gün içerisinde diyetimi bozacak yiyeceklerden kaçınabilirim.”

“Bana ikram edilen yiyecekleri diyetimi bozacaksa kabul etmeyebilirim.”

“Evdekiler geç saatte yeseler dahi ben yemeyeceğim diyebilirim.”

“Evin dışındaki ortamlarda dadiyetimi devam ettirebilirim.”

“Diyetle ilgili doktor randevularıma düzenligidebilirim.”

“Diyetimi bozsam dahi bunu diyetisyenimle konuşabilirim.”

### 3.2.2. Demografik Bilgi Formu

Demografik bilgi formu, üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışıp çalışmadığı, sağlık güvencesi, vücut ağırlığı, boy uzunluğu, ideal vücut ağırlığı, ideal boy uzunluğu sorularından oluşmaktadır. İkinci bölümde, beslenme davranışlarına ilişkin 11 soru ve üçüncü bölümde ise diyet uygulamalarına ilişkin 30 soru yer almaktadır (Ek-3).

#### **Beden Kitle İndeksi (BKİ):**

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) belirlediği obezite sınıflandırması olan Beden Kitle İndeksi (BKİ) obezitenin sınıflandırılmasında esas alınmaktadır (Çiftçi 2006). BKİ, kişinin kilogram olarak ağırlığının, boyunun metre olarak karesine bölümü ile hesaplanır.

Dolayısıyla BKİ, bireyin boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının değerlendirilmesine olanak sağlar ancak vücuttaki yağ dağılımı hakkında bilgi vermez (Yıldırım ve ark. 2008). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); 1997 yılından bu yana BKİ'i 25 üzerinde olan kişileri aşırı kilolu, 30'un üzerinde olanları ise obez olarak tanımlamıştır (WHO, 1997). BKİ 25 ve üzerinde komorbitide riski artmaktadır. DSÖ, kilolu olmakla şişman olmaya genellikle benzer anlamlar atfedilse de birbirinden farklı kavramlardır. Kilo, vücutta kas, kemik ve yağ dokusunu içine alarak toplam vücut ağırlığını ifade ederken, şişmanlık vücutta yağ dokusu artışı olarak tanımlanmaktadır (Yücel, 2008).

Bu araştırmada, BKİ bilgisi, katılımcılara dağıtılan demografik formda sorulan boy ve kilo bilgilerinin alınması ile elde edilmiştir. Katılımcının kendisine sorulmuştur.

### 3.2.3. Kısa Semptom Envanteri

53 maddelik çok boyutlu bir belirti tarama ölçeği olan Kısa Semptom Envanteri (KSE) İngilizce adıyla Brief Symptom Inventory, Derogatis (1992, akt. Savaşır ve Şahin, 1997) tarafından geliştirilmiştir. Symptom Check List-90 Revised (SCL-90-R) ile yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkan, SCL-90-R'nin kısa formudur. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır. SCL-90-R'nin 9 faktörüne dağılmış olan 90 maddenin arasından, her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilmiş ve 5-10 dakikada uygulanabilen, benzer yapıda kısa bir ölçek elde edilmiştir. KSE 0-4 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Her madde için "hiç yok", "biraz var", "orta derecede var", "epey var", "çok fazla var" seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 212'dir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği bireyin semptomlarının sıklığını gösterir. SCL-90-R'de olduğu gibi 9 alt ölçek, ek maddeler ve 3 global indeksten oluşur. Somatizasyon 7 maddeden oluşmaktadır ve Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı. 80 bulunmuştur. Obsesif Kompulsif Bozukluk 6 maddeden oluşmaktadır ve Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı. 82 bulunmuştur. Kişilerarası Duyarlılık 4 maddeden oluşmaktadır ve Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı. 96, Depresyon 6 maddeden oluşmaktadır ve Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı. 73 bulunmuştur. Anksiyete Bozukluğu 6 maddeden oluşmaktadır ve Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı. 80 bulunmuştur. Hostilite 5 maddeden oluşmaktadır ve Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı. 73 bulunmuştur. Fobik Anksiyete 5 maddeden oluşmaktadır ve Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı. 63 bulunmuştur. Psikotizm 5 maddeden oluşmaktadır ve Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı. 65 bulunmuştur. Ek Maddeler 4 maddeden oluşur ve uyku, iştah bozuklukları ve suçluluk duyguları ile ilgili belirtileri içerir ve Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı. 62 bulunmuştur (Savaşır ve Şahin, 1997). Ölçeğin iç tutarlık sınaması için, ayaktan tedavi görmekte olan 719 psikiyatrik, 626 erkek hipertansiyon hastası ve 25 hasta olmayan kişi ile yapılmış olan 3 farklı araştırmada, KSE'nin 9 alt ölçeği için elde edilen Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayılarının 0.71 ve 0.85 arasında değiştiği belirtilmektedir (Savaşır ve Şahin, 1997). KSE ve Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinin (MMPI) klinik ölçekleri, MMPI içerik ölçekleri ve küme ölçekleri arasındaki korelasyonların 0.30'un üzerinde bulunduğu ve bu korelasyonların SCL-90'dan elde edilen korelasyonlar ile bazı ölçeklerde tümüyle özdeş, diğerlerine ise çok yakın olduğu bildirilmiştir (Savaşır ve Şahin, 1997; Şahin, Batıgün ve Uğurtaş, 2000) (Ek-4).

### 3.2.4. Eysenck Kişilik Envanteri

Eysenck Kişilik Envanteri (Eysenck Personality Questionnaire-EKE), H.J. Eysenck ve S. B. Eysenck (1975) tarafından geliştirilmiştir. Envanter, kâğıt kalem testi olup on altı yaş ve üzeri bireylere uygulanmaktadır. EKE'nin ölçtüğü olgular, kişilikte ayrıcalıklara neden olan normal davranış biçimleridir. EKE patolojik semptomları ölçmeyi amaçlamaz. EKE'de kişilik toplam üç boyutta değerlendirilir: Dışadönüklük, Nevrotiklik, ve Psikotiklik. Bu alt boyutlara bir de kişilerin ne derece sosyal yönden arzulanan yanıtlar verdiğini değerlendiren yalan boyutu eklenmiştir. Envanter her hangi bir açıklama gerektirmeyecek şekilde hazırlanmıştır. Eysenck Kişilik Envanteri, yetişkin kişilik envanterleri dizisinin son formudur.

Bu araştırmada EKE'nin alt ölçeklerine bağlı olan nevrotiklik (EKE-N) ve dışadönüklük (EKE-D) boyutları ile ilgili sorular kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan EKE maddeleri EK 2'de verilmiştir. Ankette 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 24, 26, 27, 29, 31, 33, 36, 41, ve 43. maddeler dışadönüklük ile ilişkili olup 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 25, 28, 30, 32, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 42, ve 44. maddeler ise nevrotiklik yapısı ile ilişkili sorulardır. 11,15 ve 23. Maddeler tersine maddelerdir. Düz maddelerde her "evet" yanıtı 1 puan her "hayır" yanıtı 0 puan alır. Ters maddelerde ise her "evet" yanıtı 0 puan her "hayır" yanıtı 1 puan almaktadır. Her madde için alınan puanlar toplanarak her kişilik boyutuna ait puanlar hesaplanır. Yüksek puanlar yüksek düzeyde nevrotikliğe ve yüksek düzeyde dışadönüklüğe karşılık gelir. Bu envanter, psikotizm ölçeğinin envantere eklenmiş olması ile birlikte diğer envanterlerden ayrılır (Akt. Bardavit, 2007). EKE'nin tüm ölçeklerinin İngiliz standardizasyonunda test-tekrar test güvenilirlik katsayıları. 78ile. 89 korelasyon değerleri arasındadır. İç tutarlılık katsayılarına ilişkin değerler de iyi düzeydedir (Eysenck, 1975).

Geçerliğine ilişkin olarak elde edilen veriler de ölçeklerin Türkiye'de ilgili kişilik boyutlarını ölçmek için kullanılabileceğini göstermiştir. Bu çalışmada EKE'nin nörotiklik (23 madde) ve dışadönüklük (21 madde) boyutlarından oluşan 44 maddelik kısa form kullanılmıştır. Bu form Topçu (1982) tarafından Türkçe 'ye çevrilmiş ve bu boyutların test-tekrar test güvenilirlik katsayılarının sırasıyla 0.78 ve 0.90 olduğu bildirilmiştir. Bu iki boyutu içeren 44 maddelik kısa form Özalp-Türetgen ve Cesur'un (2006) çalışmasında, sadece nörotiklik alt ölçeği ise Ünsal ve Özalp-Türetgen'in (2005) araştırmasında kullanılmıştır. Ölçeğin EKE-D ve EKE-N alt testleri ile ilgili Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları bu araştırma için sırasıyla. 77ve. 83 olarak hesaplanmıştır (Ek-5).



### 3.2.5. Öz Etkinlik Ölçeği

Bandura öz etkinliği, duruma özel olarak tanımlarken, Shelton, Sherer ve diğerleri, belirli alanlarla sınırlandırmayıp yaşamın geneliyle bağlantılı bir kavram olarak tarif etmişlerdir. Bandura'ya göre, kişi yaşamın belirli bir alanında kendini etkin hissedebilirken başka bir alanında hissettiği etkinlik derecesi aynı olmayabilir. Bahsedilen diğer araştırmacılar ise genel öz etkinliği bir kişilik özelliği olarak ele almışlardır. Sherer ve diğerleri, kişilik özelliği olarak ele aldıkları öz etkinliği ölçmeye yönelik bir ölçek geliştirmişlerdir. Ölçek maddeleri hazırlanırken, sosyal ve görevle ilgili durumlardaki davranışı başlatma istekliliği, davranışı tamamlama konusunda çabayı sürdürme ve zorluklar karşısında dayanıklılık alanları üzerinde durulmuştur. Yazılan 36 madde faktör analizi sonucunda 23'e düşmüş ve "Genel Öz Etkinlik" ve "Sosyal Öz Etkinlik" olmak üzere iki faktör ortaya çıkmıştır. Bu faktörlerin iç tutarlılık katsayıları sırasıyla .86 ve .71 olarak bulunmuştur.

Terapi, sağlık, okul başarısı, liderlik, çalışma hayatı gibi alanlarda yürütülecek araştırmalar için etkin bir veri toplama aracı olarak kullanılabilir olan bu ölçek, Cesur ve Özalp Türetgen tarafından dilimize uyarlanmıştır. Toplam üç boyutta oluşan ölçeğin ilk boyutu 8 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler zorluklara atılma, onlarla savaşıma ile ilgili olduğundan bu boyuta "Zorluklara Atılma-Mücadele" adı verilmiştir. 7 maddeden oluşan ikinci boyut "İşe Başlama-Tamamlama" olarak adlandırılmıştır. Bu boyuta yüklenen maddeler bir işe başlayıp bitirinceye kadar uğraşıma ile ilgilidir. Üçüncü ve son faktör ise 4 maddeden oluşan "Sosyal Etkinlik" boyutu yeni arkadaşlıklara başlamayla ilgilidir. Ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı .81, birinci faktör "zorluklara atılma-mücadele" iç tutarlılık katsayısı .78, ikinci faktör "işe başlama-tamamlama" iç tutarlılık katsayısı .72, üçüncü faktör "sosyal etkinlik" iç tutarlılık katsayısı .55 bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliliğinin belirlenmesi amacıyla Bem Cinsiyet Rollerini Envanteri ile ilişkisine bakılmış, Pearson Korelasyon katsayısı kadınsılık boyutu ile korelasyonu  $r=.12$  ile anlamsız, erkeksilik boyut ile korelasyonu  $r=.50$  ile anlamlı çıkmıştır. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliğine bakıldığında iki ölçüm arasındaki korelasyon katsayısı  $r=.82$  bulunmuştur. Ölçeğin yaş ile arasında bir ilişki bulunamamıştır. Kadın ve erkeklerin bu özellikler açısından farklılaşmadığı [ $t(751)=.05, p < 0.05$ ] bulunmuştur. Dolayısıyla bu değişkenler için norm değerleri yoktur. (Özalp-Türetgen ve Cesur, 2007). (Ek-6)

### 3.2.6. Kontrol Odağı Ölçeği

Rotter'e göre kontrol odağı, kişinin belli bir davranışlarını belli bir pekiştiricinin izleyeceğine dair ortaya çıkmış bir beklentinin kuvvetlenmesi sonucunda oluşmaktadır. Birey kendi yaptığı bir davranışın olumlu ya da olumsuz pekiştirici ile sonuçlandığını algıladığında, o pekiştiricinin bu davranışı gelecekte de izleyeceğine ilişkin bir beklenti oluşturacaktır. Yani, pekiştiriciler birey tarafından ya 'izler' ya da 'izlemez' olarak algılanmaktadır ve bunlar böylece genellenebilmektedir. Birey gelişim süreci boyunca her alanda yaşadığı bu pekiştirici algısı yaşantılarının sonucunda genellenmiş bir pekiştirici beklentisi oluşturabilmektedir. Bu oluşuma bağlı olarak birey, pekiştiricilerin ya kendi ya da kendi dışındaki güçlerin veya şans ya da kaderin kontrolünde olduğuna dair genel bir beklenti (inancı) benimseyebilmektedir. Birinci durumda bireyin 'iç' kontrol odağına, ikinci durumda ise 'dış' kontrol odağına inandığı kavramsallaştırılmıştır. Ancak, gelişim süreci boyunca pekiştirme yaşantılarının doğası gereği belirgin bir kutuplaşma oluşmaması ve bu boyutun ortalarında yer alma da olasıdır (Rotter, 1966; 1975; 1990).

İhsan Dağ (2002) tarafından ölçek geliştirme, güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılan ölçeğin iç tutarlık katsayısı Cronbach Alfa .92 bulunmuş, yanı sıra ölçeğin her bir maddesi için madde bırakma tekniği ile madde toplam korelasyonları hesaplanmıştır. Maddelerin korelasyonlarının ortalaması .45 bulunmuş ve .20 ile .70 arasında değiştiği görülmüştür. Ölçeğin bir ay arayla tekrar uygulanması sonucunda hesaplanan test tekrar test güvenirlik katsayısı Pearson Korelasyonu  $r=.88$  bulunmuştur. Ölçeğin alt ölçeklerinin test tekrar test güvenirlik katsayıları ise sırasıyla .83, .81, .61, .89 ve .74 bulunmuştur. Faktör analizi sonucunda, 5 faktör ortaya çıkmıştır. Korelasyonlar birinci faktör için .53-.74, ikinci faktör için .37-.72, üçüncü faktör için .31-.62, dördüncü faktör için .75-.87, beşinci faktör için .37-.80 arasında değişmiştir. Ölçeğin birleştirici türü yapı geçerliği esas olmak üzere, ölçek toplam ve alt ölçek puanları ile Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RIDKOÖ) Toplam, Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Toplam, Normal Ötesi İnançlar Ölçeği (NORÖTE) Toplam ve SCL-90-R genel puanları arasındaki korelasyonlar hesaplanmıştır. Hesaplanan korelasyonlardan 33'ü en az  $p=.05$  düzeyinde olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ölçeğin faktörleri ise, birinci faktör "genel iç kontrol inancı" ya da "kişisel kontrol" olarak adlandırılabilir 18 maddeden yükleme almıştır. İkinci faktör "şansa inanma" 11 maddeden, üçüncü faktör "çabalamanın anlamsızlığı" 10 maddeden,

dördüncü faktör “kadercilik” 3 maddeden, beşinci faktör “adil olmayan dünya inancı” 5 maddeden yükleme almıştır (Ek-7).

### **3.3. İşlem**

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları katılımcılara elden ve internet ortamında ulaştırılmıştır. Ortalama 45 dakika süren uygulamalar katılımcılara bireysel olarak uygulanmıştır.

Katılımcılara ilk olarak “Bilgilendirilmiş Onam Formu” verilmiş ve bu formda araştırmayı kimin yaptığı, araştırmanın konusu ve amacı, araştırmaya katılmanın zorunlu olmadığı, araştırmanın neyi içerdiği, araştırmaya katılmanın ne kadar vakit alacağı, bilgilerin gizli kalacağı, araştırmanın sonuçlarının nasıl kullanılacağı, araştırmaya katılmanın güvenilir olduğunun nasıl bilinebileceği gibi bilgiler yer almaktadır. Bilgilendirilmiş Onam Formu Ek-1’de yer almaktadır. Bilgilendirilmiş Onam Formundan sonra katılımcılara sırasıyla, Diyet Öz Yeterlilik İnanç Ölçeği, Demografik Form, Kısa Semptom Envanteri, Eysenck Kişilik Envanteri, Öz Etkinlik Ölçeği, Kontrol Odağı Ölçeği verilmiştir. Ölçekler katılımcılara batarya (elden) halinde verilmiştir. İnternet ortamında ise bölümlere sırasıyla geçişin sağlandığı biçimde yine batarya halinde verilmiştir.

### **3.4. Verilerin Analizi**

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS v21 programı ile yapılmıştır. Obez bireylerde ve obez olmayan bireylerde Diyet Özetkinlik İnançları Ölçeğinin geçerliğini sınamak için ana eksen boyutlandırma yöntemi ve oblik rotasyonla açımlyıcı faktör analizi yürütülmüştür. Her bir alt ölçeğin iç tutarlılığını sınamak için de Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Ayrıca Kontrol Odağı Ölçeği, Eysenck Kişilik Envanteri ile Diyet Özetkinlik İnançları Ölçeği arasındaki pearson korelasyonu katsayıları hesaplanmıştır.

## 4. BULGULAR

Bu araştırmanın bulgular bölümünde; Diyet Özyeterlik İnançları Ölçeği'nin (DÖİÖ) 272 kişiden oluşan örnekleme sınanmış olan geçerlik ve güvenilirlik bulgularından bahsedilecektir. Bu amaçla geçerlik kapsamında madde analizi, faktör analizi, ölçek içi ve diğer ölçeklerle olan korelasyonlar ve ayırt edici (diskriminant) geçerlik için de Beden Kitle İndeksi (BKİ) 30 ve üstü olan obez grup ile diğer BKİ kategorilerinde yer alan katılımcıların DÖİÖ puanları arasındaki farklar incelenecektir. Ölçeğin güvenilirliği kapsamında ise Cronbach'ın Alfa iç tutarlılık katsayıları sunulacaktır.

### 4.1.BETİMLEYİCİ BULGULAR

Araştırmaya katılan 175 kadın katılımcıların %64,3'ünü, 97 erkek ise katılımcıların %35'ini oluşturmaktadır. Araştırmaya toplam 272 kişi katılmıştır (Tablo x).

Tablo x. Katılımcıların Cinsiyete Göre Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

	Frekans	Yüzde %
Kadın	175	64,3
Erkek	97	35,7
Toplam	272	100,0

Tablo xx. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

	Frekans	Yüzde %
Okur-yazar	2	,7
İlkokul mezunu	4	1,5
Ortaokul mezunu	7	2,6
Lise mezunu	42	15,4
Lisans mezunu	156	57,4
Yüksek lisans mezunu	55	20,2
Doktora mezunu	2	,7
Toplam	272	100,0

Tablo xx’de katılımcıların eğitim durumlarına göre frekans dağılımları verilmiştir. Buna göre, katılımcıların % 0,7’si okur-yazar, % 1,5’i ilkokul mezunu, % 2,6’sı ortaokul mezunu, % 15,4’ü lise mezunu, % 57,4’ü lisans mezunu, %20,2’si yüksek lisans mezunu ve % 0,7’si doktora mezunudur.

Tablo xxx. Katılımcıların Yaş, Kilo, Boy, İdeal Kilo, İdeal Boy Ortalamaları ve Standart Sapmaları

	N	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Yaş	268	29,95	6,854	16	58
Kilo	263	68,21	14,616	44	132
İdeal Kilo	263	62,40	14,302	,00	172
Boy (cm)	254	169,45	8,215	150	190
İdeal Boy	254	173,26	7,468	157	198
Boy (metre)	254	1,69	,0822	1,50	1,90

Tablo xxx’te görüldüğü gibi, katılımcıların yaşları ( $\bar{x}=29,95$ ; ss:6,854) 16-58 arasında, kiloları ( $\bar{x}=68,21$ ; ss:14,616) 44-132 arasında, boyları ( $\bar{x}=169,45$ ; ss:8,215) 150-190 santimetre arasında değişmektedir.

## 4.2. DÖİÖ’NÜN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK BULGULARI

### 4.2.1. Madde Analizi

Orijinal formu toplam 45 madde olarak geliştirilen DÖİÖ’nün yapı geçerlik analizlerine geçmeden önce ölçekte yer alan her bir madde ölçeğin toplam puanı ile olan korelasyonu açısından madde analizine tabi tutulmuştur. Bu analiz sonuçlarına göre yalnızca “Bir diyetle yalnızca diyetisyen kontrolünde başlayabilirim” şeklinde ifade edilen 27 numaralı madde toplam puan ile olan korelasyonu.20’nin altında olması sebebi ile ölçeğin yapı geçerlik ve güvenilirlik analizlerine dâhil edilmemiştir. Diğer tüm maddelerin ise toplam puan ile olan ilişkilerininin. 35 (44. Madde) ile .79 (39. Madde) arasında değiştiği görülmüştür. Bu aşamadan

sonra geriye kalan 46 madde ölçeğin yapı geçerliği kapsamında ilk olarak faktör analizine tabi tutulmuştur.

#### 4.2.2. Faktör Analizi

Madde toplam puan korelasyonu .20'nin altında kalan 27. Madde ölçekten çıkarıldıktan sonra geriye kalan toplam 46 madde Temel Eksen Boyutlandırması (Principal Axis Factoring) ve Oblik Rotasyon yönteminin kullanıldığı faktör analizine tabi tutulmuştur (KMO=.94; Bartlett Testi<sub>(1035)</sub>=7408,97,  $p<.001$ ). “Bir diyetisyen kontrolünde olmadığı müddetçe medyada gördüğüm veya başkaları tarafından önerilen diyet programlarını uygulamamayı başarabilirim” şeklinde ifade edilen 20. Madde ve “Evde kalmış ancak diyet programıma uymayan yemekleri atılmasını diye yemek yerine başka türlü değerlendirebilirim (örneğin, sokak köpeklerine/kedilere verebilir ya da başka birine verebilirim)” olarak ifadelendirilen 24. Madde ortak varyans değerleri .30'un altında olduğu için analizlerden çıkarılmıştır.

Geriye kalan maddelerden 31. Madde (“Benden daha zayıf kişilerle kendimi kıyaslamadan durabilirim”) hiçbir faktöre yüklenmediği için; 2. Madde (“Evde, diyeteye uygun yiyecekler yoksa üşenmeden dışarı çıkıp uygun yiyecekleri alabilirim”), 32. Madde (“Diyet programımı bozmak zorunda kalsam dahi, ertesi gün diyetime kaldığım yerden devam etmeyi başarabilirim”), 35. Madde (“Diyet konusunda doktor önerilerine zorlanmadan uyabilirim”), 37. Madde (“Doktorum sağlığım açısından uygun olmayacağını söylediği takdirde diyetimi bozacak durumlardan kolaylıkla vazgeçebilirim”), 41. Madde (“Diyet yapıyor olsam dahi aynı zamanda yürüyüş, yüzme, vb. sporlar gibi fiziksel egzersizlere de düzenli olarak zaman ayırabilirim”) ve 43. Madde (“Diyetisyenimin verdiği diyet programı ne kadar katı olursa olsun uyum gösterebilirim”) ise çift yüklendikleri için analizlere dâhil edilmemiştir. Tüm bu maddeler ölçekten çıkarıldıktan sonra yürütülen faktör analizi neticesinde öz değeri 1'in üzerinde olan ve toplam varyansın % 50'sini açıklayan 3 faktörlü bir yapı elde edilmiştir (KMO=.93; Bartlett Testi<sub>(666)</sub>=5826,81,  $p<0.001$ ). Ölçeğin tamamından elde edilen Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı  $\alpha=.95$ 'tir. Ölçeğin toplam 37 maddeden oluşan bu son halinin faktör isimleri, her bir faktörün madde içerikleri, öz değeri, açıkladığı varyans ile Cronbach Alfa değerleri ve her bir maddenin faktör yükü ile ortak varyans değerleri Tablo XX'de sunulmuştur.

Tablo XX. DÖİÖ'ne ait oblik rotasyon sonrası elde edilen faktörler, maddeler, faktör yükleri ve ortak varyans değerleri.

Faktör/Madde	Faktör Yüğü			Ortak Varyans
	1	2	3	
<i>1. Faktör: Genel İnançlar, Özdeğer=13.91, Açıklanan Varyans=%37.6, Cronbach Alfa .95</i>				
25	Diyetimi bozacak teklifler karşısında yeme isteğimi kontrol edebilirim.	<b>,854</b>		.74
5	Gün içerisinde diyetimi bozacak yiyeceklerden kaçınabilirim.	<b>,850</b>		.63
29	Menüdeki diyete uymayan gıdaları yemeden durmayı başarabilirim	<b>,820</b>		.74
11	Evin dışındaki ortamlarda da diyetimi devam ettirebilirim	<b>,811</b>		.65
8	Evdekiler geç saatte yeseler dahi ben yemeyeceğim diyebilirim	<b>,802</b>		.71
39	Evdekiler diyete uygun davranmasalar bile ben diyetimi sürdürebilirim	<b>,759</b>		.74
16	Diyetimi bozacak restoranlardan canım çok çekse de uzak durabilirim	<b>,741</b>		.67
7	Bana ikram edilen yiyecekleri diyetimi bozacaksa kabul etmeyebilirim	<b>,728</b>		.58
19	Bir diyetisyen kontrolünde olmadığı müddetçe medyada gördüğüm veya başkaları tarafından önerilen diyet programlarını uygulamamayı başarabilirim	<b>,712</b>		.70
12	Kendi diyet programım dışındaki yiyecekleri başkası için pişirsem dahi yemeden durabilirim	<b>,686</b>		.52
10	Gece geç saatlerde yemek yemeyi engelleyebilirim	<b>,652</b>		.58
38	Diyeti sürdürmekte zorluk çekmem	<b>,646</b>		.69
47	Komşunun getirdiği ancak diyet programıma uymayan yiyecekleri geri çevirebilirim	<b>,626</b>		.53
28	Komşunun getirdiği ancak diyet programıma uymayan bôrek, tatlı gibi yiyecekleri yemeden durabilirim	<b>,599</b>	,269	.59
34	Diyete karar verdiğim anda hemen başlayabilirim	<b>,578</b>	,214	.61
33	Başkalarından “kilo vermediğim”, “kilo aldığım”, “fiziksel olarak iyi görünmediğim” vb. şeklinde yorumlar işitsem dahi diyet programımı yarıda bırakmadan tamamlayabilirim	<b>,544</b>		.60
9	Yemek saatlerini diyet programıma uyacak şekilde düzenleyebilirim	<b>,541</b>		.51
1	Evdekileri diyet programıma uygun alışveriş yapmaları için ikna edebilirim	<b>,471</b>		.53
4	Diyete uygun yemeği kendim pişirebilirim	<b>,450</b>		.37
23	Yediğim yiyeceklerin kalorisini hesaplayabilir ve bu şekilde kalorisini yüksek yiyeceklerden uzak durmayı başarabilirim	<b>,420</b>		.38
30	Diyet sırasında beklenen sürede beklenen kiloyu vermemiş olsam dahi moralimi bozmadan diyetimi sürdürebilirim	<b>,418</b>	,267	.67
36	Diyete bir ara verirsem yeniden başlamakta zorluk yaşamam	<b>,406</b>	,275	.59
3	Evdekileri de diyet yapmaya yönlendirebilirim	<b>,386</b>		.59
45	Gideceğimiz restoranları ben seçebilirim	<b>,381</b>		.40
6	Eve diyet dışı yiyeceklerin alınmasını önleyebilirim	<b>,359</b>	,245	.62
<i>2. Faktör: Tıbbi İnançlar, Öz değer=2.56, Açıklanan Varyans=%7.0, Cronbach Alfa .86</i>				
18	Diyetimi bozsam dahi bunu diyetisyenimle konuşabilirim	<b>,752</b>		.69
46	Diyetisyenimin bana uygun gördüğü diyet listesinde uymakta zorlanacağım herhangi bir durum varsa bunu diyetisyenimle konuşabilirim	<b>,734</b>		.66
17	Diyetisyenimle, diyet programıma dair aklıma takılan her konuyu konuşabilirim	<b>,700</b>		.70
40	Diyet sırasında gerekli olan tıbbi tahlilleri zamanında yaptırabilirim	<b>,612</b>		.52

14	Diyetle ilgili doktor randevularıma düzenli gidebilirim	,571	,268	.50
42	Uygulamakta olduğum diyet programı dilediğim sonucu vermese dahi diyetisyen kontrollerime gitmekten vazgeçmem	,544	,240	.62
<hr/>				
3.	<i>Faktör: Kontrol ve Hazırlık, Öz değer=1.92, Açıklanan Varyans=%5.2, Cronbach Alfa .75</i>			
26	Arkadaşlarımın gideceği mekânda bana uygun bir menü yoksa gitmekten vazgeçebilirim	,631		.46
15	Doğum günü, yılbaşı, arkadaş toplantısı gibi özel gün ya da özel kutlamalardakendi diyet yemeğimi de yanımda getirebilirim	,246	,593	.53
21	Mekâna gitmeden önce diyete uygun menüler var mı öğrenip öyle gidebilirim		,586	.49
13	Diyet sırasında kendi başıma tartılmak yerine yalnızca diyetisyen kontrolünde tartılmayı bekleyebilirim		,524	.49
22	Diyette iken her gün aynada nasıl görüldüğüme bakmadan durabilirim		,419	.39
44	Diyetisyenim bende güven hissi uyandırmasa dahi verdiği diyet programına uyabilirim	,227	,385	.32
<hr/>				

### 4.2.3. Güvenirlilik Analizi

Toplam 37 maddeden oluşan ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alfa .95 olarak hesaplanmıştır. Faktörlerin iç tutarlılık katsayıları ise birinci faktör olan “Genel İnançlar” için Cronbach Alfa .95, ikinci faktör olan “Tıbbi İnançlar” için .86, üçüncü faktör olan “Kontrol ve Hazırlık İnançları” için ise .75 olarak hesaplanmıştır.

Diyet Öz Yeterlilik Ölçeğinin karşılaştırılacağı diğer ölçekler için yapılan güvenirlilik analizinde Kısa Semptom Envanteri için n=247 katılımcıdan toplanan veriye göre ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .96 bulunmuştur.

Eysenck Kişilik Envanteri Nevrotiklikalt ölçeği n=246 ve iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alfa .82 bulunmuş, dışa dönüklük ise n=246 ve Cronbach Alfa .61, .70’in altında olduğundan kıyaslamaya alınmamıştır.

Kontrol Odağı Ölçeği n=245, toplam iç tutarlılık katsayısı cron= .89, Kontrol Odağı Ölçeğinin alt ölçekleri “kişisel kontrol” n=245 ve iç tutarlılık katsayısı cron=.90, “şansa inanma” n=245 ve iç tutarlılık katsayısı cron=.76, “çabalamanın anlamsızlığı” n=245 ve iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alfa .82, “kadercilik” n=245 ve iç tutarlılık katsayısı .75 bulunmuş, “adil olmayan dünya inancı” n=245 ve iç tutarlılık katsayısı .65, .70’in altında olduğundan kıyaslamaya alınmamıştır.

Öz Etkinlik Ölçeğinin n=246 ve toplam iç tutarlılık katsayısı .87, Öz Etkinlik Ölçeğinin alt ölçekleri “zorlukla mücadele” n=246 ve iç tutarlılık katsayısı .85, “işe başlama tamamlama” n=246 ve iç tutarlılık katsayısı .78 bulunmuş, “sosyal etkinlik” n=246 ve iç tutarlılık katsayısı .63, .70’in altında olduğundan kıyaslamaya alınmamıştır.



#### 4.2.4. Ölçek İçi ve Diğer Ölçeklerle Korelasyonlar

DÖİÖ'nün yapı geçerliği kapsamında bu defa ölçeğin alt testlerinin birbirleri ve ölçek toplam puanı ile olan korelasyonlarının yanı sıra Kısa Semptom Envanteri Toplam Puanı (KSE), Özetkinlik Ölçeği Toplam Puanı (ÖEÖ-Toplam) ile alt testleri (sırasıyla ÖEÖ-zorluk; ÖEÖ-tamamlama), Eysenck Kişilik Envanteri Nörotiklik Alt Testi (EKE-Nöro) ve Kontrol Odağı Ölçeği Toplam Puanı (KOÖ-Toplam) ile yine alt testleri (sırasıyla KOÖ-1; KOÖ-2; KOÖ-3; KOÖ-4) ile olan ilişkileri incelenmiştir. Bulgular Tablo XXX'de görülmektedir.

Tablo XXX. DÖİÖ'nün Toplam Puan ve Alt Testlerinin Birbirleri ve Geçerlik Ölçekleri İle Olan Pearson Korelasyon Katsayı Değerleri.

	Ortalama	Standart Sapma	DÖİÖ-1	DÖİÖ-2	DÖİÖ-3	DÖİÖ-Toplam
DÖİÖ-Toplam	124.29	27.82	-	-	-	-
DÖİÖ-1 (n=272)	86.45	20.82	-	<b>,529***</b>	<b>,562***</b>	<b>,967***</b>
DÖİÖ-2 (n=272)	66.97	4.83	-	-	<b>,404***</b>	<b>,685***</b>
DÖİÖ-3 (n=272)	58.24	4.76	-	-	-	<b>,687***</b>
KSE (n=247)	91.72	32.06	<b>-,208**</b>	-,070	<b>-,201**</b>	<b>-,203**</b>
ÖEÖ-Toplam (n=246)	71.42	12.61	<b>,239***</b>	,110	,124	<b>,224***</b>
ÖEÖ-Zorluk (n=246)	30.62	6.87	,085	,002	,048	,067
ÖEÖ-Tamamlama (n=246)	26.01	5.54	<b>,302***</b>	<b>,220**</b>	<b>,195**</b>	<b>,315***</b>
EKE-Nöro (n=246)	10.60	4.57	<b>-,253***</b>	<b>-,205**</b>	<b>-,247***</b>	<b>-,278***</b>
KOÖ-Toplam (n=245)	120.10	21.34	<b>-,169**</b>	-,116	-,124	<b>-,164**</b>
KOÖ-1 (n=245)	43.51	10.95	<b>-,205**</b>	<b>-,171**</b>	<b>-,157*</b>	<b>-,217**</b>
KOÖ-2 (n=245)	31.08	6.66	<b>-,133*</b>	-,103	<b>-,194**</b>	<b>-,149*</b>
KOÖ-3 (n=245)	23.03	7.03	-,029	-,001	,016	-,008
KOÖ-4 (n=245)	8.66	3.29	-,007	,094	-,015	,017

Tablo XXX'de görüldüğü gibi, Diyet Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puanlarının, Diyet Öz Yeterlilik Ölçeği Faktör 1 ( $r=.97$ ,  $p< 0.01$ ), Faktör 2 ( $r=.685$ ,  $p< 0.01$ ) ve Faktör 3 ( $r=.687$ ,  $p< 0.01$ ) ile arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Diğer ölçeklerle Diyet Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında Kısa Semptom Envanteri ( $r= -.20$ ,  $p< 0.01$ ) ile negatif yönde anlamlı, Öz Etkinlik Ölçeği toplam puanları ( $r=.22$ ,  $p< 0.01$ ) ile pozitif yönden anlamlı, Öz Etkinlik Ölçeği İşe Başlama-Tamamlama alt ölçeği puanları ( $r=.32$ ,  $p< 0.01$ ) ile pozitif yönden anlamlı, Eysenck Kişilik Envanteri Nevrotiklik alt

ölçeği puanları ( $r = -.28, p < 0.01$ ) ile negatif yönde anlamlı, Kontrol Odağı Ölçeği toplam puanları ( $r = -.16, p < 0.05$ ) ile negatif yönde anlamlı, Kontrol Odağı Ölçeği Faktör 1 “Kişisel Kontrol” alt ölçeği puanları ( $r = -.22, p < 0.01$ ) ile negatif yönde anlamlı, Kontrol Odağı Ölçeği Faktör 2 “Şansa İnanma” alt ölçeği puanları ( $r = -.15, p < 0.05$ ) ile negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Diyet Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puanları ile Öz Etkinlik Ölçeği “Zorlukla Mücadele” alt ölçeği arasında, Kontrol Odağı Ölçeği Faktör 3 “Çabalamanın Anlamsızlığı” alt ölçeği arasında ve Kontrol Odağı Ölçeği Faktör 4 “Kadercilik” alt ölçeği arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Diyet Öz Yeterlilik Ölçeği Faktör 1 puanları ile Diyet Öz Yeterlilik Ölçeği Faktör 2 puanları ( $r = .53, p < 0.01$ ) ile ve Faktör 3 puanları ( $r = .56, p < 0.01$ ) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Diyet Öz Yeterlilik Ölçeği Faktör 1 puanları ile diğer ölçeklerden alınan puanlar arasındaki ilişkiye bakıldığında, Kısa Semptom Envanteri ( $r = -.21, p < 0.01$ ) ile negatif yönde anlamlı, Öz Etkinlik Ölçeği toplam puanları ( $r = .24, p < 0.01$ ) ile pozitif yönden anlamlı, Öz Etkinlik Ölçeği İşe Başlama-Tamamlama alt ölçeği puanları ( $r = .30, p < 0.01$ ) ile pozitif yönden anlamlı, Eysenck Kişilik Envanteri Nevrotiklik alt ölçeği puanları ( $r = -.25, p < 0.01$ ) ile negatif yönde anlamlı, Kontrol Odağı Ölçeği toplam puanları ( $r = -.17, p < 0.05$ ) ile negatif yönde anlamlı, Kontrol Odağı Ölçeği Faktör 1 “Kişisel Kontrol” alt ölçeği puanları ( $r = -.21, p < 0.01$ ) ile negatif yönde anlamlı, Kontrol Odağı Ölçeği Faktör 2 “Şansa İnanma” alt ölçeği puanları ( $r = -.13, p < 0.05$ ) ile negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Diyet Öz Yeterlilik Ölçeği Faktör 1 puanları ile Öz Etkinlik Ölçeği “Zorlukla Mücadele” alt ölçeği arasında, Kontrol Odağı Ölçeği Faktör 3 “Çabalamanın Anlamsızlığı” alt ölçeği arasında ve Kontrol Odağı Ölçeği Faktör 4 “Kadercilik” alt ölçeği arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Diyet Öz Yeterlilik Ölçeği Faktör 2 puanları ile Diyet Öz Yeterlilik Ölçeği Faktör 1 puanları ( $r = .53, p < 0.01$ ) ile ve Faktör 3 puanları ( $r = .40, p < 0.01$ ) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Diyet Öz Yeterlilik Ölçeği Faktör 2 puanları ile diğer ölçeklerden alınan puanlar arasındaki ilişkiye bakıldığında, Öz Etkinlik Ölçeği İşe Başlama-Tamamlama alt ölçeği puanları ( $r = .22, p < 0.01$ ) ile pozitif yönden anlamlı, Eysenck Kişilik Envanteri Nevrotiklik alt ölçeği puanları ( $r = -.21, p < 0.01$ ) ile negatif yönde anlamlı, Kontrol Odağı Ölçeği Faktör 1 “Kişisel Kontrol” alt ölçeği puanları ( $r = -.17, p < 0.01$ ) ile negatif yönde anlamlı, ilişki bulunmuştur. Diyet Öz Yeterlilik Ölçeği Faktör 2 puanları ile Kısa Semptom Envanteri puanları arasında, Öz Etkinlik Ölçeği Toplam Puanları arasında, Öz Etkinlik Ölçeği “Zorlukla Mücadele” alt ölçeği arasında, Kontrol Odağı Ölçeği toplam puanları arasında, Kontrol Odağı Ölçeği Faktör 2 “Şansa İnanma” alt ölçeği arasında Kontrol Odağı

Ölçeği Faktör 3 “Çabalamanın Anlamsızlığı alt ölçeği arasında ve Kontrol Odağı Ölçeği Faktör 4 “Kadercilik” alt ölçeği arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Diyet Öz Yeterlilik Ölçeği Faktör 3 puanları ile diğer ölçeklerden alınan puanlar arasındaki ilişkiye bakıldığında, Kısa Semptom Envanteri ( $r = -.20$ ,  $p < 0.01$ ) ile negatif yönde anlamlı, Öz Etkinlik Ölçeği İşe Başlama-Tamamlama alt ölçeği puanları ( $r = .20$ ,  $p < 0.01$ ) ile pozitif yönden anlamlı, Eysenck Kişilik Envanteri Nevrotiklik alt ölçeği puanları ( $r = -.25$ ,  $p < 0.01$ ) ile negatif yönde anlamlı, Kontrol Odağı Ölçeği Faktör 1 “Kişisel Kontrol” alt ölçeği puanları ( $r = -.16$ ,  $p < 0.05$ ) ile negatif yönde anlamlı, Kontrol Odağı Ölçeği Faktör 2 “Şansa İnanma” alt ölçeği puanları ( $r = -.20$ ,  $p < 0.01$ ) ile negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Diyet Öz Yeterlilik Ölçeği Faktör 1 puanları ile Öz Etkinlik Ölçeği toplam puanları arasında, Öz Etkinlik Ölçeği “Zorlukla Mücadele” alt ölçeği arasında, Kontrol Odağı Ölçeği toplam puanları arasında, Kontrol Odağı Ölçeği Faktör 3 “Çabalamanın Anlamsızlığı alt ölçeği arasında ve Kontrol Odağı Ölçeği Faktör 4 “Kadercilik” alt ölçeği arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Tablo XXX’de de görülebileceği gibi DÖİÖ’nin alt testlerinin hem birbirleri ile hem de toplam puan ile olan korelasyonlarının neredeyse tamamı yüksek güçte ve yüksek düzeyde anlamlı ilişkilere işaret etmektedir. DÖİÖ’nin diğer ölçeklerle olan korelasyonu genelde düşük ila orta düzeylerde seyretmekle birlikte bu katsayılar beklendiği gibidir. DÖİÖ’nün, toplam puanı ve ilk alt ölçeği daha yüksek olmak üzere, öz yeterliliği ölçen bir diğer ölçüm aracı olan ÖEÖ’nin özellikle Tamamlama alt testi ile olan anlamlı korelasyonları, ölçeğin tüm geçerlik ölçekleri ile olan korelasyonlarından daha yüksek seyrettiği için bu durum DÖİÖ’nin yapı geçerliğine dair ek bir kanıt olarak kabul edilebilir.

#### **4.2.5. Ayırt Edici (Diskriminant) Geçerlik**

Ölçeğin ayırt edici geçerlik sınavı kapsamında ise Dünya Sağlık Örgütü’nün belirlemiş olduğu BKİ kategorizasyon sistemine göre oluşturulan Anorektik ( $n=10$ ) ve Obez ( $n=22$ ) kategorisinde yer alan katılımcıların DÖİÖ toplam ve alt test puanlarının farklılaşp farklılaşmadığı Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. Buna göre obez kategorisinde olan bireylerin DÖİÖ-1’den almış oldukları puan ortalamalarının Anorektik kategorisinde yer alan katılımcılardan anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür ( $Z = -1.99$ ,  $p < 0.05$ ). Bir başka deyişle obez grubundakilerin öz yeterlilik inançlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir.

## 5. TARTIŞMA

Sağlıklı yaşama biçimi davranışlarından biri olan beslenme alışkanlığı; hastalıktan korunma ve sağlığın sürdürülmesinde önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Diyet uyum; dünyada ve Türkiye'de uygulanması sırasında oldukça fazla sorunla karşılaşılan ve hem yaşam kalitesi hem de yaşam süresi bakımından önemli sonuçları olan bir sağlık davranışıdır. Kronik hastalıkların önlenmesi ve yaşam kalitesinin arttırılmasında önemli bir rolü olan diyet davranışı, birçok hastalığın tedavisi içinde yerini almaktadır. Diyet programlarına uyumda yaşanan güçlükleri anlamak, bireylerin diyeti sürdürmelerinde ne gibi müdahale ve destek sistemlerinin geliştirilmesi konusunda yol göstermesi açısından önemlidir. Transteorik Model (TTM) çerçevesinde kilo kaybıyla ilgili davranış değişim programlarının geliştirilmesinde, motivasyonel ve davranışsal yapıların incelenmesi bize yol gösterici olacaktır. Diyet programını sürdürmede bireyin öncelikle tedavi motivasyonuna sahip olması gerekir. Tedavi motivasyonunun önemli bir bileşeni diyet öz yeterlilik inancı, diyet programına uyumda ve diyetin sürdürülmesinde önemli bir yordayıcıdır. Bu araştırmada TTM bileşenlerinden biri olan diyet öz yeterlilik inancını ölçmek amacıyla Diyet Öz Yeterlilik İnancı Ölçeği geliştirilmiştir. Diğer bir deyişle, bu çalışmanın amacı diyet programına uyum göstermesi gereken kişilerde öz yeterlilik inançlarını araştırmak, dolayısıyla da sağlık davranışlarını kontrol edebilme amaçlı müdahalelere destek olmaktır. Bu bölümde geliştirilen ölçüm aracının psikometrik özelliklerine dair bulgular literatür bağlamında tartışılacaktır.

Diyet Öz Yeterlilik İnancı Ölçeği maddeleriyle yapılan madde analizi sonucunda, 47 maddeden 1 tanesi (27. Madde) toplam puan ile olan düşük korelasyonu ( $r < .20$ ) yüzünden ilk aşamada elenmiştir. Ayrıca ölçeğin Faktör analizinin ilk aşamasında 2 madde (20 ve 24. maddeler) ortak varyansları .30'un altında olduğu için çıkarılmıştır. Son olarak 1 madde (31. madde) hiçbir faktöre yüklenmediği için, 6 madde (2., 32., 35., 37., 41. ve 43. maddeler) ise

çift faktöre yüklendikleri için ölçekten çıkarılmıştır. Sonuç olarak 37 maddeden oluşan bir ölçek haline gelmiştir.

Öncelikle diyetle ilişkin öz yeterlik çalışmalarında kullanılan ölçekler bakımından ayrıntılı bir faktör analizi olan çalışmanın çok az olduğunu bildirmek gerekir. Yapılan çalışmalarda diyetle ilişkin öz yeterlilikte ya tek faktör olduğu bildirilmiş (Parcel ve ark., 1995; Armitage ve Conner, 1999; Ma ve ark., 2002) ya da öz yeterliliğin alana özgü olması üzerinden faktör yapıları incelenmiştir (Hofstetter, Richard ve Hovell, 1990). Mevcut çalışmada, diyetle ilişkin öz yeterlilikle ilgili maddeler geliştirilirken faktörel bir yapı düşünülmüştür. Diyet için davranış değişikliği sadece bireysel güvenle ilgili değil aynı zamanda sosyal ortamlarda ayartıcılara karşı durabilme (Prochaska, 2013) ve diyetisyenle işbirliği içinde olabilme gibi olgularla ilişkili olduğu için ölçek geliştirilmesi sırasında “bireysel boyut”, “sosyal boyut” ve “tıbbi boyut” olarak üç boyut düşünülmüştür.

Faktör analizinin sonucunda; Diyet Öz yeterlilik İnancı Ölçeği, 37 maddeden oluşan ve "Genel İnançlar", “Tıbbi Boyut” ve “Hazırlık/ Kontrol " olarak isimlendirilen 3 faktörden meydana gelen bir ölçüm aracı elde edilmiştir. Bu faktörler, ilk aşamada düşünülen faktörlerle bir paralellik göstermekte ancak farklı bir faktör yapısı olarak durmaktadır. İlk faktör olan genel inançlar boyutunda diyeti bireysel olarak sürdürme (“Diyeti sürdürmekte zorluk çekmem”) ve sosyal ayartıcılara karşı durabilme (“Komşunun getirdiği ancak diyet programıma uymayan yiyecekleri geri çevirebilirim”) şeklindeki bireysel ve sosyal boyut birleşmiş gibi görünmektedir. Tıbbi boyut tasarlandığı gibi oluşmuştur. Üçüncü boyut olan hazırlık/kontrol ise ayartıcıların olması beklenen yerlerde önceden önlem almak (“Doğum günü, yılbaşı, arkadaş toplantısı gibi özel gün ya da özel kutlamalarda kendi diyet yemeğimi de yanımda getirebilirim”) şeklinde bir kontrol biçimi olarak ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak genel, tıbbi ve bireysel- iç kontrol faktörlerinin iç tutarlılık katsayıları için Cronbach Alfa değerleri sırasıyla ( .95, .86 ve .75) kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur.

Faktör analizi bulguları incelendiğinde; DÖİÖ toplam puan ile en yüksek korelasyonu gösteren faktörün "Genel İnançlar" faktörü olması şaşırtıcı değildir çünkü en fazla madde bu faktördedir. Diğer yandan diğer iki faktör de ölçek toplam puanı ile kabul edilebilir düzeyde korelasyonlar göstermektedir.

Ölçeğin dış geçerliliğine bakıldığında; KSE ile "Genel İnançlar" ve "Kontrol/Hazırlık" faktörleri negatif ve anlamlı korelasyon göstermektedir. Kişide herhangi bir psikopatoloji bulgusunun öz yeterlilik inancını olumsuz yönde etkilemesi de beklenen bir durumdur. Nitekim Yıldırım ve İlhan (2010), Genel Öz Yeterlilik Ölçeği uyarlama çalışmalarında, ölçeklerinin Beck Depresyon Envanteri ile negatif korelasyon gösterdiğini bildirmiştir. Diğer yandan "Tıbbi Boyut" faktörü ile KSE arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. Bunun bir nedeni, bu faktörün diyetisyene olan güven ve sorun durumunda diyetisyenle iletişimi sürdürme ile ilişkili olması olarak açıklanabilir. Diyetisyenin bir uzman olarak görülmesi ve ona bu yüzden güvenilmesinin psikopatoloji derecesinden (en azından düşük seviyeler için) bağımsız olması beklenebilecek bir durumdur. Sağlık çalışanlarına güven ve saygı, kültürel bir özellik olarak görülebilir. Nitekim Türkiye’de devlet hastaneleri, en çok güvenilen kurumlar arasında üçüncü sırada yer almaktadır. (<http://www.konsensus.com.tr/news/404/en-guvenilen-kurumlar.html>)

DÖİÖ toplam ve tüm alt faktörler; Öz Etkinlik Ölçeği (ÖEÖ) faktörlerinden "Tamamlama" faktörü ile anlamlı ve pozitif bir korelasyon gösterirken, "Zorlanma" faktörü ile anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır. Bunun bir nedeni, tamamlama faktörü ile öz yeterlilik arasında bir işi bitirmeye duyulan inanç bakımından benzerlik olabilir. Ne yazık ki ÖEÖ Türkçe formu ve faktör yapısı ile çok fazla çalışma olmadığı için bu farklılığı literatüre dayandırmak zor görünmektedir. Yine de ÖEÖ zorlanma faktörünün maddeleri açık bir şekilde zorluklardan bahsederken (Başarısızlık sadece benim daha fazla çabalamamı sağlar); DÖİÖ spesifik ve açık olarak zor olduğu bahsedilemeyen durumlardan (Diyeti sürdürmekte

zorluk çekmem) bahsetmektedir. İyimser kişiler özyeterlik inancına sahip olabilir ancak zorluklarla başa çıkabileceklerini düşünmeyebilirler. Gerçekçi olmayan iyimserlik diyet başlamadan önce görülebilen bir davranış biçimidir ve diyet uygulaması ile ilgili gerçekçi olmayan beklentilere neden olabilmektedir (Sparks ve ark., 1995).

DÖİÖ toplam puan ve tüm faktörleri, Eysenck Kişilik Envanteri Nevrotiklik alt ölçeği ile negatif ve anlamlı korelasyon göstermiştir. Nevrotiklik arttıkça, stres aktivasyon eşiği düşecek ve dolayısıyla duygusal tepkileri kontrol etmek zorlaşacaktır. Düşük seviyeli bir strese bile kişi deneyimi orantısız bir olumsuz duygulanım şeklinde yaşayabilir. Dolayısıyla, birey bir işi yapabilecekken o işi yapamaz hale gelebilir. Artan olumsuz duygu durumu ve stresten ötürü, mevcut işini yapabileceğine olan inancı azalacaktır. Jefferey (2003), yoğun stres altında çalışanların, sağlıklı yemekleri tercih etmek yerine yağ oranı daha yüksek gıdaları tükettiğini bildirmiştir. Yoğun stres altında işlerini gerçekleştiren çalışanların, uyguladıkları herhangi bir diyet programı var ise, diyet programına uyum göstermeleri güç olacaktır.

Bir diğer ilginç bulgu ise DÖİÖ toplam ve tüm alt faktörlerin Kontrol Odağı Ölçeği'nin Kişisel Kontrol faktörü ile anlamlı ve negatif korelasyon göstermesidir. Öz etkililik inancı ile kişisel algılanan davranış kontrolünün iki farklı boyut olduğunu bildiren çalışmalar söz konusudur (Povey ve ark. 2000, Terry ve Joanne 1995). Bunun yanında diyet davranışı diyetisyen ile ortaklaşa yürütülen bir davranıştır ve yukarıda da belirtildiği gibi diyetisyene olan güvenle yakından ilişkilidir. Kişisel kontrolü yüksek birisinin kendi davranışının olası sonucuyla ilgili başkasına güvenmede zorluk yaşayabileceği düşünülebilir. Diğer bir değişle kişisel kontrol algısı yüksek olduğu için diyet davranışının kontrolünü diyetisyene bırakmakta zorlanabilir. Ayrıca DÖİÖ için esas olarak negatif bir yeterlilik inancından bahsedebiliriz. Yani diyet için daha çok ayartıcılara karşı durabilmekten bahsederken, kişisel kontrol daha çok bir davranışı gerçekleştirebilme ile (yani pozitif bir seçim) ilgilidir.

Diğer yandan KOÖ'nin şansa inanma faktörü ile "Genel İnançlar" ve "Kontrol/Hazırlık" faktörlerinin negatif korelasyon göstermesi beklendik bir durum olarak görülebilir. Şans faktörü, bireyin dışında gelişen ve esas olarak rastlantısallığı öne çıkaran bir algı biçimidir. Bu yüzden kişi şansa inandıkça öz yeterliliğinin düşmesi beklenebilir (Roddenberry ve Renk, 2010). Conner (2002)'de sağlık davranışına ilişkin performansı etkileyen psikolojik özellikleri; kişilik, akran baskısı ve davranışa ilişkin kontrol algısı olarak sıralamıştır. Planlı davranış teorisine göre de davranış değişiminde önemli bir faktör, davranışsal kontrol algısıdır. Kontrol algısı aynı zamanda kişinin bir davranışına ilişkin algıladığı öz yeterliliğiyle de ilişki içindedir. Bu araştırmada diyet öz yeterlilik inancının şansa inanma ile negatif yönde ilişkili olduğu yönündeki bulgu literatürle uyumlu bulunmuştur. Bireyin sağlıklı yeni bir davranışı kazanabileceğine ilişkin güveninin olması, kendi davranışlarına ilişkin kontrol algısının yüksek olmasını gerektirir. Kendi davranışı üzerinde kontrolünün olmadığına inanan birinin, diyet öz yeterliliğinin düşük olması ve yeni davranışı kazanmada zorluk yaşaması beklendik bir durum olacaktır. Kontrol Odağı Ölçeğinde yer alan "insanların yaşamındaki mutsuzlukların çoğu, biraz da şanssızlıklarına bağlıdır" maddesinde görüldüğü gibi, birey mutsuzluğu üzerindeki kendi etkisinin önemsiz olduğuna inanırsa, bireyin öz yeterlilik inancı düşecektir. Bu nedenle davranışına ilişkin kontrol algısı düşük biriyle sağlıklı davranış değişimi sağlamaya çalışırken öncelikle, bu kişinin kontrol edebildiği davranışlar ve gerçekçi hedefler belirlenerek öz yeterliliklerinin geliştirilmesi tedavinin başarısı açısından yol açıcı olabileceği düşünülmektedir.

KOÖ'nin "çabalamanın anlamsızlığı" ve "kadercilik" ile DÖİÖ'nün hiçbir faktörünün anlamlı bir korelasyon göstermemesini de yine kontrol odağı ve öz yeterlilik inancı boyutlarının belki de ayrı boyutlar olabileceğini düşünerek açıklayabiliriz. DÖİÖ'nde bir taraftan diyetisyene güvenme ve onunla işbirliği içinde olma ile ilgili maddeler söz konusuken diğer yandan diyeti devam ettirebilme ile ilgili maddeler söz konusudur. Yani bir



tarafından kadercilik (ve bu anlamda çabalamanın anlamsızlığı) ile paralel sayılabilecek maddeler söz konusuysa diğer yandan etkin adımları gerektiren ve kaderciliğe ters sayılabilecek maddeler söz konusudur. Korelasyonların anlamsızlığı bu açıdan ele alınabilir.

Transteorik model çerçevesinde değişim evrelerine odaklanan çalışmalarda bireyin diyet davranış değişikliğine hazır oluşunun değerlendirilmesi gerekir. Diyet davranış değişikliğine hazır oluş ile öz yeterlilik inancı arasındaki ilişkiyi ele alan Palmiera ve arkadaşları (2007) öz-yeterliliğin sağlık davranışındaki değişimleri işaret eden kuramların anahtar unsuru olduğunu fark etmiş ve yanı sıra transteorik modelde tanımlanan değişim evrelerinin yordayıcı değerini vurgulamışlardır. Griffin ve ark. (1999); Kim ve ark. (2001) diyet davranış değişimini sağlamak için öz yeterliliği arttırmayı amaçlamışlardır. Bu araştırmada obez hastalar ile anorektik hastalar arasında genel öz yeterlilik boyutunda izlenen farklılık, bireyin diyet programına uyum gösterebileceğine dair inancı ile diyet programına uyum davranışı arasındaki ilişki ortaya konmuştur. Ölçeğin yalnızca genel özyeterlilik boyutunda anorektik kategorisindekiler ile obez kategorisindekileri ayırt ettiğini bir başka deyişle, obez kategorisinde olanların genel özyeterlilik inançlarının daha düşük olduğunu göstermiştir; ancak diğer alt testlerle ve toplam puanda böyle bir ayırt edicilik saptanmamıştır. Ölçeğin bu ayırt ediciliği beklenen ölçüde yapmaması bu iki grubun katılımcı sayısının düşük olmasına bağlanabilir. Ayrıca anorektik hasta grubunun da sağlıklı psikolojik ve beslenme özellikleri göstermemesi de söz konusudur. Örneğin Schebendach ve ark. (2012) anorektik hastaların günlük enerji alımlarını sistematik olarak olduğundan daha fazla bildirirken, obez hastaların günlük enerji alımlarını sistematik olarak olduğundan daha az bildirdiklerini göstermiştir. Gelecek araştırmalarda ayırt ediciliğe obez hastalar ve normal kilolular arasında bakmak ölçeğin geçerlilik özellikleri hakkında yeni bilgiler verebilir.

## Öneriler

Diyet Öz Yeterlilik İnancı Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonunda; ölçeğin diyet konusundaki bireyin öz yeterlilik inancını değerlendirmede kullanılabilecek geçerli bir ölçek olduğu sonucuna varılmıştır. Diyet Öz Yeterlilik Ölçeği üç alt faktörü ile bireyin genel, bireysel-iç kontrol ve tıbbi alanlardaki inançlarını değerlendirme imkânı vermektedir. Bu açıdan pratikte bireyin diyete hazır oluşunun önündeki potansiyel engelleri görebilmemiz ve bu konuda kontrol yöntemleri geliştirmemiz için önemli veriler sağlayacağı düşünülmektedir. Örneğin tedavinin başında ve hastanın değerlendirme aşamasında ölçeğin uygulanması ile ortaya konan öz yeterlilik inanç özellikleri üzerine çalışma imkanı doğacaktır. Öz yeterlilik inancı ve alt faktörleri konusunda psikoeğitim çalışmaları, hastanın işlevsel olmayan inançları ve davranışları üzerine çeşitli düzeltici çalışmalar yapılabilir.

Birçok kronik hastalıkta tedavinin temel bir parçası olarak diyet programları uygulanmaktadır. Ancak bazı bireylerin diyet programına başlama ve devam etme konusunda istikrarı düşüktür. Bu çalışmada geliştirilen Diyet Öz Yeterlilik İnancı Ölçeği bireylerin genel olarak diyeti sürdürmelerini olumsuz etkileyen önemli bir faktör olan diyet öz yeterlilik inancını, sağlık psikolojisi alanındaki transteorik model çerçevesinde ele almamızı sağlayan ilk ölçek olması bakımından araştırma ayrıca önem taşımaktadır. Ayrıca ölçek; Sağlık İnanç kuramı ve Planlı Davranış Kuramında da ele alınan öz yeterlilik kavramı ile ilişkili olmasından dolayı bu kuramların çatısı altındaki çalışmalara da katkı sağlayabilecek niteliktedir. Sağlıklı diyet davranışının geliştirilmesini öz yeterlilik kavramıyla birlikte incelemeyi amaçlayan sağlık psikolojisi alanındaki gelecek çalışmalara öncülük edeceği düşünülmektedir.

Sağlık psikolojisi alanında sağlık davranışlarının geliştirilmesi amacıyla; diyet davranışının başlaması ve sürdürülmesinde çok önemli bir değişken olan öz yeterlilik inancının güvenilir bir biçimde ölçülmesi; bireylerle yapılacak motivasyonel görüşme ve değişim süreci aşamalarında etkili desteği verebilmeye olanak sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca öz yeterlilik ve diyet davranışının başka hangi değişkenlerle ilişki içinde olduğunu ortaya koymayı amaçlayan gelecek çalışmalar sağlıklı diyet davranışını anlamamıza katkı sağlayacaktır.

### **Araştırmanın Kısıtlılıkları:**

Araştırmanın en önemli kısıtlılıklarından biri daha fazla alt grupları içermemesidir. Bundan ötürü katılımcı sayısı yükseltilmelidir. Buna ek olarak çalışma genel bir örnekleme yapılmıştır. Bundan ötürü, gerçek anlamda diyet yapması önerilen hasta grupları çalışmada yer alamamıştır. İleride yapılacak çalışmalarda bu klinik örneklemlerde de ölçeğin psikometrik özellikleri sınanabilir.

Kesitsel bir çalışma olmasından ötürü, ortak metot varyansı söz konusudur. Başka örneklemlerde de ortak metot varyansını engellemek için sınamalar yapılmalıdır.

Çalışmanın diğer kısıtlı olduğu nokta ise, araştırmada yer alan kadın katılımcı sayısının erkek katılımcı sayısına kıyasla daha fazla olmasıdır. İleride yapılacak çalışmalarda kadın ve erkek katılımcıların eşit dağılımı, yaş gruplarının eşit temsili bakımından ve olası cinsiyet faktörünün etkisinden doğabilecek farklılıkları ortadan kaldırmak adına önem taşımaktadır. Ek olarak, diyet söz konusu olduğunda ekonomik durum da önemli değişkenlerdendir. Bundan ötürü, özellikle yeme alışkanlıkları incelenirken bu durum kontrol altında değildir, ileriki çalışmalarda kontrol altına alınabilir.

Bununla birlikte; analizler ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik bulgularının kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermiştir. Ölçeğin kullanılmasıyla birlikte, hem Türkiye'de hem de dünyada sağlık psikolojisi alanında önemli sağlık davranışlarından olan beslenme ve diyet davranışlarının önemli yordayıcılarının sağlık psikolojisi kuramları çerçevesinde araştırılmasının mümkün olacağı umulmaktadır.

Tüm bunlara rağmen, analizler ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik bulgularının kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermiştir. Bu ölçek sayesinde hem Türkiye'de hem de dünyada sağlık psikolojisi alanında önemli sağlık davranışlarından olan beslenme ve diyet davranışlarının önemli yordayıcılarının sağlık psikolojisi kuramları çerçevesinde araştırılmasının mümkün olacağı umulmaktadır.

## KAYNAKÇA

- [1] Adler, N., Mathewa, K. (1994). Health Psychology: Why do some people get sick and somestay well? Annual Review of Psychology, 45, 229-259.
- [2] Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes. 50, 179-211.
- [3] Alphan, E. T. (2008). Obezitenin Etiyolojisi. Yetişkinlerde Ağırılık Yönetimi. Ed. Ayşe Baysel ve Murat Baş. Türkiye Diyetisyenler Derneği, 17-34.
- [4] Bahadır, E. (2009). Sağlıkla İlgili Fakültelerde Eğitime Başlayan Öğrencilerin Psikolojik Sağlık Düzeyleri. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- [5] Baltaş, Z. (2000). Sağlık psikolojisi: Halk sağlığında davranış bilimleri. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- [6] Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change. Psychological Review, 84, 191-215.
- [7] Bandura, A. (1997). Self-Efficacy. The Exercise of Control. New York: Freeman.
- [8] Bardia, A., Holtan, S. G., Slezak, J. M., Thompson, W. G. (2007). Diagnosis of Obesity by Primary Care Physicians and Impact on Obesity Management. Mayo Clinic Proceedings, 87, 927-932.
- [9] Baum, A., Posluszny, D. M. (1999). Health Psychology: Mapping Biobehavioral Contributions to Health and Illness. Annual Review of Psychology, 50, pp. 137-163.
- [10] Becker, D. M., Levine, D. M. (1987). Risk Perception, Knowledge and Life-Styles in Siblings of People with Premature Coronary Disease. American Journal of Preventive Medicine, 3, 45-50.
- [11] Belloc, N. B., Breslow, L. (1972). Relationship of Physical Health Status and Health

Practices. *Preventive Medicine*, 9, 409-421.

[12] Biddle, S. J. H., Fuchs, R. (2009). Exercise Psychology: A View from Europe. *Psychology of Sport and Exercise*, 10 (4), 410–419.

[13] Birch, L. L., Davison, K. K. (2001). Family Environmental Factors Influencing the Developing Behavioral Controls of Food Intake and Childhood Overweight. *Pediatrics Clinics of North America*, 48(4), 893–907.

[14] Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. London: Routledge.

[15] Blonna, R. ve Water, D. (2005). *Health counseling: A microskills approach*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

[16] Bock, B. C., Marcus, B. H., Rossi, J. S., Redding, C. A. (1998). Motivational Readiness for Change: Diet, Exercise and Smoking. *American Journal of Health Behavior*, 22, 248–258.

[17] Boonyaleepun, S., Tassniyom, N., Laohasiriwong, W., Barry, J. Puttapitukpol, S. (2007). Self-Efficacy and Health Behavior Development of is and AIDS Patients Receiving Antiretroviral Therapy: A Proactive Strategy for Health Personnel. *Educational Journal of Thailand*, 1, 21–32.

[18] Boudreaux, E. D., Emond, S. D., Clark, S., & Camargo, C. A. (2003). Acute Asthma Among Adults Presenting to the Emergency Department The Role of Race/Ethnicity and Socioeconomic Status. *CHEST Journal*, 124(3), 803–812.

[19] Boudreaux, E. D., Wood, K. B., Mehan, D., Scarinci, I., Taylor, C. L. C., Brantley, P. L. (2003). Congruence of Readiness to Change, Self-Efficacy, and Decisional Balance for Physical Activity and Dietary Fat Reduction. *American Journal of Health Promotion*, 17 (5), 329–336.

[20] Bowerman, S., Bellman, M., Saltzman, P., Garvey, F., Pimstone, K., Skootsky, D., Wang, H. J., Elashoff, R., Heber, D. (2001). Implementation of a Primary Care Physician Network Obesity Management Program. *Obesity Research*, 9 (4), 321–321.

[21] Brown, G. W., Davidson, S. (1978). Social Class, Psychiatric Disorder of Mother and Accidents to Children. *The Lancet*, 311, (8060). 378–381.

- [22] Bray, S. R., Gyurcsik, N. C., Culos, S. N., Dawson, K. A., Martin, K. A. (2001). An Exploratory Investigation of the Relationship Between Proxy Efficacy, Self-Efficacy and Exercise Attendance. *Journal of Health Psychology*, 6 (4), 425–434.
- [23] Burke, L. E., Sereika, S. M., Music, e., Warziski, M., Styn, M. A., Stone, A. (2008). Using Instrumented Paper Diaries to Document Self-Monitoring Patterns in Weight Loss. *Contemporary Clinical Trials*, 29, 182–193.
- [24] Carels, R. A., Lynn, D., Cacciapaglia, H. M., Konrad, K., Coit, C., Harper, J. (2007). Using Motivational Interviewing as a Supplement to Obesity Treatment: a Stepped-Care Approach. *Health Psychology*, 26 (3), 369–374.
- [25] Carpenter, R. A., Finley, C., Barlow, C. E. (2004). Pilot Test of a Behavioral Skill Building Intervention to Improve Overall Diet Quality. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 36, 20–26.
- [26] Caspersen, C. J., Powell, K. E., Christenson, G. M. (1985). Physical Activity, Exercise and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health Related Research. *Public Health Rep.* 127 (100), 172–180.
- [27] Cihangiroğlu, Z. ve Deveci, S.E. (2011). Fırat üniversitesi elazığ sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2), 78-83.
- [28] Collins, J. C., Bentz, J. E. (2009). Behavioral and Psychological Factors in Obesity. *The Journal of Lancaster General Hospital*, 4 (4), 124-127.
- [29] Conner, M., Norman, P., (1996). (eds.). *Predicting Health Behaviour*. Buckingham UK. Open University Press.
- [30] Conner, M. and Armitage, C. J. (1999), Distinguishing Perceptions of Control From Self Efficacy: Predicting Consumption of a Low-Fat Diet Using the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 29: 72–90.
- [31] Conner, M. (2002). *What is Health Behaviour*. University of Leeds UK.
- [32] Contendo, I. R., Murphy, B. M. (1990). Psycho-Social Factors Differentiating People Who Reported Making Desirable Changes in Their Diets from Those Who did Not. *Journal*

of Nutrition Education, 22, 6-13.

[33] Dalak, H. (2010). Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Sosyal Destek Arasındaki İlişki. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Mersin Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.

[34] DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. (1982). Self-Change and Therapy Change of Smoking Behavior: A Comparison of Processes of Change ing Cesseation and Maintenance. Addictive Behaviors, 7, 133–142.

[35] DiLillo, V., Siegfried, N. J., West, D. S. (2003). Incorporating Motivational Interviewing into Behavioral Obesity Treatment. Cognitive and Behavioral Practice. 10, 120–130.

[36] Di Noia, J., Prochaska, J. O (2009). Mediating Variables in a Trasntheoretical Model Dietary Intervention Program. Health Education & Behavior, 37, 753-762.

[37] Dittus, K. L., Hiller, V. N., Beerman, K. A. (1993). Attitudes and Behaviours about Pesticide Residues, Susceptibility to Cancer, and Consumption of Fruits and Vegetables. Journal of Nutritional Education, 25, 245-250.

[38] Dodge, J. A., Janz, N. K., Clark, N. M. (2002). The Evolution of an Innovative Hearth Disease Management Program for Older Women: Integrating Qualitative and Quantitative Methods in Practice. Journal of Healtyhh Promotion Practice, 3, 30-42.

[39] Doğan D. Mehmet, Büyük Türkçe Sözlük, Birlik Yayınları, 1986.

[40] Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2005b). Promoting mental health. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse.

[41] Ege, E., Zincir, H., Güneş, G. ve Bilgin, N. (2003). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz- etkililik- yeterlilik düzeylerinin incelenmesi, Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi 14(2), 83- 92.

[42] Esin, N. (1999). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin türkçe'ye uyarlanması.



Hemşirelik Bülteni, 12(45), 87-95.

[43] Evers, C. (1997). Empower Children to Develop Healthful Eating Habits. *Journal of the American Dietetic Association*, 97 (10), 116.

[44] Foreyt, J. P., Goodrick, G. K. (1993). Evidence for Success of Behavior Modification in Weight-Loss and Control. *Annals of Internal Medicine*, 119, 698–701.

[45] Foster, G. D., Makris, A. P., & Bailer, B. A. (2005). Behavioral treatment of obesity. *The American journal of clinical nutrition*, 82(1), 230S-235S.

[46] Frost, R. (2008). Health promotion theories and models for program planning and implementation. Mel & Enid Zuckerman College of Public Health.

[47] Gist, M. E., Mitchell, T. R. (1992). Evidence for Success of Behavior Modification in Weight-Loss and Control. *Annals of Internal Medicine*, 119, 698–701

[48] Glanz, K. Rimer, B. K., Lewis, F. M. (1999). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Fransisco: Jossey-Bass.

[49] Glinski J, Wetzler S, Goodman E. (2001). The Psychology of Gastric Bypass Surgery. *Obesity Surgery*, 11, 581-588.

[50] Gnani, R., Spagnoli, T. D., Galotto. C., Pugliese, E., Carta, A., Cesari, L. (2000). Socioeconomic status, overweight and obesity in prepuberal children: a study in an area of Northern Italy. *Eur J Epidemiol*, 16:797–803.

[51] Gochman, D. S. (1997). (eds.). *Handbook of Health Behavior Research* New York, Vols. 1-4: Plenum.

[52] Godin, G., Kok, G. (1996). *The Theory of Planned Behaviour: A Review of its Applications to Health-Related Behaviours*. *American Journal of Health Promotion*. 11, 87-98.

[53] Griffin, J. A., Gilliland, S. S., Perez, G. (1999). Participant Satisfaction with a Culturally Appropriate Diabetes Education Program: The Native American Diabetes Project. *Diabetes Educ.*, 25, 351-363.

[54] Guyton AC, Hall JE. (2001). *Textbook of Medical Physiology*. İstanbul, Nobel Kitapevi,

797–800.

[55] Haskell, W. L., Lee, I. M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A. (2007).

Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med. Sci. Sports, Exerc.* 39 (8), 1423–1434.

[56] Hayes, D., Ross, D. E. (1987). Concern with Appearance, Health Beliefs, and Eating Habits. *Journal of Health and Social Behaviour*, 28, 120-130.

[57] Hofstetter, C. R., Sallis, J.F. and Hovell, M.F. (1990) "Some health dimensions of self efficacy: Analysis of theoretical specificity." *Social Science & Medicine* 31.9: 1051-1056.

[58] Horwarth, C. C. (1999). Applying the Transtheoretical Model to Eating Behavior Change: Challenges and Opportunities. *Nutrition Research Reviews*, 12, 281-317.

[59] Huon, G. F. & Strong, K. G. (1998). The initiation and the maintenance of dieting: Structural models for large-scale longitudinal investigations. *International Journal of Eating Disorders*, 23(4), 361–369.

[60] Janis, I. L., Mann, L. (1997). *Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice and Commitment*. New York. NY: Free Press.

[61] Johnson, D. W., Johnson, R. T. (1985). Nutrition Education: A Model for Effectiveness, a Synthesis of Research. *Journal of Nutrition Education*, 17, 1-35.

[62] Jones, H. Edwards, L. Vallis, T. M. (2003). Changes in Diabetes Self-Care Behaviors Make a Difference in Glycemic Control: the Diabetes Stages of Change Study. *Diabetes Care*, 26, 732-737.

[63] Kasila, K., Poskiparta, M., Karhila, P., Kettunen, T. (2003). Patients' Readiness for Dietary Change at the Beginning of Counselling: A Transtheoretical Model-Based Assessment. *J.Hum Nutr Dietet*, 16, 159–166.

[64] Katz, D. L. (2001). Behavior Modification in Primary Care the Pressure System Model. *Preventive Medicine*, 32, 66–72.

[65] Katz, D. L., Shuval, K., Comerford, B. P., Faridi, Z., Nijike, V. Y. (2008). Impact of an Education Intervention on Internal Medicine Residents's Physical Activity Counseling: The Pressure System Model. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14, 294–299.

- [66] Kasila, K., Poskiparta, p., Karhilla, P. (2003). Patients' Readiness for Dietary Change at the Beginning of Counseling: a transtheoretical model-based assessment. *J. Hum. Nutr. Diet*, 16, 159-166.
- [67] Kızıltan, G. (2005). *Diyabet ve Beslenme*. Başkent Üniversitesi. Ankara
- [68] Kim, C. J., Hwang, A. E., Yoo, J. S. (2004). The Impact of a Stage-Matched Intervention to Promote Exercise Behavior in Participants With Type-2 Diabetes. *Int. J. Nurs. Stud.*, 41, 833-841.
- [69] Kelly, C. W. (2001). *Measuring Health Behavior Change*. Dissertation, University of Cincinnati, Cincinnati, OH.
- [70] Kelly, C. W. (2008). Therapeutic Enhancement: Nursing Intervention Category for Patients Diagnosed with Readiness for Regime Management. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 188-191.
- [71] Kelly, R. B., Zyzanski, S. J., Alemango, S. A. (1991). Prediction of Motivation and Behavior Change Following Health Promotion: Role of Health Beliefs, Social Support and Self Efficacy. *Social Science and Medicine*, 32, 311-320.
- [72] Kelly, C. W. (2011). Commitment to Health: a predictor of Dietary Change. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2830-2836.
- [73] Kim, C. J., Hwang, A. E., Yoo, J. S. (2004). The Impact of a Stage-Matched Intervention to Promote Exercise Behavior in Participants With Type-2 Diabetes. *Int. J. Nurs. Stud.*, 41, 833-841.
- [74] King, T. K., Marcus, B. H., Pinto, B. M., Emmons, K. M., Abrahams, D. B. (1996). Cognitive Behavioral Mediators of Changing Multiple Behaviors: Smoking and a sedentary lifestyle, *Preventive Medicine*, 25, 684-691.
- [75] Kipfer, B. A. (Ed). (2005). *Roger's 21<sup>st</sup> Century Thesaurus in Dictionary Form*. New York, NY: Bantam Dell.

- [76] Kirk, A. F., Higgins, L. A. Hughes, A. R. (2001). A randomized, controlled trial to study the effect of exercise consultation on the promotion of physical activity in people with type 2 diabetes: a pilot study. *Diabet Med*, 18, 877-882.
- [77] Kirk, A. F., Mutrie, N., MacIntyre, M. D. (2003). Increasing Physical Activity in People with type-2 diabetes. *Diabetes Care*, 26, 1186-1192.
- [78] Kirk, A. F., Mutrie, N., MacIntyre, M. D. (2004). Promoting and Maintaining Physical Activity in People with type-2 diabetes. *Am J. Prev. Med*, 27, 289-296.
- [79] Klem, M. L., Wing, R. R., McGuire, M. T., Seagle, H. M., & Hill, J. O. (1997). A descriptive study of individuals successful at long-term maintenance of substantial weight loss. *The American journal of clinical nutrition*, 66(2), 239-246.
- [80] Kristal, A. R., Glanz, K. Tilley, B. C. Li, S. (2000). Mediating Factors in Dietary Change: Understanding the impact of a worksite nutrition intervention. *Health Education and Behavior*, 27, 112-125.
- [81] LaBrie, J. W., Pedersen, E. R., Thompson, A. D., Earleywinw, M. (2006). A Brief Decisional Balance Intervention Increases Motivation and Behavior Regarding Condom Use in High Risk Heterosexual College Men. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 330–339.
- [82] Li, G., Zhang, P., Wang J. ve ark. (2008). The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study. *Lancet*. 371, 1783–9.
- [83] Linde, J. A. Rothman, A. J. Baldwin, A. S., Jeffery, R. W. (2006). The Impact of Self Efficacy on Behavior Change and Weight Change Among Overweight Participants in a Weight Loss Trial. *Health Psychology*, 25 (3) 282-291.
- [84] Lyons, A. C., Chamberlain, K. (2006). *Health Psychology: A Critical Introduction*. USA, NY: Cambridge University Press.

- [85] McAuley, E. Courneya, K. S., Rudolph, D. L., Lox, C. L. (1994). Enhancing Exercise Adherence in Middle-Aged Males and Females. *Preventive Medicine*, 23 (4), 498–506.
- [86] Macqueen, C., Frost, G. (1995). Does higher quality information improve the attendance rate or treatment outcome of obese patients. *J. Hum. Nutr. Diet*, 8, 137-139.
- [87] Marcus, B. H., Rakowski, W., Rossi, J. S. (1992). Assessing Motivational Readiness and Decision Making for Exercise. *Health Psychology*, 11 (4), 257-261.
- [88] Marcus, B. H., Emmons, K. M., Simkin, S. L. (1998). Evaluation of Motivationally Tailored Versus Standard Self-Help Physical Activity Interventions at the Workplace. *Am. J. Health Promot*, 12, 246-253.
- [89] Marks DF (2002) Freedom, responsibility and power: contrasting approaches to health psychology. *Journal of Health Psychology*, 7:5-19.
- [90] Marti, A., Moreno, M., Hebebrand, J., Martinez, J. G. (2004). Lifestyle and Obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 28;29–34.
- [91] Martin, M. Y., Person, S. D., Kratt, P., Patterson, H. P., Kim, Y., Salas, M., Pisu, M. (2008). Relationship of Health Behavior Theories with Self-Efficacy Among Insufficiently Active Hypertensive African American Women. *Patient Education and Counseling*, 72, 137-145.
- [92] Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, Vol 35(9), 807–817.
- [93] Norris, S. L., Engelgau, M. M., Narayan, K. M. V. (2001). Effectiveness of Self-Management Training in Type-2 Diabetes. *Diabetes Care*, 24, 561-587.
- [94] O'Connell, J. K., Price, J. H., Roberts, S. M., Jurs, S. G., McKinley, R. (1985). Utilizing the Health Belief Model to Predict Dieting and Exercising Behavior of Obese and Nonobese Adolescents. *Health Education Quarterly*, 12, 345-351.
- [95] Oflazoğlu-Göncü, F. (2013). 4. ve 5. Sınıf Öğrencilerinin Algıladıkları Aile İlişkileri ile Öz Yeterlilikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- [96] O'Leary, J. E., Deborah J.T., "The theory of planned behaviour: The effects of perceived

behavioural control and self-efficacy." *British Journal of Social Psychology* 34.2 (1995): 199-220.

[97] Okyayuz Ü (Ed.) (1999). Sağlık Psikolojisi:Giriş. Türk Psikologlar Derneği Yayınları: Ankara, 1-16.

[98] Ory, M. G., Jordan, P. J., Bazzarre, T. (2002). The Behavior Change Consortium: Setting the Stage for a New Century of Health Behavior-Change Research. *Health Education Research*, 17, 500-511.

[99] Palmeira, A. L., Teixeira, P. J., Branco, T. L., Martins, S. S., Mindrico, C. S., Barata, J.

T., Serpa, S. O., Sardina, L. B. (2007). Predicting Short-Term Weight Loss Using Four

Leading health Behavior Change Theories. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4, 4-14.

[100] Parcel, G. S., Edmundson, E., Perry, C. L., Feldman, H. A., & al, e. (1995).

Measurement of self-efficacy for diet-related behaviors among elementary school children.

*The Journal of School Health*, 65(1), 23-7.

[101] Patterson, M. L., Stern, S., Crawford, P. B., McMahon, R. P., Similo, S. L., Schreiber,

G. B., Morrison, J. A., Waclawiw, M. A. (1997). Sociodemographic factors and obesity in

preadolescent black and white girls: NHLBI's Growth and Health Study. *J Natl Med Assoc*

89.594–600.

[102] Paulson, K. A. (2011). The Influence of Three Short-Term Weight Loss Intervention on Self Efficacy, Decisional Balance, and Processes of Change in Obese Adults. Unpublished Master of Science Thesis, Iowa State University.

[103] Pajares, F. (1996). Self Efficacy. Beliefs in Academic Settings. *Review of Educational Research*, 66 (4), 543–578.

[104] Pajares, F. (2002). Overview of Social Cognitive Theory and of Self-Efficacy.

Retrieved: (2009) from <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html>

[105] Pastorelli, C., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Rola, J., Rozsa, S., Bandura, A. (2001).

Structure of Children's Perceived Self-Efficacy: A Cross-National Study. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 87-97.

- [106] Peterson, J. M. (2009). Using the Transtheoretical Model In Primary Care Weight Management: Tipping the Decisional Balance Scale for Exercise. Doctor of Nursing Practice (DNP) Capstone Projects. Paper 3.
- [107] Pokrajac-Bulian, A., Tkalčić, M., Guina, T., & Štimac, D. (2006). Transtheoretical model of behaviour change in obese. In *The 26th European Conference on Psychosomatic Research*.
- [108] Polzien, K. M., Jakicic, J. M., Tate, D. F., Otto, A. D. (2007). The Efficacy of a Technology Based System in a Short-Term Behavioral Weight Loss Intervention. *Obesity*, 15, 825-830.
- [109] Popkin B. M. (2001). The nutrition transition and obesity in the developing world. *Journal of Nutrition*, 131, 871-873.
- [110] Potter, M. B., Vu, J. D., Croughan-Minihane, M. (2001). Weight Management: What Patients Want Form Their Primary Care Physicians. *Journal of Family Practice*, 50 (6), 513–518.
- [111] Povey, R., Conner, M., Sparks, P., James, R. and Shepherd, R. (2000), Application of the Theory of Planned Behaviour to two dietary behaviours: Roles of perceived control and self efficacy. *British Journal of Health Psychology*, 5: 121–139.
- [112] Prochaska, J. O., Norcross, J. C., Fowler, J. L., Follick, M. J., Abrams, D. B. (1992). Attendance and Outcome in a Work-Site Weight Control Program: Processes and Stages of Change as Process and Predictor Variables. *Addictive Behaviors*. 17, 35-45.
- [113] Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. ve Norcross, J. C. (1992). In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- [114] Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good*. New York: William Morrow.
- [115] Prochaska, J. O., Velicer, W. F (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.

- [116] Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenbloom, D., Rossi, S.R. (1994). Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors. *Health Psychology*, 13 (1), 39-46.
- [117] Prochaska, J. O. (2013). Transtheoretical Model of Behavior Change. In *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1997-2000). Springer New York.
- [118] Propst, D. B., Koesler, R. A. (1998). Bandura Goes Outdoors: Role of Self-Efficacy in the Outdoor Leadership Development Process. *Leisure Sciences*, 20, 319-344.
- [119] Ransford, H. E. (1986). Race, Heart Disease Worry and Health Protective Behavior. *Social Science and Medicine*, 22, 1355-1362.
- [120] Redding, C. A., Rossi, J. S., Rossi, S. R., Velicer, W. F., Prochaska, J. O. (2000). Health Behavior Models. *The International Electronic Journal of Health Education*, 3, 180-193.
- [121] Rivara F and Meeller B (1987). The epidemiology and causes of childhood injuries. *Journal of Social Issues*, 43:13-31.
- [122] Rochette, A. Komer-Bitensky, N., Thomas, A. (2009). Changing Clinicians' Habits: Is This the Hidden Challenge to Increasing Best Practices? *Disability and Rehabilitation*, 31, 1790-1794.
- [123] Roddenberry, A., & Renk, K. (2010). Locus of control and self-efficacy: potential mediators of stress, illness, and utilization of health services in college students. *Child Psychiatry & Human Development*, 41(4), 353-370.
- [124] Ross, R., Bradshaw, A. J. (2009). The Future of Obesity Reduction. *Beyond Weight Loss. Nature Reviews Endocrinology*, 5, 319-326.
- [125] Ryan, A., Smith, M. A. (2006). Change for life/Cambia tu vida: a health promotion program based on the stages of change model for African descendent and Latino adults in New Hampshire. *Prev Chronic Dis*, 3, 1-11.
- [126] Sağlık Bakanlığı, 2010. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Birinci, İkinci ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014). Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.



- [127] Sarkin, J. A., Johnson, S. S., Prochaska, J. O., Prochaska, J. M. (2001). Applying the Transtheoretical Model to Regular Moderate Exercise in an Overweight Population: Validation of a Stages of Change Measure. *Preventive Medicine*, 33, 462–469.
- [128] Schebendach, J. E., Porter, K. J., Wolper, C., Walsh, B. T., & Mayer, L. E. (2012). Accuracy of self-reported energy intake in weight-restored patients with anorexia nervosa compared with obese and normal weight individuals. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 570-574.
- [129] Schwarzer, R., Fuchs, R. (1996). Self Efficacy and Health Behaviors. . Conner M. ve Norman, P (eds). *Predicting Health Behaviour* (163-196). Buckingham, UK: Open University Press.
- [130] Shaikh, A. R., Vinokur, A. D., Yaroch, A. L., Geoffrey, W. C., Resnicow, K. (2011). Direct and Mediated Effects of Two Theoretically Based Interventions to Increase Consumption of Fruits and Vegetables in the Healthy Body Healthy Spirit Trial. *Health Education & Behavior*, 38, 492–501.
- [131] Sheeran, P., Abraham, S. C. S. (1996). The Health Belief Model. Conner M. ve Norman, P(eds). *Predicting Health Behaviour* (23-26). Buckingham, UK: Open University Press.
- [132] Sims, L. S. (1981). Further Thoughts on Research Perspective in Nutrition Education. *Journal of Nutrition Education*, 13, 70-75.
- [133] Schunk, D. H. (1991). Self-Efficacy and Academic Motivation. *Educational Psychologist*, 26, 207–231.
- [134] Schunk, D. H., Pajares, F. (2002). The Development of Academic Self-Efficacy. (Ed. Wigfield ve Eccles, J). *Development of Achievement Motivation*. San Diego: Academic

Press.

[135] Sloan, A. E. (1987). Educating a Nutrition-Wise Public. *Journal of Nutrition Education*, 19, 303-305.

[136] Smith, D. E., Heckemeyer, C. M., Kratt, P. P., Dehryl, M. A. (1997). Motivational Interviewing to Improve Adherence to a Behavioral Weight-Control Program for Older Obese Women with NIDDM. *Diabetes Care*, 20 (1), 52-54.

[137] Sporny, L. A., & Contento, I. R. (1995). Stages of change in dietary fat reduction: social psychological correlates. *Journal of Nutrition Education*, 27(4), 191–199.

[138] Sparks, P., Shepherd, R., Wieringa, N., Zimmermanns, N. (1995). Perceived behavioural control, unrealistic optimism and dietary change: an exploratory study. *Appetite*, 24(3), 243-255.

[139] Steptoe, A., Wardle, J. (1992). Cognitive Predictors of Health Behaviour in Contrasting Regions of Europe. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 485-502.

[140] Şarbat G, Demirkol M (1999). “Obesite”, Aysel Ekşi (Ed.), Ben Hasta Değilim, Nobel Tıp Kitapevleri, s.441–450.

[141] Teixeira, P. J., Silva, M. N., Countinho, S. R. Palmeira, A. L., Malta, J., Viera, P. N. (2010). Mediators of Weight Loss and Weight Loss Maintenance in Middle-Aged Women. *Obesity*. 18, 725–735.

[142] Tezcan, B. (2009). Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

[143] Trost, S. G., Owen, N., Bauman, A. E., Sallis, J. F., Brown, W. (2002). Correlates of Adults’ Participation an Physical Activity: Review and Update. *Medicine and*

[144] Usubütün, S., (2003), C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4).

[145] Vallis, M., Ruggiero, L. Greene, G. (2003). Stages of Change for Healtyhy Eating in Diabetes. *Diabetes Care*, 26, 1468–1474.

[146] Wadden, T. A., Foster, G. D. (2000). Behavioral Treatment of Obesity. *Medical Clinics*, 84, (2), 441-461.

- [147] Wang, W., Keh, H.T. ve Bolton, L.E. (2009). Lay theories of medicine and a healthy lifestyle. *Journal of Consumer Research*, 37, 80-97.
- [148] Wangensteen T, Undlien D, Tonstad S, Retterstol L. (2005) Genetic causes of obesity. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 125: 3090-3093.
- [149] Warburton, D. E. R., Nicol, C. W., Bredin, S. S. D. (2006). Health Benefits of Physical Activity: The Evidence. *CMAJ*, 14, 174-176.
- [150] Webber, K. H., Tate, D. F., & Quintiliani, L. M. (2008). Motivational interviewing in internet groups: a pilot study for weight loss. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(6), 1029-1032.
- [151] Weinstein, N.D. (2007). Misleading tests of health behavior theories. *The Society of Behavioral Medicine*, 1-10.
- [152] White, C, Nitzke, S., Georgiou, T., Horacek, N.M., Betts, Ma, J.(2002). The importance of decisional balance and self-efficacy in relation to stages of change for fruit and vegetable intakes by young adults. *American Journal of Health Promotion*, 16(3), 157-166.
- [154] Wilson, G. T. & Schlam, T. R. 2004, "The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders", *Clinical Psychology Review*, vol. 24, no. 3, pp. 361-78.
- [155] Whittemore, R., Chase, S., Mandle, C. L., Roy, C. (2001). The Content, Integrity and Efficacy of a Nurse Coaching Intervention in Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 27 (6), 887–898.
- [156] Wood, R. Bandura, A. (1989). Social Cognitive Theory of Organizational Management. *Academy of Management Review*, 14 (3), 361–384.
- [157] Wright, J. A., Velicer, W. F., Prochaska, J. O. (2009). Testing the Predictive Power of the Transtheoretical Model of Behavior Change Applied to Dietary fat intake. *Health Education Research*, 24, 224-236.
- [158] Üner, H. (1993). Bir araştırma ve uygulama alanı olarak sağlık psikolojisi. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmoloji Dergisi*. 1, 2, 153-157.
- [159] Vallis, M., Ruggiero, L. Greene, G. (2003). Stages of Change for Healthy Eating in Diabetes. *Diabetes Care*, 26, 1468-1474.
- [160] Valsiner, J., Lightfoot, C. (1987). Process Structure of Parent-Child- Environment Relations and the Prevention of Children's Injuries. *Journal of Social Issues*, 43, (2), 61–72.

- [161] Van Duyn, M.A.S., Heimendinger, J. & Russek-Cohen, E. (1998) Use of the transtheoretical model to successfully predict fruit and vegetable consumption. *Journal of Nutrition Education*, 30, 371–380.
- [162] Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., & Redding, C. A. 1998, "Smoking cessation and stress management: applications of the transtheoretical model of behavior change", *Homeostasis*, vol. 38, pp. 216-233.
- [163] Vilela, F. A., Jungerman, F. S., Laranheira, R., Callaghan, R. (2009). The theoretical model and substance dependence: theoretical and practical aspects. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, 362-368.
- [164] Yıldırım, F., İlhan, İ.Ö. (2010). Genel öz yeterlilik ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(4), 301-308.
- [165] Yıldırım M., Akyol A., Ersoy G. Şişmanlık (Obezite) ve Fiziksel Aktivite (Koord. Besler T ve Rakıcioğlu N, Ed: Coşkun A, Kesici C, Çelikcan E, Bilici S.) Hastalıklarda Beslenme ve Obezite Bilgi Serisi Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2008, s: 235–244.
- [166] Yücel, N. (2008). Kilolu ve Obez Kadınlarda Obezite ve Benlik Saygısı İlişkisinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- [167] Yoo, J. S., Hwang, A. R., Lee, H. C. (2003). Development and Validation of Computerized Exercise Intervention Program for Patients with Type-2 Diabetes Mellitus in Korea: *Yonsei Med J*, 44, 892-904.
- [168] Zaybak, A. ve Fadıloğlu, Ç. (2004). Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 20(1), 71–95.

# EKLER

## **Bilgilendirilmiş Onam Formu**

### **Sayın Katılımcı,**

Bu belge araştırma hakkında bilgi vermek, araştırmanın neden yapıldığını ve neler içerdiğini belirtmek üzere hazırlanmıştır. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve açık olmayan bir ifade ile karşılaştığımızda ya da daha fazla bilgi edinmek istediğinizde araştırmacı ile iletişime geçiniz. Aklınıza gelen soruları sormaktan lütfen çekinmeyiniz.

### **Bu araştırmayı kimler yapmaktadır?**

Bu araştırma, Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programında öğrenimine devam eden Psikolog Duygu Yüksel tarafından yürütülen yüksek lisans tezinin bir parçasıdır. Tez danışmanı; İstanbul Üniversitesi, Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Özlem Sertel Berk'tir.

### **Araştırmanın konusu ve amacı nedir?**

Okan Üniversitesi Psikoloji bölümü, Klinik Sağlık Psikoloji yüksek lisans programı, tez çalışması kapsamında hazırlanan bu araştırmada bireylerin diyet yapıları yapmaları, herhangi bir diyet programını yürütmelerinde etkili olan faktörler karşısında diyeti sürdürüp sürdürmeyeceklerine dair tutumlarını ölçmeyi hedeflemektedir.

### **Katılmak zorunda mıyım?**

Bu araştırmaya kesinlikle katılmak zorunda değilsiniz. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanır, katılıp katılmamak sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmaya katılmayı reddettiğinizde, kesinlikle siz ve yakınınız bundan etkilenmeyeceksiniz. Araştırmaya katılmayı seğtiğinizde de dilediğiniz zaman araştırmadan geri çekilebilirsiniz.

### **Araştırma neleri içeriyor?**

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, size araştırmacı tarafından bazı anketler verilecektir. Sizden ilk olarak, bazı demografik bilgileri (yaşımız, cinsiyetiniz gibi...) doldurmanız istenecektir. Ardından da size anket verilip, bunları doldurmanız istenecektir. Ölçeğin başında, nasıl doldurulması gerektiği ile ilgili bilgiler verilecektir. Cevaplayacağınız soruların, kesinlikle doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Sizden, size en uygun gelen cevabı vermeniz beklenmektedir.

### **Araştırmaya katılmak ne kadar vaktimi alacak?**

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırma yaklaşık olarak 45 ile 75 dakika vaktinizi alacaktır. Önceden de belirtildiği gibi, araştırmaya katılmayı kabul etmiş olsanız bile dilediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz.

### **Araştırmada benim bilgilerim gizli kalacak mı?**

Kesinlikle evet. Araştırma için verdiğiniz bütün bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın hiçbir kısmında kimlik bilgileriniz (adınız, soyadınız gibi) kullanılmayacaktır. Bu araştırmayı okuyacak olan birinin bilgilerin size ait olduğunu anlaması mümkün değildir. Aynı zamanda, araştırmada bireysel değerlendirmeler değil, gruplar üzerinden genel değerlendirmeler yapılacaktır. Araştırma esnasında doldurduğunuz ölçekler, araştırmacının, Psk. Duygu Yüksel'in kendisi tarafından saklanacaktır.

### **Bu araştırmanın sonuçları nasıl kullanılacak?**

Bu araştırmanın sonunda yüksek lisans tezi yazılacaktır. Araştırmanın sonuçları da bu yüksek lisans tezi için kullanılacaktır. Araştırmacının istemesi dâhilinde, araştırmadan elde edilen sonuçlar kullanılarak ulusal ya da uluslararası akademik bir dergide yayınlanmak üzere akademik bir makale yazılabilir.

### **Bu araştırmaya katılmanın güvenilir olduğunu nereden bilebilirim?**

Bu araştırma Okan Üniversitesi Etik Kurulu tarafından onaylanmış bir araştırmadır. Bir etik kurulun amacı, gönüllü kişilerin haklarını, iyi oluşlarını, güvenliklerini ve saygınlıklarını korumaktır.

Yukarıda, araştırma hakkında verilen bilgileri okudum ve bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda, söz konusu araştırmaya katılmayı kendi hür iradem ile kabul ediyorum.

İmza:

Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak istediğinizde ya da araştırma ile ilgili herhangi bir soru sormak istediğinizde benimle iletişime geçebilirsiniz:

**Psikolog Duygu Yüksel**

**Okan Üniversitesi**

**Fen Edebiyat Fakültesi**

**Klinik Sağlık Psikoloji Bölümü**

**Yüksek Lisans Öğrencisi**

**E-mail: [duyguyuksel84@gmail.com](mailto:duyguyuksel84@gmail.com)**



**Sayın Gönüllü,**

**Sizden istenen aşağıdaki maddelerin her birini anlaşılrlık/ifadenin uygunluğu bakımından aşağıda gösterilen 5’li skala üzerinden değerlendirmenizdir. Skalada “1”, “Hiç iyi ifade edilmemiş/hiç uygun değil” anlamına gelirken, “5” “Çok iyi ifade edilmiş/çok uygun” anlamını taşımaktadır:**

<b>1 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>4 ( )</b>	<b>5 ( )</b>
<b>Hiç iyi ifade edilmemiş/-----</b>				<b>çok iyi ifade</b>
<b>edilmiş/</b>				
<b>Hiç uygun değil</b>			<b>çok uygun</b>	

Bu çalışma ile toplanan veriler Yüksek Lisans Tezi için kullanılacaktır. Araştırmanın sağlıklı bir sonuç verebilmesi için aşağıda bulunan soruları dikkatli bir biçimde okuyarak, sizin için en uygun seçeneği işaretlemeniz beklenmektedir. Lütfen işaretsiz bir madde bırakmayınız. Cevaplarınız sadece araştırmanın amacına uygun olarak bilimsel açıdan kullanılacaktır.

## EK 1. DİYET ÖZETKİNLİK İNANÇ ÖLÇEĞİ MADDELERİ

1. Evdekileri diyet programıma uygun alışveriş yapmaları için ikna edebilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

2. Evde, diyete uygun yiyecekler yoksa üşenmeden dışarı çıkıp uygun yiyecekleri alabilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

3. Evdekileri dediyet yapmaya yönlendirebilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

4. Diyete uygun yemeği kendimpişirebilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

5. Gün içerisinde diyetimi bozacak yiyeceklerden kaçınabilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

6. Eve diyet dışı yiyeceklerin alınmasını önleyebilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

7. Bana ikram edilen yiyecekleri diyetimi bozacaksa kabul etmeyebilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

8. Evdekiler geç saatte yeseler dahi ben yemeyeceğim diyebilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

9. Yemek saatlerini diyet programıma uyacak şekilde düzenleyebilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

10. Gece geç saatlerde yemek yemeyi engelleyebilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

11. Evin dışındaki ortamlarda diyetimi devam ettirebilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

12. Kendi diyet programım dışındaki yiyecekleri başkası için pişirsem dahi yemeden durabilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

13. Diyet sırasında kendi başıma tartılmak yerine yalnızca diyetisyen kontrolünde tartılmayı bekleyebilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

14. Diyetle ilgili doktor randevularıma düzenligidebilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

15. Doğum günü, yılbaşı, arkadaş toplantısı gibi özel gün ya da özel kutlamalardakendi diyet yemeğimi de yanımda getirebilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

16. Diyetimi bozacak restoranlardan canım çok çekse deuzak durabilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

17. Diyetisyenimle, diyet programıma dair aklıma takılanher konuyu konuşabilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

18. Diyetimi bozsam dahi bunu diyetisyenimle konuşabilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

19. Arkadaşlarımın gideceği mekânda bana uygun bir menü olmasa dahi o mekâna gidip yemekler konusunda kendimi kontrol edebilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

20. Bir diyetisyen kontrolünde olmadığı müddetçe medyada gördüğüm veya başkaları tarafından önerilen diyet programlarını uygulamamayı başarabilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

21. Mekâna gitmeden önce diyete uygun menüler var mı öğrenip öyle gidebilirim.

- 1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )
22. Diyetle iken her gün aynada nasıl görüdüğüme bakmadan durabilirim.
- 1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )
23. Yediğim yiyeceklerin kalorisini hesaplayabilir ve bu şekilde kalorisini yüksek yiyeceklerden uzak durmayı başarabilirim.
- 1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )
24. Evde kalmış ancak diyet programıma uymayan yemekleri atılmasını diyerek yemek yerine başka türlü değerlendirebilirim (örneğin, sokak köpeklerine/kedilere verebilir ya da başka birine verebilirim).
- 1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )
25. Diyetim bozacak teklifler karşısında yeme isteğimi kontrol edebilirim.
- 1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )
26. Arkadaşlarımın gideceği mekânda bana uygun bir menü yoksa gitmekten vazgeçebilirim.
- 1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )
27. Bir diyetle yalnızca diyetisyen kontrolünde başlayabilirim.
- 1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )
28. Komşunun getirdiği ancak diyet programıma uymayan börek, tatlı gibi yiyecekleri yemeden durabilirim.
- 1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )
29. Menüdeki diyetle uymayan gıdaları yemeden durmayı başarabilirim.
- 1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )
30. Diyet sırasında beklenen sürede beklenen kiloyu vermemiş olsam dahi moralimi bozmadan diyetimi sürdürebilirim.
- 1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )
31. Benden daha zayıf kişilerle kendimi kıyaslamadan durabilirim.
- 1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )
32. Diyet programımı bozmak zorunda kalsam dahi, ertesi gün diyetime kaldığım yerden devam etmeyi başarabilirim.
- 1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

33. Başkalarından “kilo vermediğim”, “kilo aldığım”, “fiziksel olarak iyi görünmediğim” vb. şekilde yorumlar işitsem dahi diyet programımı yarıda bırakmadan tamamlayabilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

34. Diyete karar verdiğim andahemen başlayabilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

35. Diyet konusunda doktor önerilerine zorlanmadan uyabilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

36. Diyete bir ara verirsem yeniden başlamakta zorluk yaşamam.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

37. Doktorum sağlığım açısından uygun olmayacağını söylediği takdirde diyetimi bozacak durumlardan kolaylıkla vazgeçebilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

38. Diyeti sürdürmekte zorluk çekmem.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

39. Evdekiler diyete uygun davranmasalar bile ben diyetimi sürdürebilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

40. Diyet sırasında gerekli olan tıbbi tahlilleri zamanında yaptırabilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

41. Diyet yapıyor olsam dahi aynı zamanda yürüyüş, yüzme, vb. sporlar gibi fiziksel egzersizlere de düzenli olarak zaman ayırabilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

42. Uygulamakta olduğum diyet programı dilediğim sonucu vermese dahi diyetisyen kontrollerime gitmekten vazgeçmem.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

43. Diyetisyenimin verdiği diyet programı ne kadar katı olursa olsun uyum gösterebilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

44. Diyetisyenim bende güven hissi uyandırmasa dahi verdiği diyet programına uyabilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

45. Gideceğimiz restoranları ben seçebilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

46. Diyetisyenimin bana uygun gördüğü diyet listesinde uymakta zorlanacağım herhangi bir durum varsa bunu diyetisyenimle konuşabilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

47. Komşunun getirdiği ancak diyet programıma uymayan yiyecekleri geri çevirebilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

48. Diyet sırasında kendi başıma tartılmak yerine yalnızca diyetisyen kontrolünde tartılmayı bekleyebilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

49. Diyet sırasında, en sevdiğim yemeği (örneğin: tatlı, hamur işi vb.) yemeyip diyetimi sürdürmeye devam edebilirim.

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )

## EK 2. DEMOGRAFİK FORM

1. Cinsiyetiniz      K ( )      E ( )
2. Doğum Tarihiniz (gün/ay/yıl)..... Doğum Yeriniz  
.....
3. Yaşınız .....
4. Eğitim Durumunuz: Okur-yazar ( ) Okur-yazar değil ( ) İlkokul mezunu ( )  
Ortaokul mezunu ( )  
Lise mezunu ( ) Lisans mezunu ( ) Yüksek lisans mezunu ( ) Doktora mezunu ( )
5. Medeni Durumunuz: Bekâr ( ) Evli ( ) Boşanmış ( ) Dul ( ) Ayrı yaşıyor ( )  
Diğer (lütfen belirtiniz).....
6. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz? Evet ( )      Hayır ( )  
Çalıştığınız iş.....
7. Sağlık güvenceniz var mı? Varsa hangisi?

Evet ( ) Hayır ( )

Diğer (lütfen belirtiniz).....

8. Vücut ağırlığınız (kilonuz) (kg cinsinden) .....

9. İdeal olarak düşündüğünüz (olmanızı istediğiniz) ağırlığınız (kilonuz) (kg cinsinden).....

10. Boy uzunluğunuz (metre cinsinden) .....

11. İdeal olarak düşündüğünüz (olmanızı istediğiniz) uzunluğunuz (metre cinsinden) .....

### **EK 3. BESLENME DAVRANIŞLARI:**

1. Sizce yeterli ve dengeli besleniyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( ) Bazen ( )

2. Günde kaç öğün yemek yersiniz?

İki Öğün ( ) Üç Öğün ( ) Dört Öğün ( ) Diğer (lütfen belirtiniz).....

3. Ana öğünlerden atladığınız var mı?

Sabah Evet ( ) Hayır ( )

Öğlen Evet ( ) Hayır ( )

Akşam Evet ( ) Hayır ( )

4. Eğer ana öğünlerden atladığınız varsa lütfen nedenini belirtiniz.

Sabah:Vaktim yok ( ) Alışkanlığım değil ( ) İştahsızım ( ) Zayıflamak için ( )

Diğer (lütfen belirtiniz).....

Öğlen: Vaktim yok ( ) Alışkanlığım değil ( ) İştahsızım ( ) Zayıflamak için ( )

Diğer (lütfen belirtiniz).....

Akşam:Vaktim yok ( ) Alışkanlığım değil ( ) İştahsızım ( ) Zayıflamak için ( )

Diğer (lütfen belirtiniz).....

5. Sağlığınız için yemekleri en iyi pişirme yöntemi hangisidir?  
Yağda kızartma ( ) Haşlama ( ) Kavurma( ) Bilmiyorum ( )  
Diğer (lütfen belirtiniz).....
6. Besinler ile ilgili reklmlar beslenme düzeninizi etkiler mi?  
Hiç etkilenmem ( )  
Etkilenirim ama almam ( )  
Etkilenir, alır ve denerim ( )  
Diğer (lütfen belirtiniz) ( )
7. Dışarıda yemek yerken neye dikkat edersiniz? (En çok tercih ettiğinizden başlayarak 1.2.3... diye numaralandırınız lütfen.)  
Fiyatına ( ) Kalitesine ( ) Zevkime ( ) Ortamın temizliğine ( )  
Diğer (lütfen belirtiniz) .....
8. Genellikle dışarıda yemek yemeye ne zaman gidersiniz?  
Hafta içi ( ) Hafta sonu ( ) Hem hafta içi hem hafta sonu ( )
9. Hızlı hazır yiyecek (fast food) tüketiyor musunuz?  
Evet ( ) Hayır ( ) Bazen ( )
10. Hızlı hazır yiyecek (fast food) tüketiyorsanız, tercih sebebiniz nedir? En çok tercih ettiğinizden başlayarak 1.2.3... diye numaralandırınız lütfen.)  
Lezzetli ( ) Servisi hızlı ( ) Doyurucu ( ) Fiyatları uygun ( ) Arkadaş tercihi ( )  
Diğer (lütfen belirtiniz) .....
11. Sağlıklı beslenme ile ilgili bilgilerinizi nasıl buluyorsunuz?  
Çok iyi ( ) İyi ( ) Orta ( ) Kötü ( ) ok kötü ( )



#### EK 4. DİYET UYGULAMALARI:

1. Kendi kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Zayıf ( ) Normal ( ) Hafif Şişman ( ) Şişman ( ) Çok şişman ( )

2. Kilonuzda önemli değişiklikler yaşadınız mı (birden kilo almak ya da hızla kilo vermek) ?

Hayır ( ) Evet ( )

Yanıtınız evet ise, lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

Kilo değişimin yaşandığı  
yıl.....

Ne kadar sürede kilo alıp verme değişkenliği yaşandı? .....

Nedeni sizce neydi ( diyet- hastalık- spor vb.) ? .....

3. Fiziki açıdan benzemek istediğiniz bir ünlü var mı?

Hayır ( ) Evet (lütfen belirtiniz) .....

1. Ailenizde kilolu bireyler var mı?

Hayır ( ) Evet (lütfen belirtiniz, birden fazla da olabilir)

Annem ( ) Babam ( ) Kardeşim ( )

Diğer.....

2. Ailenizde diyet yapan bireyler var mı?

Hayır ( ) Evet (lütfen belirtiniz, birden fazla da olabilir)

Annem ( ) Babam ( ) Kardeşim ( )

Diğer.....

3. Şuan herhangi bir diyet programını uyguluyor musunuz?

Hayır ( ) Evet ( )

Yanıtınız evet ise lütfen aşağıdaki soruları da yanıtlayınız.

Diyet programına başlayalı ne kadar oldu?

.....

Yaptığınız diyeti anlatır mısınız?

.....

Diyete başladığınızda kilonuz kaçtı?.....

Diyet programı süresince kilo verdiniz mi, kaç kilo verdiniz?.....

Diyeti ne amaçla yapıyorsunuz? (bir ya da birden fazla seçeneği seçebilirsiniz)

Sadece kilo vermek ( )

Sağlık sorunu sebebi ile kilo vermek ( )

Fiziksel görünümünden rahatsızlık duyduğum için ( )

Diğer .....

4. Diyet yapmayı hiç denediniz mi?

Evet ( ) Hayır ( )

5. Uyguladığınız özel bir diyet programı var mıydı, var ise lütfen adını belirtiniz

Hayır ( ) Evet .....

6. Yaptığınız diyeti hangi sıklıkla uyguladınız?

1 hafta ( ) 10 gün ( ) 15 gün ( ) 1 ay ( ) Diğer (lütfen belirtiniz).....

7. Daha önce diyete yaptıysanız, başlama yaşınız nedir?.....

8. Ne kadar süre ile diyet uyguladınız?

.....

9. Kilonuzu kontrol etmek için bilinçli olarak az yer misiniz?

Evet ( ) Hayır ( ) Bazen ( )

10. Enerji değeri yüksek yiyecekler (cips, çikolata, kola vb.) tüketiyor musunuz/ satın alıyor musunuz?

Bazen ( ) Her zaman ( ) Tüketmiyorum/Satın almıyorum ( )

11. Kilonuzu kontrol etmek için kontrol aracı (tartı gibi) kullanıyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( )

12. Günlük beslenmenizde yiyeceklerden alacağınız kalori miktarını göz önünde bulundurur musunuz?

Evet ( ) Hayır ( ) Bazen ( )

13. Yemek yedikten sonra (kilo almamak için) kusar mısınız?

Bazen ( ) Sık sık ( ) Hayır ( )

14. Kilo vermeye yardımcı olan ilaçları daha önce hiç kullandınız mı?

Evet ( ) Hayır ( )

15. Eğer kullandıysanız kullandığınız ilaçların isimleri nelerdir (lütfen belirtiniz)

.....

16. Kilo vermek için (bazı) bitkileri daha önce denediniz mi?

Evet ( ) Hayır ( )

17. Eğer denediyseniz bu bitkilerin isimleri nelerdir (lütfen belirtiniz)

.....

18. Kilo vermek için sigara içmeyi denediniz mi?

Evet ( ) Hayır ( )

19. Kilo vermek için içki içmeyi denediniz mi?

Evet ( ) Hayır ( )

20. Kilo vermek için uygun olmayan yolları ( reçetesiz diyet yardımı, yan etkileri olan ilaçlar vb.) kullandınız mı?

Evet ( ) Hayır ( )

21. Eğer kullandıysanız, yaptığınız uygulamanın ismi nedir?

.....

22. Uyguladığınız yöntem sonucunda istenilmeyen yan etkilerle karşılaştınız mı?

Hayır ( ) Evet (lütfen belirtiniz).....

23. Kilo vermek için diyetisyen yardımı aldınız mı?

Evet ( ) Hayır ( )

24. Diyetisyen yardımı aldıysanız, kaç yaşındaydınız?.....

25. Diyetisyen yardımını ne kadar süre aldınız (lütfen belirtiniz).....

26. Diyetisyen yardımı almayı bırakma nedeniniz nedir (lütfen belirtiniz).....

27. Yeniden diyetisyen yardımı almayı düşünüyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( )

**Yanıtlarınız için TEŞEKKÜRLER**

## EK 5. KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyinl. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikrinizi değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin. Yanıtlarınızı belirtilen ölçeğe göre değerlendiriniz.  
BU BELİRTİLER SON BİR HAFTADIR SİZDE NE KADAR VAR

		Hiç yok	Bira z var	Orta derece de var	Epe y var	Çok fazla var
1	İçinizdeki sınırlılık ve titreme hali	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )
2	Baygınlık, baş dönmesi	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )
3	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )
4	Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )
5	Olayları hatırlamada güçlük	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )
6	Çok kolayca kızıp öfkelenme	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )
7	Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )
8	Meydanlık( açık) yerlerden korkma duygusu	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )
9	Yaşamınıza son verme düşünceleri	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )
10	İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )
11	İştahta bozukluklar	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )
12	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )
13	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )
14	Başka insanlarla beraberken bile yalnız hissetmek	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )
15	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )
16	Yalnızlık hissetmek	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )
17	Hüzünlü, kederli hissetmek	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )
18	Hiçbir şeye ilgi duymamak	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )
19	Ağlamaklı hissetmek	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )
20	Kolayca incinebilmek, kırılmak	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )
21	İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )
22	Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )

23	Mide bozukluğu, bulantı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24	Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25	Uykuya dalmada güçlük	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26	Yaptığımız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27	Karar vermede güçlükler	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28	Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29	Nefes darlığı, nefessiz kalmak	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30	Sıcak soğuk basmaları	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ve etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32	Kafanızın “bomboş” olması	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34	Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36	Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37	Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hiss	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
39	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
40	Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
41	Bir şeyleri kırma, dökme isteği	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
42	Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şey yapmamaya çalışmak	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
43	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
44	Birbaşka insana hiç yakınlık duymamak	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
45	Dehşet ve panik nöbetleri	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
46	Sık sık tartışmaya girmek	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
47	Yanlık bırakıldığında / kalındığında sinirlilik hissetmek	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
48	Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
49	Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
50	Kendini değersiz görmek / değersizlik duyguları	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
51	Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
52	Suçluluk duyguları	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

53	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	( 5 )
----	-------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------

## EK 6. EYSENCK KİŞİLİK ENVANTERİ

Aşağıda çeşitli durumlardaki duygu ve davranışlarınızla ilgili birçok ifade yer almaktadır. Her bir ifadeyi okuduktan sonra EVET ya da HAYIR yanıtlarından birini yuvarlak içerisine alarak cevaplayınız. Cevapların doğru ve yanlış olmadığı gibi, aldatmacalı cevaplar da yoktur. Cevaplarınızı soruların anlamı üzerinde fazla düşünmeden mümkün olduğunca çabuk bir şekilde işaretleyiniz.

LÜTFEN HER SORUYU			
1	Cok değişik meraklarınız var mıdır?	EVET	HAYI
2	Ruh haliniz sık sık inişler çıkışlar gösterir mi?	EVET	H
3	Konuşkan bir insan mısınız?	EVET	H
4	Nedeni olmadığı halde kendinizi “tam anlamıyla son derece mutsuz” hissettiğiniz olur mu mu?	EVET	H
5	Oldukça canlı bir kişi misiniz?	EVET	H
6	Yapmamanız ve söylememeniz gereken şeyler olduğunda sık sık endişe duyar mısınız?	EVET	H
7	Canlı bir toplantının havasına genellikle kendinizi kaptırır mısınız?	EVET	H
8	Tedirgin bir kimse misiniz?	EVET	H
9	Yeni kimselerle tanışmaktan hoşlanır mısınız?	EVET	H
10	Hisleriniz kolayca incinir mi?	EVET	H
11	Sosyal olaylarda arka planda kalma eğiliminde misiniz?	EVET	H
12	Sık sık tartıştığınızı hisseder misiniz?	EVET	H
13	Çok gezmeyi sever misiniz?	EVET	H
14	Sık sık suçluluk duygusundan rahatsız olur musunuz?	EVET	H
15	Okumayı, insanlarla tartışmaya tercih eder misiniz?	EVET	H
16	Kendinize sinirli bir kimse der misiniz?	EVET	H
17	Çok arkadaşınız var mı?	EVET	H
18	Endişe eden biri misiniz?	EVET	H
19	Kendiniz için kaygısız diyebilir misiniz?	EVET	H
20	“Dehşet verici şeyler olabilir” diye endişe eder misiniz?	EVET	H
21	Yeni dostlar edinmek için ilk adımı genellikle siz mi atarsınız?	EVET	H
22	Kendinize “gergin” veya “sınırları son derece gerilmiş” biri diyebilir misiniz?	EVET	H
23	Başkalarıyla beraber olduğunuz zaman genellikle sessiz misiniz?	EVET	H
24	Sönük bir toplantıya canlılık getirebilir misiniz?	EVET	H
25	Sağlığınız hakkında endişelenir misiniz?	EVET	H
26	Arkadaşlarınızla şakalaşmaktan ya da onlara komik hikayeler anlatmaktan hoşlanır mısınız?	EVET	H
27	İnsanlarla kaynaşmaktan hoşlanır mısınız?	EVET	H
28	Uykusuzluk çekmekten şikayetçi misiniz?	EVET	H
29	İnsanlar sizinle konuşurken hemen daima bir hazırcevabınız bulunur mu?	EVET	H
30	Sık sık sebepsiz yere kendinizi kayıtsız ve yorgun hisseder misiniz?	EVET	H
31	Çabuk hareket gerektiren şeylerden hoşlanır mısınız?	EVET	H
32	Sık sık hayatın çok sıkıcı ve donuk olduğu hissine kapılır mısınız?	EVET	H
33	Sık sık zamanınızın elverdiğinden daha çok faaliyetlere katılır mısınız?	EVET	H
34	Görünüşünüz için çok endişelenir misiniz?	EVET	H
35	Ölmüş olmayı hiç istediğiniz oldu mu?	EVET	H
36	Bir toplantıyı hareketlendirebilir misiniz?	EVET	H
37	Utandırıcı bir tecrübenin ardından uzun süre endişelenir misiniz?	EVET	H
38	Asabi olmaktan şikayetçi misiniz?	EVET	H
39	Sık sık kendinizi yalnız hisseder misiniz?	EVET	H
40	Sizde veya yaptığınız işte hata bulunursa kolayca kırılır mısınız?	EVET	H
41	Etrafta fazla telaş ve heyecan olmasından hoşlanır mısınız?	EVET	H

42	Bazen etrafınıza enerji saçarken bazen de son derece cansız ve yavaş hareket eder misiniz?	EV	HAY
43	Başkaları sizi çok canlı ve hareketli mi görür?	EV	HAY
44	Bazı şeylere karşı hassas mısınız?	EV	HAY



## EK7. ÖZ ETKİNLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüneceklerini ifade eden 19 madde vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna, aşağıdaki puanlamaya bakarak karar veriniz ve ifadenin yanında ayrılan parantezin içine uygun olan numarayı yazınız.

**Sizi hiç tanımlamıyorsa : 1**

**Sizi biraz tanımlıyorsa : 2**

**Kararsızsanız : 3**

**Sizi iyi tanımlıyorsa : 4**

**Sizi çok iyi tanımlıyorsa : 5**

1. ( ) Plan yaptığımda, gerçekleştireceğimden eminimdir.
2. ( ) Sorunlarımdan biri, yapmam gerektiğinde bir türlü işe girişememektir.
3. ( ) Bir işi ilk seferinde yapamazsam da yapana kadar denemeye devam ederim.
4. ( ) Yeni arkadaşlar edinmek benim için zordur.
5. ( ) İşleri tamamlamadan bırakırım.
6. ( ) Tanışmak istediğim biri olursa, onun bana gelmesini beklemektense ben ona giderim.

7. ( ) Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım.
8. ( ) Eğer bir şey çok karmaşık görünüyorsa denemeye bile kalkışmam.
9. ( ) İlginç ama arkadaşlık etmesi zor olan biriyle tanışırsam, arkadaşlık etme çabalarımı kısa zamanda keserim.
10. ( ) Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa, bitirene kadar uğraşırım.
11. ( ) Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen üzerinde çalışmaya başlarım.
12. ( ) Yeni bir şey öğrenmeye çalışırken başlangıçta başarılı olamazsam, hemen vazgeçerim.
13. ( ) Beklenmedik problemler ortaya çıktığında onlarla pek de iyi baş edemem.
14. ( ) Bana zor göründüklerinde yeni şeyleri öğrenmekten kaçınırım.
15. ( ) Başarısızlık sadece benim daha fazla çabalamamı sağlar.
16. ( ) Sosyal toplantılarda kendimi pek de iyi idare edemem.
17. ( ) Arkadaşlarımı, arkadaş edinme yeteneğim sayesinde kazandım.
18. ( ) Kolay vazgeçerim.
19. ( ) Yaşantımda karşılaştığım sorunların çoğuyla baş edemiyor gibiyim.

## ÖLÇEK 2

Bu anket, insanların yaşama ilişkin bazı düşüncelerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Sizden, bu maddelerde yansıtılan düşüncelere ölçüde katıldığınızı ifade etmeniz istenmektedir.

Bunun için, her maddeyi dikkatle okuyunuz ve o maddede ifade edilen düşüncenin sizin düşüncelerinize uygunluk derecesini belirtiniz. Bunun için de, her ifadenin karşısındaki seçeneklerden sizin görüşünüzü yansıtan kutucuğa bir (X) işareti koymanız yeterlidir. “Doğru” ya da “yanlış” cevap diye bir şey söz konusu değildir.

		<b>Hiç uygun değil</b>	<b>Pek uygun değil</b>	<b>Uy gun</b>	<b>Oldu kça uygun</b>	<b>Tama men uygun</b>
<b>1.</b>	İnsanın yaşamındaki mutsuzlukların çoğu, biraz da şanssızlığına bağlıdır.	1	2	3	4	5
<b>2.</b>	İnsan ne yaparsa yapsın üşütüp hasta olmanın önüne geçemez.	1	2	3	4	5
<b>3.</b>	Bir şeyin olacağı varsa eninde sonunda mutlaka olur.	1	2	3	4	5
<b>4.</b>	İnsan ne kadar çabalarsa çabalasın, ne yazık ki değeri genellikle anlaşılmaz.	1	2	3	4	5

5.	İnsanlar savaşları önlemek için ne kadar çaba gösterirlerse gösterebilirler, savaşlar daima olacaktır.	1	2	3	4	5
6.	Bazı insanlar doğuştan şanslıdır.	1	2	3	4	5
7.	İnsan ilerlemek için güç sahibi kişilerin gönlünü hoş tutmak zorundadır.	1	2	3	4	5
8.	İnsan ne yaparsa yapsın, hiç bir şey istediği gibi sonuçlanmaz.	1	2	3	4	5
9.	Birçok insan, rastlantıların yaşamlarını ne derece etkilediğinin farkında değildir.	1	2	3	4	5
10.	Bir insanın halen ciddi bir hastalığa yakalanmamış olması sadece bir şans meselesidir.	1	2	3	4	5
11.	Dört yapraklı yonca bulmak insana şans getirir.	1	2	3	4	5
12.	İnsanın burcu hangi hastalıklara daha yatkın	1	2	3	4	5

	olacağını belirler.					
<b>13.</b>	Bir sonucu elde etmede insanın neleri bildiği değil, kimleri tanıdığı önemlidir.	1	2	3	4	5
<b>14.</b>	İnsanın bir günü iyi başladıysa iyi; kötü başladıysa da kötü gider.	1	2	3	4	5
<b>15.</b>	Başarılı olmak çok çalışmaya bağlıdır; şansın bunda payı ya hiç yoktur ya da çok azdır.	1	2	3	4	5
<b>16.</b>	Aslında şans diye bir şey yoktur.	1	2	3	4	5
<b>17.</b>	Hastalıklar çoğunlukla insanların dikkatsizliklerinden kaynaklanır.	1	2	3	4	5
<b>18.</b>	Talihsizlik olarak nitelenen durumların çoğu, yetenek eksikliğinin, ihmalin, tembelliğin ve benzeri nedenlerin sonucudur.	1	2	3	4	5
<b>19.</b>	İnsan, yaşamında olabilecek şeyleri kendi kontrolü altında	1	2	3	4	5

	tutabilir.					
20.	Çoğu durumda yazı- tura atarak da isabetli kararlar verilebilir.	1	2	3	4	5
21.	İnsanın ne yapacağı konusunda kararlı olması, kadere güvenmesinden daima iyidir.	1	2	3	4	5
22.	İnsan fazla bir çaba harcamasa da, karşılaştığı sorunlar kendiliğinden çözülür.	1	2	3	4	5
23.	Çok uzun vadeli planlar yapmak her zaman akıllıca olmayabilir, çünkü birçok şey zaten iyi ya da kötü şansa bağlıdır.	1	2	3	4	5
24.	Birçok hastalık insanı yakalar ve bunu önlemek mümkün değildir.	1	2	3	4	5
25.	İnsan ne yaparsa yapsın, olabilecek kötü şeylerin önüne geçemez.	1	2	3	4	5
26.	İnsanın istediğini elde etmesinin talihle	1	2	3	4	5

	bir ilgisi yoktur.					
27.	İnsan kendisini ilgilendiren birçok konuda kendi başına doğru kararlar alabilir.	1	2	3	4	5
28.	Bir insanın başına gelenler, temelde kendi yaptıklarının sonucudur.	1	2	3	4	5
29.	Halk, yeterli çabayı gösterse siyasal yolsuzlukları ortadan kaldırabilir.	1	2	3	4	5
30.	Şans ya da talih hayatta önemli bir rol oynamaz.	1	2	3	4	5
31.	Sağlıklı olup olmamayı belirleyen esas şey insanların kendi yaptıkları ve alışkanlıklarıdır.	1	2	3	4	5
32.	İnsan kendi yaşamına temelde kendisi yön verir.	1	2	3	4	5
33.	İnsanların talihsizlikleri yaptıkları hataların sonucudur.	1	2	3	4	5
34.	İnsanlarla yakın ilişkiler kurmak,	1	2	3	4	5

	tesadüflere değil, çaba göstermeye bağlıdır.					
35.	İnsanın hastalanacağı varsa hastalanır; bunu önlemek mümkün değildir.	1	2	3	4	5
36.	İnsan bugün yaptıklarıyla gelecekte olabilecekleri değiştirebilir.	1	2	3	4	5
37.	Kazalar, doğrudan doğruya hataların sonucudur.	1	2	3	4	5
38.	Bu dünya güç sahibi bir kaç kişi tarafından yönetilmektedir ve sade vatandaşın bu konuda yapabileceği fazla bir şey yoktur.	1	2	3	4	5
39.	İnsanın dini inancının olması, hayatta karşılaştığı birçok zorluğu daha kolay aşmasına yardım eder.	1	2	3	4	5
40.	Bir insan istediği kadar akıllı olsun, bir işe başladığında şanslı yaver gitmezse başarılı	1	2	3	4	5



	olamaz.					
41.	İnsan kendine iyi baktığı sürece hastalıklardan kaçınabilir.	1	2	3	4	5
42.	Kaderin insan yaşamı üzerinde çok büyük bir rolü vardır.	1	2	3	4	5
43.	Kararlılık bir insanın istediği sonuçları almasında en önemli etkidir.	1	2	3	4	5
44.	İnsanlara doğru şeyi yaptırmak bir yetenek işidir; şansın bunda payı ya hiç yoktur ya da çok azdır.	1	2	3	4	5
45.	İnsan kendi kilosunu, yiyeceklerini ayarlayarak kontrolü altında tutabilir.	1	2	3	4	5
46.	İnsanın yaşamının alacağı yönü, çevresindeki güç sahibi kişiler belirler.	1	2	3	4	5
47.	Büyük ideallere ancak çalışıp çabalayarak ulaşılabilir.	1	2	3	4	5